

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. med. Peter Falkai

Heterogenität des Behandler- und Patientenkollektivs

Professions- und patientenspezifische Faktoren bei der Implementierung klinischer Leitlinien

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gabriele Gaigl

aus

Ebersberg

Jahr

2023

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Alkomiet Hasan

Mitberichterstatter: Prof. Dr. med. Nikolaos Koutsouleris

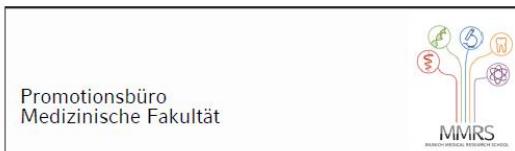
Prof. Dr. med. Rebecca Schennach

PD Dr. med. Ilja Spellmann

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 10.02.2023

Affidavit



Eidesstattliche Versicherung

Gaigl, Gabriele

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

*Heterogenität des Behandler- und Patientenkollektivs -
Professions- und patientenspezifische Faktoren bei der Implementierung klinischer Leitlinien*

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, den 18.02.2023

Ort, Datum

Gabriele Gaigl

Unterschrift Doktorandin

Inhaltsverzeichnis

Affidavit	3
Inhaltsverzeichnis	4
Publikationsliste.....	5
1. Beitrag zu den Veröffentlichungen	6
1.1 Beitrag zu Paper I	6
1.2 Beitrag zu Paper II	6
2. Einleitung.....	8
2.1 Theoretischer Hintergrund	8
2.1.1 Nutzen der Leitlinienimplementierung	8
2.1.2 Herausforderungen der Leitlinienimplementierung.....	9
2.2 Übergeordnete Fragestellung	10
2.2.1 Behandlerspezifische Barrieren.....	10
2.2.2 Patientenspezifische Barrieren	11
2.3 Forschungsprojekte	12
2.3.1 Projekt 1 – Profession als behandlerspezifische Barriere	12
2.3.2 Projekt 2 – Migration als patientenspezifische Barriere.....	14
3. Zusammenfassung	17
4. Abstract (English)	19
5. Paper I	21
6. Paper II	22
7. Literaturverzeichnis	23

Publikationsliste

Paper I (Projekt 1):

Gaigl, G., Täumer, E., Merz, K., Zöscher, S., Wagner, S., Kösters, M., Falkai, P., Leucht, S., & Hasan, A. (2021). Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. *Schizophrenia Research*, 228, 425–434. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2021.01.010>

Paper II (Projekt 2):

Gaigl, G., Täumer, E., Allgöwer, A., Becker, T., Breilmann, J., Falkai, P., Gühne, U., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Kösters, M., & Hasan, A. (2022). The role of migration in mental healthcare: treatment satisfaction and utilization. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-03722-8>

1. Beitrag zu den Veröffentlichungen

1.1 Beitrag zu Paper I

Diese Publikation befasst sich mit den Barrieren und förderlichen Faktoren bei der Inanspruchnahme der Leitlinien Schizophrenie sowie Psychosoziale Therapien zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Gaigl et al., 2021). Bei der Realisierung dieser Arbeit war ich an sämtlichen Phasen beteiligt. Zunächst entwickelte ich in Zusammenarbeit mit den Ko-Autorinnen ET und KM unter Supervision von AH die Fragestellung sowie ein geeignetes Messinstrument (Fragebogen). Die Erstellung der Fragebogenitems erfolgte nach Studium und Kategorisierung der Leitlinien. Zur Evaluation der Items pilotierte ich gemeinsam mit ET eine Befragung von Behandler:innen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des 9. World Congress of Cognitive and Behavioral Therapies (2019). Nach erneuter Überarbeitung versendete ich den insgesamt 94 Fragen umfassenden Erhebungsbogen an psychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie Berufsverbände in Deutschland. Nach einer dreimonatigen Erhebungsphase mit insgesamt 657 Teilnehmer:innen führte ich die Datenaufbereitung sowie die Datenanalyse mithilfe der Software „IBM SPSS“ unter Supervision von AH durch. Gemeinsam mit SZ und SW setzte ich die Aufbereitung und Darstellung der Ergebnisse um. Der ursprüngliche Entwurf des Manuskripts wurde von mir in seiner Gesamtheit verfasst (Einleitung, Methoden, Ergebnisse und Diskussion), die Modifizierung des Erstentwurfs fand unter Beteiligung sämtlicher Ko-Autor:innen statt. Eine Anpassung gemäß den Gutachtervorschlägen im Revisionsprozess des wissenschaftlichen Journals „Schizophrenia Research“ wurde durch mich unter Supervision von AH bis hin zur Veröffentlichung umgesetzt.

1.2 Beitrag zu Paper II

Bei dieser Publikation (Gaigl et al., 2022) handelt es sich um eine Sekundäranalyse einer multizentrischen randomisierten kontrollierten Studie, welche im Rahmen eines GBA-geförderten Projekts („IMPPETUS“) die Implementierung der Patientenleitlinie „Psychosoziale Therapien“ für Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen untersuchte (Breilmann et al., 2020). Die in dieser Publikation verwendeten Daten stammen aus der Baseline-Erhebung der Studie „IMPPETUS“. Von März bis September 2019 wurden dabei 458 Menschen mit schweren

psychischen Erkrankungen (z.B. Depression, Schizophrenie) während ihres tagklinischen oder stationären Aufenthalts hinsichtlich der Inanspruchnahme von und Zufriedenheit mit psychiatrisch-psychotherapeutischen sowie psychosozialen Behandlungsmethoden im ambulanten und stationären Setting befragt. Die Realisierung dieser Arbeit umfasste mehrere Schritte. Gemeinsam mit ET und weiteren Projektmitarbeitern führte ich die Datenerhebung durch. Die Forschungsfrage, die dieser Sekundäranalyse zugrunde liegt, wurde zunächst von AH skizziert und später mit mir diskutiert und konkretisiert. Die Durchführung der statistischen Analyse sowie die Interpretation der Ergebnisse wurden von mir unter Supervision von AH übernommen. Daraufhin erstellte ich ebenfalls unter Supervision von AH einen Entwurf des Manuskripts (Einleitung, Methoden, Ergebnisse, Diskussion). Sämtliche Autor:innen haben das endgültige Manuskript gelesen, kritisch überarbeitet und genehmigt. Schließlich reichte ich das finale Manuskript im Journal „BMC Psychiatry“ ein und modifizierte es im Rahmen des Peer-Review-Prozesses unter der Supervision von AH bis zu seiner endgültigen Veröffentlichung.

