

Leitlinien in der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen

Von Dorothea Jäckel

Wesentliches Ziel in der Rehabilitation für Menschen mit schweren und lang anhaltenden psychischen Störungen ist die Verbesserung der Teilhabe (Partizipation), die soziale und berufliche Integration und Inklusion z.B. über einen Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft. Um dieses Ziel zu erreichen, kommen in der psychiatrischen Rehabilitation eine Reihe von spezifischen Verfahren, Methoden und Interventionen zum Einsatz. Rehabilitation findet statt unter gesetzlichen Rahmenbedingungen, Vorgaben der Leistungsträger und institutionellen Gegebenheiten in den Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitative Prinzipien, Konzepte, Erfahrungswissen (implizites Wissen) und nicht zuletzt Gewohnheiten prägen ebenfalls das praktische rehabilitative Vorgehen. Ob der Rehabilitationsprozess erfolgreich verläuft, der Mensch mit psychischer Störung seine Teilhabe verbessern kann, ist wesentlich von der Wirksamkeit der rehabilitativen Maßnahmen abhängig. Der Ansatz, in dem sich praktisches Arbeiten an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert wird als Evidenzbasierung bezeichnet. Hier stellt sich die Frage nach den Bestandteilen erfolgreichreicher psychiatrischer Rehabilitation und wie diese in den Versorgungsalltag zu implementieren sind.

War in der Vergangenheit von einem Theorie-Praxis Graben die Rede, wird heute von einem Graben zwischen Forschung und Praxis gesprochen. Die Kernfrage, wie akademisches Wissen und Forschungsergebnisse Eingang in die Praxis finden können ist geblieben. Der Bereich der psychiatrischen Rehabilitation hat sich aus der Sozialpsychiatrie und weitgehend unabhängig vom akademischen Mainstream und psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachwissen entwickelt, so dass beide Disziplinen nur vereinzelt auf die Erkenntnisse der jeweils anderen zugreifen. Konkret bedeutet dies, dass die

klinische Psychiatrie und Psychotherapie rehabilitative Ansätze wenig berücksichtigt und in der psychiatrischen Rehabilitation psychiatrische und psychotherapeutische Ansätze kaum konzeptionell eingebunden werden.

Evidenzbasierung und Leitlinienentwicklung

Das etwas sperrige Konzept der Evidenzbasierung in Medizin und Praxis nimmt eine zentrale Position in der Entwicklung von Leitlinien ein. Unter Evidenz wird der wissenschaftliche Nachweis eines i.d.R. medizinischen Vorgehens verstanden. Das Grundprinzip funktioniert so, dass in kontrollierten Studien eine Intervention darauf hin überprüft wird, ob sie quantifizierbare, statistisch signifikante Effekte auf das Ergebnis (Outcome) hat, das ein Gesundheitsproblem, eine Funktions- oder Partizipationsstörung sein kann. Studien, die die Wirksamkeit von Programmen oder bestimmten Interventionen auf Teilbereiche psychiatrischer Rehabilitation zum Gegenstand haben, operationalisieren ihren Outcome, z.B. das Arbeiten in der freien Wirtschaft, Lebensqualität, Recovery, kognitive Funktionen, soziale Kompetenzen, Umgang mit der psychischen Störung, Stigmatisierung.

Leitlinien sollen eine Art Roten Faden, einen Korridor bilden, mit dem die wissenschaftliche Evidenz zur praktischen Empfehlung weiter entwickelt wird. Es geht sozusagen um die Übersetzung von Forschungsergebnissen in praktische Handlungsempfehlungen. Ihre Entwicklung folgt einer bestimmten, nicht unbedingt intuitiv erschließbaren Logik und spezifischen Vorgehensweise (Pfennig et al., 2011). Obwohl der Begriff „Leitlinie“ uneinheitlich definiert ist, wird die Hilfe, die sie zur klinischen Entscheidung beitragen soll, als zentrales Merkmal betont.¹ Gemäß Regelwerk der Arbeits-



Dorothea Jäckel
Dipl. Psych., tätig in der Arbeitsintegration für Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland und der Schweiz, Lehrtätigkeit, Mitherausgeberin Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen.

gemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF²) sind Leitlinien systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzten und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen. Im Unterschied zu Richtlinien stellen Leitlinien keine rechtlich verbindlichen Regelungen dar. Sie geben den Stand des Wissens über effektive und angemessene Krankenversorgung im Sinne der Evidenzbasierten Medizin (EBM) wieder. In Anbetracht der Fortschritte wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktisch-klinischer Erfahrungen können Leitlinien nur den aktuellen Stand zum Zeitpunkt der Abfassung wiedergeben und müssen periodischen Überarbeitungen, Erneuerungen und Korrekturen unterzogen werden.