2. Einleitung

2.1 Theoretischer Hintergrund

2.1.1 Nutzen der Leitlinienimplementierung

Für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen existiert eine Vielzahl evidenzbasierter Behandlungsmöglichkeiten. Dennoch legen Studienergebnisse nahe, dass etwa 30-40% der Patient:innen eine Behandlung erhält, welche nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert, und 20-25% der angewendeten Therapien unnötig oder sogar schädlich sind (Grol & Grimshaw, 2003). Bisherige Forschung deutet folglich auf eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxis hin (Fischer et al., 2016). Diese Lücke versuchen Leitlinien zu schließen, indem sie systematisch entwickelte und evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen wiedergeben, welche Behandler:innen und Patient:innen bei der Entscheidungsfindung für eine optimale Versorgung im Kontext spezifischer Erkrankungen unterstützen sollen (Field & Lohr, 1990). Durch ihre Umsetzung wird folglich eine Steigerung der Versorgungsqualität sowie eine verbesserte Orientierung für Behandler:innen angestrebt, insbesondere vor dem Hintergrund komplexer und vielschichtiger Therapiemöglichkeiten (Jin et al., 2021; Pronovost, 2013).

Zur Förderung der Patientenkompetenz und -mündigkeit sowie als Reaktion auf ein zunehmendes Bedürfnis nach Informationen über Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten, stellen medizinische Fachgesellschaften in größer werdender Zahl Patientenleitlinien zur Verfügung (Tschoepe, 2012). Diese enthalten evidenzbasierte und laienverständliche Informationen über die Erkrankung, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Versorgungsstrukturen sowie Strategien zur Krankheitsbewältigung (Sänger, 2008). Zudem können sie die partizipative Entscheidungsfindung zwischen Behandler:innen und Patient:innen unterstützen (Schwarz & Schaefer, 2012).

2.1.2 Herausforderungen der Leitlinienimplementierung

Trotz des dargestellten ganzheitlichen Nutzens für Behandler:innen und Patient:innen sowie der Bemühungen um die Entwicklung und Verbreitung von Leitlinien, stellt deren Implementierung nach wie vor eine große Herausforderung dar. Studien legen eine erhebliche Diskrepanz zwischen Leitlinienkenntnis und tatsächlicher Umsetzung der Leitlinienempfehlungen nahe – sowohl im Kontext somatischer als auch psychischer Erkrankungen (Hamann et al., 2005; Heneghan et al., 2007; Yang et al., 2013). Um diese Diskrepanz zu verringern, bedarf es eines tiefgreifenden Verständnisses der Barrieren und der Entwicklung maßgeschneiderter förderlicher Faktoren zur Inanspruchnahme von Leitlinien. Aus diesem Grund rückten die systematische Umsetzung von medizinischen Leitlinien und damit verbundene Ermittlung von Barrieren zunehmend in den Fokus der Wissenschaft. Während sich frühere Versionen fast ausschließlich auf die Wiedergabe von Empfehlungen konzentrierten, werden in aktuellen Leitlinien Implementierungsprozesse stärker berücksichtigt, zum Beispiel indem ergänzend zur ausführlichen Leitlinie, Kurzfassungen sowie Patienten-Leitlinien zur Verfügung gestellt werden (Fischer et al., 2016; Tschoepe, 2012)

Zu den anerkanntesten theoretischen Rahmenkonzepten zählt das sogenannte „Knowledge-Attitude-Behavior-Framework“ (Cabana et al., 1999). Es versteht die Leitlinienimplementierung als einen iterativen Prozess, in welchem insgesamt drei Stadien der nachhaltigen Verhaltensänderung durchlaufen werden (siehe Abbildung 1). Der Wissenserwerb der Behandler:innen über die Existenz sowie die Anwendung von Leitlinien stellt den ersten Schritt zur Leitlinienimplementierung dar („Knowledge“). Damit verbundene Hürden sind beispielsweise ein erschwerter Zugang zu oder fehlende Vertrautheit im Umgang mit Leitlinien. Als zweiter Schritt wird die Einstellung der Behandelnden gegenüber Leitlinien beschrieben („Attitude“), welche beispielsweise durch die Barriere der fehlenden Selbstwirksamkeit beeinflusst werden kann. Hürden, welche sich auf den dritten Schritt – die tatsächliche Anwendung der Leitlinie – auswirken („Behavior“), werden als patienten-, leitlinien- oder umgebungsbezogene Faktoren beschrieben. Diese können sich in einer fehlenden Zustimmung der Patient:innen zu den empfohlenen Behandlungsansätzen, Eigenschaften der Patient:innen, welche die Umsetzung erschweren (z. B. Sprachbarrieren) oder in Form von ungenügenden zeitlichen Ressourcen äußern (Cabana et al., 1999; Fischer et al., 2016).

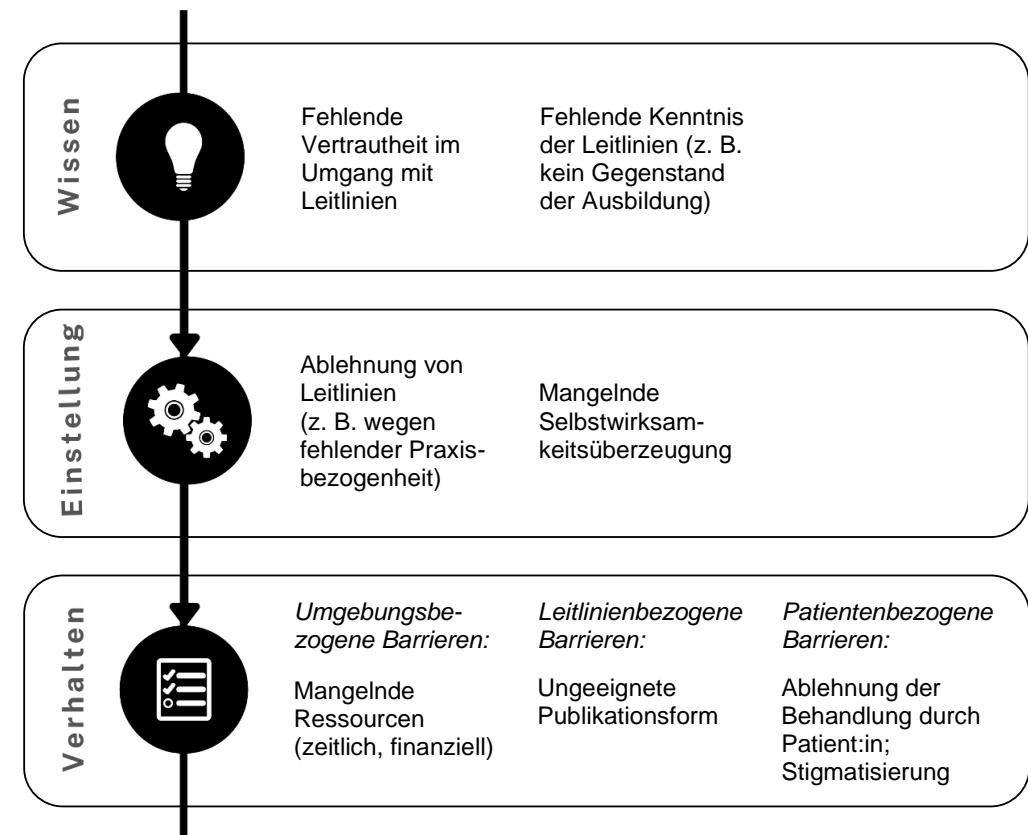


Abbildung 1. Darstellung des Knowledge-Attitude-Behavior Frameworks inkl. exemplarischer Übersicht über mögliche Barrieren der drei Sequenzen nachhaltiger Verhaltensänderung: Wissen, Einstellung und Verhalten. Abbildung adaptiert nach Fischer et al. (2016) und Cabana et al. (1999).

2.2 Übergeordnete Fragestellung

Die Leitlinienimplementierung stellt einen komplexen und durch vielschichtige Faktoren beeinflussten Prozess dar (Cabana et al., 1999). Zahlreiche Barrieren und effektive Strategien zur Umsetzung von Leitlinien konnten bereits identifiziert werden, dennoch ist die Studienlage weitestgehend inkonsistent (Grol & Grimshaw, 2003; Lugtenberg et al., 2009; Waldorff et al., 2003). Um der fehlenden Konsistenz wissenschaftlicher Ergebnisse Rechnung zu tragen, sollen im Folgenden Möglichkeiten zur Optimierung der Implementierungsforschung durch Fokussierung auf patienten- und behandlerpezifische Barrieren diskutiert werden.

2.2.1 Behandlerpezifische Barrieren

Behandlerbezogene Barrieren können sich sowohl auf deren Wissen (z. B. fehlende Kenntnis der Leitlinie), Einstellung (z. B. Ablehnung von spezifischen Leitlinien oder Leitlinien im Allgemeinen) sowie Verhalten (z. B. mangelnde zeitliche Ressourcen durch hohe Arbeitsbelastung) beziehen (Fischer et al., 2016). Folglich sind behandlerbezogene Implementierungsbarrieren in allen

Stufen des „Knowledge-Attitude-Behavior-Framework“ (Cabana et al., 1999) vorzufinden (siehe Abbildung 1). Die aktuelle Studienlage legt nahe, dass eine alleinige Eliminierung externer bzw. verhaltensbezogener Barrieren bereits zu einer verbesserten Implementierung führen kann (Baiardini et al., 2009; Fischer et al., 2016). Jedoch scheint insbesondere die Adressierung der früheren Schritte, d.h. des Wissens sowie der Einstellungen der Behandler:innen eine dauerhafte Verhaltensänderung zu bewirken (Baiardini et al., 2009; Fischer et al., 2016). Zusätzlich zur multisequenziellen Implementierung wird in einigen Arbeiten der Identifikation zielgruppenspezifischer Barrieren und Strategien eine wichtige Rolle in der Leitlinienimplementierung beigemessen (Baker et al., 2001; de Beurs et al., 2015; Forsner et al., 2010). Zielgruppenspezifische Implementierungsforschung ist insbesondere in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von zentraler Bedeutung, da diese auf drei Säulen fußt, nämlich auf den Säulen der somatischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen (DGPPN, 2019a). Demzufolge leisten nicht nur Mediziner:innen, sondern auch psychosoziale Therapeut:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen einen essenziellen Beitrag zur Gesundung von Patient:innen und Umsetzung evidenzbasierter Therapiemethoden. Diese professionelle Vielfalt spiegelt sich in der Implementierungsforschung jedoch kaum wider. Obwohl Forderungen nach zielgruppenspezifischer Implementierung existieren (Baker et al., 2001; de Beurs et al., 2015; Forsner et al., 2010), wird in der überwiegenden Mehrheit der Studien die Leitlinienimplementierung aus Sicht von Mediziner:innen untersucht (Green et al., 2007; Hasenbein et al., 2005; Lugtenberg et al., 2009; Sinnema et al., 2011; Yang et al., 2013; Zwerver et al., 2011). Daher ist es von großer Relevanz, sowohl die Leitlinienimplementierung als auch damit in Verbindung stehende Barrieren und förderliche Faktoren aus der Perspektive sämtlicher Professionen der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zu untersuchen.

2.2.2 Patientenspezifische Barrieren

Patientenspezifische Barrieren bei der Implementierung von Leitlinien können sich in der fehlenden Zustimmung der Patient:innen zur leitliniengerechten Behandlung äußern. Eine weitere Hürde stellt die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen dar. Insbesondere Menschen mit einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises erleben Stigmatisierung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Schlier & Lincoln, 2016). In einer Umfrage unter 2264

niedergelassenen Psychotherapeut:innen aus fünf Bundesländern gaben lediglich 38% an, grundsätzlich Menschen mit einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises zu behandeln (Nübling et al., 2014). Darüber hinaus zeigten Untersuchungen im deutschen Sprachraum, dass weniger als ein Drittel der an Schizophrenie erkrankten Patient:innen Psychoedukation im stationär-psychiatrischen Setting erhielten (Janssen et al., 2005; Rummel-Kluge et al., 2006) – und das trotz einer starken Empfehlung („Soll“, Grad A) dieser Intervention bei der Schizophreniebehandlung (DGPPN, 2019b). Nicht nur die Diagnose Schizophrenie kann zu einer Benachteiligung im Erhalt leitliniengerechter Behandlung führen. Die aktuelle Studienlage legt überdies eine unzureichende bzw. unangemessene psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund nahe (Göbber et al., 2010; Mösko et al., 2011, 2012; Penka et al., 2015) – trotz einer höheren psychopathologischen Belastung (Mösko et al., 2008, 2011). In einer Reihe von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Patient:innen, welche einer ethnischen Minderheit angehören, im Vergleich zur Mehrheitsethnie weniger wahrscheinlich leitliniengerechte Behandlungsmethoden wie partizipative Entscheidungsfindung oder Psychoedukation erhalten (Ferguson & Candib, 2002). Folglich ist es wichtig, im Hinblick auf Barrieren bei der Implementierung von Leitlinien patientenbezogenen Barrieren eine besondere Bedeutung beizumessen. Im „Knowledge-Attitude-Behavior-Framework“ (Cabana et al., 1999) werden patientenbezogene Faktoren dem dritten Schritt zur Verhaltensänderung zugeordnet (siehe Abbildung 1).

2.3 Forschungsprojekte

2.3.1 Projekt 1 – Profession als behanderspezifische Barriere

Insbesondere im Bereich der Schizophrenie und der psychosozialen Interventionen, welche ein breites Spektrum an evidenzbasierten Therapien aufweisen, können klinische Leitlinien den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die klinische Praxis erleichtern. Nichtsdestotrotz deutet die bisherige Forschung auf eine Diskrepanz zwischen wissenschaftlicher Evidenz und klinischer Praxis hin (Fischer et al., 2016). Wie bereits geschildert, existieren kaum Untersuchungen, welche die Behandlungs- und somit professionelle Vielfalt der psychischen Gesundheitsversorgung adäquat widerspiegelt. Aufgrund dessen soll im ersten dargestellten

Projekt die Aufmerksamkeit auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem in seiner Gesamtheit gerichtet werden, welches ein Konglomerat zahlreicher Gesundheitsfachberufe und damit potenzieller Zielgruppen klinischer Behandlerleitlinien darstellt (Gaigl et al., 2021). Ziel dieses Projekts war es daher, den Implementierungsstatus der aktuellen evidenz- und konsensbasierten Leitlinien für Schizophrenie und psychosoziale Interventionen (Stand: 2022) sowie Barrieren und förderliche Faktoren der Leitlinienimplementierung aus der Perspektive aller Hauptakteure der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen quantitativ zu untersuchen – sprich aus der Sicht von Mediziner:innen, Psycholog:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Psychotherapeut:innen, sowie psychosozialen Therapeut:innen.

Insgesamt wurden 657 Fachkräfte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Auswertung berücksichtigt. Weniger als die Hälfte (47%) der Teilnehmer:innen war sich der Existenz der Leitlinie für Psychosoziale Therapien bewusst, während etwa Dreiviertel der Befragten (74%) berichteten, die Leitlinie für Schizophrenie zu kennen. Eine Minderheit gab an, sich bei der Behandlung an den aktuellen Leitlinien für Schizophrenie (41%) und psychosoziale Interventionen (18%) zu orientieren. Zudem konnten berufsbezogene Unterschiede im Implementierungsstatus identifiziert werden. So wiesen Mediziner:innen höhere Kenntnisraten im Hinblick auf beide Leitlinien auf als psychosoziale Therapeut:innen und Pflegekräfte und zudem höhere Anwendungsraten beider Leitlinien als Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen und Pflegekräfte. Hinsichtlich der Barrieren konnte ermittelt werden, dass Ärzt:innen in geringerem Ausmaß wissensbasierten Barrieren (z. B. mangelnde Kenntnis der Leitlinien) ausgesetzt waren, während bei verhaltensbezogenen Barrieren (z. B. lange Versionen) keine Unterschiede zwischen den Berufsgruppen identifiziert werden konnten.

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse von Projekt 1 darauf hin, dass Mediziner:innen die untersuchten Leitlinien besser kennen und darin enthaltene Empfehlungen häufiger umsetzen als die meisten anderen im psychiatrischen Versorgungssystem tätigen Gesundheitsberufe. Gleichzeitig gaben die Ärzt:innen im Vergleich zu den restlichen untersuchten Berufsgruppen an, wissensbasierten Barrieren in geringerem Ausmaß ausgesetzt zu sein. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Umsetzung von Leitlinien abhängig von der Berufsgruppe variiert und daher die Profession der Behandelnden als mögliche Barriere bei der Leitlinienimplementierung betrachtet werden kann. Zielgerichtete und professionsspezifische Implementierungsstrategien sollten

daher in Erwägung gezogen werden, um eine wachsende Kluft bei der Einhaltung von Leitlinien zwischen den Gesundheitsberufen zu verhindern. Vor dem Hintergrund berufsspezifischer Unterschiede im Hinblick auf die Exposition wissensbasierter Barrieren sollten perspektivisch Implementierungsstrategien Anwendung finden, welche auf die Optimierung der Leitlinienkompetenz abzielen. Ebendieses Ziel verfolgt das Projekt SISYPHOS (Strukturierte Implementierung digitaler, systematisch aktualisierter Leitlinienempfehlungen zur optimierten Therapeutenadhärenz bei Schizophrenie, Projektlaufzeit: 2021 - 2022) unter der Leitung von Prof. Alkomiet Hasan (G-BA, o. J.). Im Rahmen dessen sollen mithilfe einer benutzerfreundlichen, kontinuierlich aktualisierten und digitalen Schizophrenie-Leitlinie sowie einer zugehörigen Behandlerschulung das Wissen, die Akzeptanz und letztlich die Umsetzung der Leitlinie verbessert werden. Die Evaluierung im Vergleich zur Leitlinie in Printform soll mittels einer cluster-randomisierten Interventionsstudie durchgeführt werden.

2.3.2 Projekt 2 – Migration als patientenspezifische Barriere

Studien legen nahe, dass Patient:innen mit Migrationshintergrund in Bezug auf Quantität und Qualität in der Gesundheitsversorgung benachteiligt sind. Menschen mit Migrationshintergrund sind im ambulanten sowie stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem nicht nur unterrepräsentiert (Mösko et al., 2011, 2012; Penka et al., 2015), sondern auch beim Erhalt leitliniengerechter Interventionen benachteiligt, wie etwa bei der partizipativen Entscheidungsfindung oder Psychoedukation (Ferguson & Candib, 2002). Vor dem Hintergrund der Optimierung der Leitlinienimplementierung zielte Projekt 2 darauf ab, patientenbezogene Barrieren zu identifizieren und das Verständnis für migrationsbedingte Ungleichheiten in der psychischen Gesundheitsversorgung zu fördern (Gaigl et al., 2022). Dabei wurden folgende Aspekte in den Fokus unserer Arbeit gerückt: Die Inanspruchnahme von Leistungen der psychischen Gesundheitsversorgung, der Behandlungsbedarf sowie die Behandlungszufriedenheit von Menschen mit versus ohne Migrationshintergrund. Im Zuge dessen wurde eine multizentrische Querschnittsstudie bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen ($N = 387$, davon $n = 72$ Menschen mit Migrationshintergrund) durchgeführt.

Die Ergebnisse von Projekt 2 legen nahe, dass Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu den Studienteilnehmer:innen ohne Migrationshintergrund insgesamt zufriedener mit der im

Vorjahr erhaltenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung waren. Gleichzeitig wurden jedoch weder Unterschiede bei der Inanspruchnahme von psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Leistungen noch hinsichtlich des Behandlungsbedarfs zwischen Patient:innen mit und ohne Migrationshintergrund festgestellt. Deutlichere Unterschiede in der Behandlungszufriedenheit konnten darüber hinaus bei einem Vergleich zwischen Proband:innen, welche in Deutschland versus im Ausland geboren sind, beobachtet werden: Es zeigte sich eine erhöhte Behandlungszufriedenheit unter Migrant:innen der ersten Generation im Vergleich zu Proband:innen, welche in Deutschland geborenen sind (Migrant:innen der zweiten Generation und Menschen ohne Migrationshintergrund). Zusammenfassend unterstreicht die vorliegende Arbeit (Projekt 2) die Bedeutung des Migrationshintergrunds bei der subjektiven Evaluation der Behandlung. Eine mögliche Erklärung der Befunde stellen migrationsbezogene Faktoren dar (Garrett et al., 2008). Sprachbarrieren, soziale Erwünschtheit und suboptimale Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung im Herkunftsland wurden als mögliche Ursachen einer Relativierung negativer Behandlungserfahrungen und Überbewertung der Zufriedenheit diskutiert (Bradby et al., 2018; Garrett et al., 2008; Lindberg et al., 2019; Ross & Mirowsky, 1984).

Darüber hinaus scheinen die beschriebenen migrationsbezogenen Faktoren Prozesse in Gang zu setzen, die einem Patient Empowerment möglicherweise im Weg stehen. Patient Empowerment zielt darauf ab, Patient:innen in ihrer kritischen, anspruchsvollen und autonomen Haltung zu fördern (Freire, 1993) und besteht aus vier Komponenten (McGuckin et al., 2010): Patientenpartizipation, Patientenwissen, Fähigkeiten der Patient:innen und eine das Empowerment unterstützende Kultur. Beschrieben als individuelles Recht des Patienten ist Patient Empowerment Bestandteil der Behandlungsempfehlungen zahlreicher Leitlinien – darunter Schizophrenie und Psychosoziale Therapien (DGPPN, 2019a, 2019b). Zusammenfassend können migrationsbezogene Effekte den Prozess des Patient Empowerment behindern und auf diese Weise eine mögliche patientenspezifischen Barriere der Leitlinienimplementierung darstellen. Gestützt wird diese Annahme durch mehrere Übersichtsarbeiten (Ferguson & Candib, 2002; Longtin et al., 2010).

Migrationsspezifische Faktoren bzw. die Beeinträchtigung des Patient Empowerments könnten zu einer Vernachlässigung von Menschen mit Migrationshintergrund im psychischen Gesundheitssystem führen. Aufgabe zukünftiger Interventionsstudien sollte daher sein, Effekte

des Patient Empowerments sowie der Kultursensibilität von Therapeut:innen auf die Behandlungszufriedenheit zu untersuchen. Ein möglicher weiterer Gegenstand zukünftiger Längsschnittforschung kann die Rolle zunehmender Therapieerfahrung im Hinblick auf die Behandlungszufriedenheit darstellen. Gemäß der „Adaption-Level Theory“ (Helson, 1948, 1964) werden neue Reize auf Basis ihrer Entfernung zum „Adaption Level“, das heißt zum neutralen Bezugspunkt, bewertet. Je weiter entfernt neue Reize vom „Adaption Level“ wahrgenommen werden, desto positiver bzw. negativer werden diese bewertet. Da das „Adaption Level“ das Ergebnis vorhergehender Erfahrungen ist, verschiebt sich dieser Bezugspunkt auf Grundlage neuer, eintreffender Reize. Im Sinne dieser Theorie führt eine initial niedrige Erwartung, z. B. aufgrund suboptimaler vorhergehender Therapieerfahrungen, zu einer erhöhten Behandlungszufriedenheit. In der Folge bewirkt die erhöhte Zufriedenheit eine Verschiebung des Bezugspunktes und kann schließlich eine Anpassung der Evaluation zukünftiger Behandlung veranlassen (Helson, 1948, 1964). Daher kann es eine lohnenswerte Aufgabe zukünftiger Longitudinalstudien sein, Veränderungen in der Behandlungszufriedenheit unter Menschen mit Migrationserfahrungen in Abhängigkeit der Verschiebung des „Adaption-Levels“ zu untersuchen.

3. Zusammenfassung

Die Implementierung von evidenz- und konsensusbasierten Leitlinien in der psychischen Gesundheitsversorgung stellt eine große Herausforderung dar – nicht zuletzt aufgrund eines vielschichtigen und heterogenen Behandler- und Patientenkollektivs. In der vorliegenden kumulativen Promotion wurde daher ein besonderes Augenmerk auf Patienten- und Behandlergruppen gelegt, welche in bisherigen Implementierungsstudien vernachlässigt wurden. Ziel der aus zwei Originalarbeiten bestehenden Dissertation war es, folgende übergeordnete Fragestellung zu beantworten: Welche professions- und patientenspezifischen Faktoren beeinflussen die Implementierung klinischer Leitlinien vor dem Hintergrund eines heterogenen Behandler- und Patientenkollektivs? In Projekt 1, welches sich dem Behandlerkollektiv widmet, wurde die Perspektive sämtlicher Hauptakteure der psychischen Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt der Forschung gerückt. Im Rahmen dessen wurden der Implementierungsstatus sowie die Barrieren bei der Inanspruchnahme der aktuellen S3-Leitlinien für Schizophrenie und Psychosoziale Therapien (Stand: 2022) aus Sicht von Mediziner:innen, Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen sowie psychosozialen Therapeut:innen untersucht. Ergänzend zu professionsspezifischen Barrieren wurden in Projekt 2 patientenspezifische Barrieren durch Einnahme der Perspektive des Patientenkollektivs ermittelt. Menschen mit Migrationshintergrund scheinen in der psychischen Gesundheitsversorgung quantitativ und qualitativ benachteiligt zu sein und wurden daher in den Fokus von Projekt 2 gerückt. Im Zuge dessen wurden die Inanspruchnahme von Leistungen, der Behandlungsbedarf sowie die Behandlungszufriedenheit in der psychischen Gesundheitsversorgung von Menschen mit versus ohne Migrationshintergrund analysiert. Insgesamt wurden 657 Fachkräfte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Projekt 1) und 387 Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen (Projekt 2) miteinbezogen. Im Kontext von Projekt 1 zeigten Mediziner:innen höhere Kenntnisraten beider Leitlinien als psychosoziale Therapeut:innen und Pflegekräfte und zugleich höhere Anwendungsraten beider Leitlinien als Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen und Pflegekräfte. Keine Unterschiede konnten hinsichtlich verhaltensbezogener Barrieren (z. B. lange Versionen) identifiziert werden. Deutliche Differenzen zwischen den Professionen zeigten sich hingegen bzgl. wissensbasierter Barrieren – Mediziner:innen gaben an, diesen in geringerem Ausmaß exponiert zu sein als

sämtliche Vergleichsberufsgruppen. Während ausgeprägte professionsbezogene Differenzen in der Leitlinienimplementierung identifiziert wurden, konnten im Rahmen von Projekt 2 keine migrationsspezifischen Unterschiede in der Inanspruchnahme von Leistungen sowie im Hinblick auf (un-)erfüllte Behandlungsbedarfe in der psychischen Gesundheitsversorgung ermittelt werden. Nichtsdestotrotz gaben Menschen mit Migrationshintergrund an, insgesamt zufriedener mit der im Vorjahr erhaltenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu sein. Diese erhöhte Zufriedenheit – trotz ähnlichen Ausmaßes an erhaltenen Leistungen sowie erfüllten Behandlungsbedarfen – deutet auf eine Überschätzung der Zufriedenheit (z. B. aufgrund suboptimaler Erfahrungen im Herkunftsland) und damit auf die Gefahr der Vernachlässigung von Menschen mit Migrationshintergrund der in psychischen Gesundheitsversorgung hin. Insgesamt implizieren die vorliegenden Ergebnisse, die Profession (von Behandler:innen) sowie den Migrationshintergrund (von Patient:innen) als mögliche Barrieren bei der Leitlinienimplementierung zu betrachten. Um Diskrepanzen bei der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen und dem Erhalt leitliniengerechter Behandlungsmethoden zu verhindern, sollten zielgerichtete, d.h. professions- und patientenspezifische Implementierungsstrategien in Betracht gezogen werden. Insbesondere bei der Behandlung von Migrant:innen der ersten Generation kann sowohl eine kultursensible Therapie unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, als auch die Förderung des Patient Empowerments die Leitlinienimplementierung unterstützen. Des Weiteren sollten wissensbasierte Implementierungsstrategien (z. B. Optimierung der Leitlinienkompetenz durch Behandlerschulungen) in Erwägung gezogen werden, um die Differenzen in der Leitlinienimplementierung zwischen den Professionen der Behandelnden zu verringern.

4. Abstract (English)

The implementation of evidence- and consensus-based guidelines in mental healthcare is a major challenge, not least due to a multifaceted and heterogeneous clinician and patient collective. Therefore, the present doctoral dissertation has drawn special attention to specific groups of patients and clinicians, which have been neglected in previous implementation studies. The purpose of the dissertation, which consists of two original papers, was to address the following overarching question: What profession- and patient-specific factors influence the implementation of clinical guidelines in the context of a heterogeneous clinician and patient collective? Project 1, dedicated to the clinician collective, focused on the perspective of all key stakeholders in mental healthcare. In this context, the implementation status and implementation barriers of the current German evidence- and consensus-based guidelines for schizophrenia and psychosocial therapies (as of 2022) were investigated from the perspective of medical doctors, psychologists/psychotherapists, care givers, and psychosocial therapists (Project 1). In addition to profession-specific barriers, the perspective of the patient collective was taken, and patient-related barriers were investigated (Project 2). More specifically, Project 2 focused on patients with migration background as they seem to be disadvantaged in terms of quantity and quality in mental healthcare. Thus, an analysis of the following aspects was conducted: the use of supply services, treatment needs, and treatment satisfaction of people with vs. without migration background. In total, 657 mental healthcare professionals (Project 1) and 387 patients with severe mental illness (Project 2) were included. In the context of Project 1, medical doctors showed higher awareness rates of both guidelines than psychosocial therapists and care givers as well as higher adherence rates of both guidelines than psychologists/psychotherapists and care givers. Moreover, regarding behavior-related barriers (e.g., long versions), no differences across professions were identified. However, significant differences between professions were found with respect to knowledge-related barriers – medical doctors were less exposed to knowledge-related barriers than the reference groups. While profession-related differences in guideline implementation were identified in Project 1, Project 2 did not identify any migration-specific differences in service utilization or (un)met treatment needs in mental healthcare. Nevertheless, migrant participants showed a higher overall satisfaction with mental healthcare received in the previous year. This increased satisfaction – despite similar levels of services received as well as met/unmet treatment

needs – indicates an overestimation of satisfaction (e.g., due to suboptimal experiences in the country of origin) and thus the risk to overlook the needs of patients with migration background in mental healthcare. In conclusion, the present findings imply to consider the clinician's profession, as well as migration-related factors of patients as potential barriers in guideline implementation. To prevent discrepancies in guideline implementation as well as in the provision of guideline-based treatment methods, target-specific implementation strategies should be considered. Especially in the treatment of first-generation migrants, a culturally sensitive treatment setting, focusing on individual needs and patient empowerment, may enhance guideline implementation. Furthermore, the application of knowledge-related implementation strategies (e.g., guideline workshops) should be considered to reduce the gap in guideline implementation between mental healthcare professionals.

5. Paper I

Gaigl, G., Täumer, E., Merz, K., Zöscher, S., Wagner, S., Kösters, M., Falkai, P., Leucht, S., & Hasan, A. (2021). Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. *Schizophrenia Research*, 228, 425–434. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2021.01.010>

6. Paper II

Gaigl, G., Täumer, E., Allgöwer, A., Becker, T., Breilmann, J., Falkai, P., Gühne, U., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., Kösters, M., & Hasan, A. (2022). The role of migration in mental healthcare: treatment satisfaction and utilization. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-03722-8>

7. Literaturverzeichnis

- Baiardini, I., Braido, F., Bonini, M., Compalati, E., & Canonica, G. W. (2009). Why do doctors and patients not follow guidelines? *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 9(3), 228–233. <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e32832b4651>
- Baker, R., Reddish, S., Robertson, N., Hearnshaw, H., & Jones, B. (2001). Randomised controlled trial of tailored strategies to implement guidelines for the management of patients with depression in general practice. *The British Journal of General Practice : the Journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(470), 737–741. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11593835/?tool=EBI>
- Bradby, H., Humphris, R., & Padilla, B. (2018). Universalism, diversity and norms: gratitude, healthcare and welfare chauvinism. *Critical Public Health*, 30(2), 166–178. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1522420>
- Breilmann, J., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Gühne, U., Hasan, A., Falkai, P., Allgöwer, A., Muche, R., Becker, T., Ajayi, K., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M., Küthmann, A., Putzhammer, A., Schmauß, M., Schneeweiß, B., Schwarz, M., & Kösters, M. (2020). Implementation of the patient version of the evidence-based (S3) guideline for psychosocial interventions for patients with severe mental illness (IMPPETUS): Study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, 21(1), 275. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4200-z>
- Cabana, M., Rand, C., Powe, N., Wu, A., Wilson, M., Abboud, P., & Rubin, H. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458–1465. <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
- de Beurs, D., de Groot, M., de Keijser, J., Mokkenstorm, J., van Duijn, E., de Winter, R., & Kerkhof, A. (2015). The effect of an e-learning supported Train-the-Trainer programme on implementation of suicide guidelines in mental health care. *Journal of affective disorders*, 175, 446–453. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.046>
- DGPPN. (2019a). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html>
- DGPPN. (2019b). *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>
- Ferguson, W., & Candib, L. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *Family Medicine and Community Health Publications*, 34(5), 353–361.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (1990). Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. *National Academies Press (US)*. <http://www.nap.edu/catalog/1626.html>
- Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W., & Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. *Healthcare*, 4(3). <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
- Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A. Å., & Forsell, Y. (2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-8>
- Freire, P. (1993). *Pedagogy of the oppressed*. Continuum International.
- G-BA. (o. J.). *SISYPHOS – Strukturierte Implementierung digitaler, systematisch aktualisierter Leitlinienempfehlungen zur optimierten Therapeutenadhärenz bei Schizophrenie*. Gemeinsamer Bundesausschuss. Abgerufen 5. März 2022, von <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/sisyphos-strukturierte-implementierung-digitaler-systematisch-aktualisierter-leitlinienempfehlungen-zur-optimierten-therapeutenadhärenz-bei-schizophrenie.404>
- Gaigl, G., Täumer, E., Allgöwer, A., Becker, T., Breilmann, J., Falkai, P., Gühne, U., Kilian, R., Riedel-Heller, S. G., Ajayi, K., Baumgärtner, J., Brieger, P., Frasch, K., Heres, S., Jäger, M.,

- Küthmann, A., Putzhammer, A., Schneeweiß, B., Schwarz, M., ... Hasan, A. (2022). The role of migration in mental healthcare: treatment satisfaction and utilization. *BMC Psychiatry*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/S12888-022-03722-8>
- Gaigl, G., Täumer, E., Merz, K., Zöscher, S., Wagner, S., Kösters, M., Falkai, P., Leucht, S., & Hasan, A. (2021). Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. *Schizophrenia Research*, 228, 425–434. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2021.01.010>
- Garrett, P. W., Dickson, H. G., Young, L., & Whelan, A. K. (2008). „The Happy Migrant Effect“: Perceptions of negative experiences of healthcare by patients with little or no English: a qualitative study across seven language groups. *Quality and Safety in Health Care*, 17(2), 101–103. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022426>
- Göbber, J., Pfeiffer, W., Winkler, M., Kobelt, A., & Petermann, F. (2010). Stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung von Patienten mit Türkischem Migrationshintergrund - Spezielle Herausforderungen und Ergebnisse der Behandlung. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(3), 181–187. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.a000026>
- Green, L. A., Wyszewianski, L., Lowery, J. C., Kowalski, C. P., & Krein, S. L. (2007). An observational study of the effectiveness of practice guideline implementation strategies examined according to physicians' cognitive styles. *Implementation Science*, 2(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-41>
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391), 1225–1230. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
- Hamann, J., Mischo, C., Langer, B., Leucht, S., & Kissling, W. (2005). Physicians' and patients' involvement in relapse prevention with antipsychotics in schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56(11), 1448–1450. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.11.1448>
- Hasenbein, U., Schulze, A., Busse, R., & Wallesch, C. W. (2005). Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. *Das Gesundheitswesen*, 67(05), 332–341. <https://doi.org/10.1055/S-2005-858217>
- Helson, H. (1948). Adaptation-level as a basis for a quantitative theory of frames of reference. *Psychological Review*, 55(6), 297–313. <https://doi.org/10.1037/H0056721>
- Helson, H. (1964). Current trends and issues in adaptation-level theory. *American Psychologist*, 19(1), 26–38. <https://doi.org/10.1037/H0040013>
- Heneghan, C., Perera, R., Mant, D., & Glasziou, P. (2007). Hypertension guideline recommendations in general practice: awareness, agreement, adoption, and adherence. *British Journal of General Practice*, 57(545), 948–952. <https://doi.org/10.3399/096016407782604965>
- Janssen, B., Weinmann, S., Berger, M., Härter, M., Held, T., Leipert, M., Luderer, H. J., Schwarz, M., Steinert, T., & Gaebel, W. (2005). Leitlinienkonformität und Behandlungsergebnisse in der stationären Schizophreniebehandlung. *Der Nervenarzt*, 76(3), 315–326. <https://doi.org/10.1007/S00115-004-1774-8>
- Jin, Y. hui, Tan, L. M., Khan, K. S., Deng, T., Huang, C., Han, F., Zhang, J., Huang, Q., Huang, D., Wang, D. qi, Wang, Y., Zeng, X. tao, Wang, Q., & Wang, X. huan. (2021). Determinants of successful guideline implementation: a national cross-sectional survey. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12911-020-01382-W>
- Lindberg, L. G., Mundy, S. S., Kristiansen, M., Johansen, K. S., & Carlsson, J. (2019). Satisfaction with mental health treatment among patients with a non-Western migrant background: a survey in a Danish specialized outpatient mental health clinic. *European Journal of Public Health*, 29(4), 700–705. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz090>
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 53–62. <https://doi.org/10.4065/MCP.2009.0248>
- Lugtenberg, M., Zegers-van Schaick, J. M., Westert, G. P., & Burgers, J. S. (2009). Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among

- Dutch general practitioners. *Implementation Science*, 4(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-54>
- Mösko, M., Gil-Martinez, F., & Schulz, H. (2012). Cross-Cultural Opening in German Outpatient Mental Healthcare Service: An Exploratory Study of Structural and Procedural Aspects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(5), 434–446. <https://doi.org/10.1002/cpp.1785>
- Mösko, M., Pradel, S., & Schulz, H. (2011). Die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der psychosomatischen Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54(4), 465–474. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1245-x>
- Mösko, M., Schneider, J., Koch, U., & Schulz, H. (2008). Beeinflusst der türkische Migrationshintergrund das Behandlungsergebnis? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 176–182. <https://doi.org/10.1055/S-2008-1067352>
- Nübling, R., Jeschke, K., Ochs, M., & Schmidt, J. (2014). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. https://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/140513_lpk_studie_ambulante_pt_versorgung.html
- Penka, S., Fait, H., Vardar, A., Borde, T., Mösko, M. O., Dingoyan, D., Schulz, H., Koch, U., Kluge, U., & Heinz, A. (2015). Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung- Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 65(9–10), 353–362. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549961>
- Pronovost, P. J. (2013). Enhancing Physicians' Use of Clinical Guidelines. *JAMA*, 310(23), 2501–2502. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2013.281334>
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (1984). Socially-Desirable Response and Acquiescence in a Cross-Cultural Survey of Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(2), 189–197. <https://doi.org/https://doi.org/10.2307/2136668>
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765–775. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBL006>
- Sänger, S. (2008). Reine Wissensvermittlung reicht nicht aus: Die Rolle von PatientenLeitlinien bei der Entscheidungsfindung. *Das Gesundheitswesen*, 70(07), A14. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1086239>
- Schlier, B., & Lincoln, T. M. (2016). Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Verhaltenstherapie*, 26(4), 279–290. <https://doi.org/10.1159/000450694>
- Schwarz, S., & Schaefer, C. (2012). Patientenleitlinien: Wie werden Empfehlungen laienverständlich übersetzt? *Forum*, 27(6), 441–444. <https://doi.org/10.1007/s12312-012-0871-z>
- Sinnema, H., Franx, G., Volker, D., Majo, C., Terluin, B., Wensing, M., & van Balkom, A. (2011). Randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of anxiety and depressive disorders in primary care. *Implementation Science*, 6(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-75>
- Tschoepe, C. (2012). Patientenleitlinien. *Forum*, 27(6), 445–449. <https://doi.org/10.1007/s12312-012-0870-0>
- Waldorff, F. B., Almind, G., Makela, M., Moller, S., & Waldemar, G. (2003). Implementation of a clinical dementia guideline. A controlled study on the effect of a multifaceted strategy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(3), 142–147. <https://doi.org/10.1080/02813430310005136>
- Yang, J., Han, C., Yoon, H. K., Pae, C. U., Kim, M. J., Park, S. Y., & Ahn, J. (2013). Experiences and barriers to implementation of clinical practice guideline for depression in Korea. *BMC Psychiatry*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-150>
- Zwerver, F., Schellart, A. J., Knol, D. L., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2011). An

implementation strategy to improve the guideline adherence of insurance physicians: an experiment in a controlled setting. *Implementation Science*, 6(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-131>