Die psychiatrische Rehabilitation muss sich zunehmend ebenso wie die klinische Behandlung an aktuellen klinischen und empirischen Entwicklungen orientieren. Anders als in der klinischen evidenzbasierten Medizin (EBM), z.B. in Medikamentenstudien, finden sich in der Rehabilitation keine eindimensionalen Ursache-Wirkungszusammenhänge. Die Bedarfe sind komplex und die bedarfsgerechten Leistungen ebenfalls. Es handelt sich um aufei-

einander abgestimmte, lebensfeldnahe und koordinierte Komplexleistungen (Interventionsbündel) statt um einzelne Interventionen (BAR 2005). Schließlich ist anzumerken, dass die Entscheidungshilfen der Leitlinien für die psychiatrische Rehabilitation zusätzlich auf die Konzeption rehabilitativer Programme (Systeminterventionen) und nicht nur auf die Interventionen im Einzelfall ausgerichtet sind und Versorgungsstrukturen und -prozesse in ihre Überlegungen einbeziehen. Eine weitere Besonderheit von Leitlinien in der psychiatrischen Rehabilitation stellt der explizite Einbezug von Grundprinzipien und Haltungen in der Rehabilitation dar. Sie verweisen auf das biopsychosoziale Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), auf Ansätze von Recovery, Empowerment, Personen- und Bedarfs- statt Institutions- und Maßnahmezentrierung und reflektieren die Rolle der RehabilitandInnen als aktiv an ihrer Rehabilitation Beteiligte im Unterschied zu einer eher passiven Rolle eines/einer PatientIn.

In den zahlreichen Versuchen, Evidenzbasierung zu definieren, hat sich innerhalb der Medizin die Definition von Sackett verbreitet und durchgesetzt (Sackett et al., 1996). Das Konzept der evidenzbasierten Praxis (EBP) geht noch einen Schritt darüber hinaus, indem es die Perspektive der Betroffenen sowie der Angehörigen einbezieht. Demnach bezeichnet EBM/EBP die gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Anwendung der aktuell besten Evidenz bei Entscheidungen, die einzelne Patienten betreffen. Sie integriert Evidenz, klinische Erfahrung und Patientenpräferenzen. Abweichungen von den Empfehlungen sind in bestimmten Situationen erforderlich und erwünscht. Auf diesem Hintergrund stehen Evidenzbasierung und Personenzentrierung in keinen Widerspruch und schließen sich nicht gegenseitig aus (siehe Abbildung 1).



Abbildung 1 Evidenzbasierte Praxis

Klasse		Anforderungen an die Studien	Evidenzstärke & Empfehlungsgrad
I	Ia	Evidenz aufgrund einer systematischen Übersichtsarbeit randomisierter, kontrollierter Studien (evtl. mit Metaanalyse)	Hohe Evidenzstärke: starke Empfehlung („soll“), A
	Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer hoch qualitativen randomisierten, kontrollierten Studie	
II	IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung	Mittlere Evidenzstärke; Empfehlung („sollte“), B
	IIb	Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie	
III		Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien	
IV		Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen aus Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten	Schwache Evidenzstärke: Empfehlung offen („kann“), C

Tabelle 1 Evidenzstärke und Empfehlungsgrade

die Formulierung von Leitlinien sind so miteinander verschränkt, indem Leitlinien die beste zur Verfügung stehende Evidenz in Handlungsempfehlungen zu übersetzen suchen. Für die Fachbereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie liegen mittlerweile 21 klinischen Leitlinien vor (Wobrock et al., 2010). Für die Rehabilitation von Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Störungen gibt es bislang zwei (Jäckel et al., 2010; DGPPN, 2011).

Der Prozess von der Evidenz zur Empfehlung von Leitlinien entwickelt sich in mehreren Phasen. Zunächst einmal werden die relevanten wissenschaftlichen Studien gesichtet und gemäß ihrer Güte (Anforderungen) in vier bzw. sechs Klassen eingeteilt. Über eine Reihe von Zwischenschritten wird die Evidenzstärke und die Zuteilung zu den drei Empfehlungsgraden A, B, C vorgenommen.

An dieser Stelle ist kritisch anzumerken, dass der Rückschluss aus den methodisch hochwertigsten Studien – den Metaanalysen – in einen starken praktischen Empfehlungsgrad nicht

unproblematisch ist. Die Stichproben aus unterschiedlichen Studien, die in Metaanalysen zusammen geführt werden, sind häufig in ihren Merkmalen nicht mehr aufzufinden und der Transfer in die Versorgungspraxis ist bei komplexen Fragestellungen zumindest kritisch zu hinterfragen. Hochwertige Studien generieren nicht automatisch Hinweise für eine hochwertige Praxis bei komplexen Fragestellungen. Für randomisiert kontrollierte Studien (RCT) ist diese Kritik hingegen nicht angemessen. Die Evidenzstärken mit ihren Empfehlungsgraden werden durch Empfehlungen der Good Clinical Practice, (Empfehlungsgrad GCP) oder durch Klinische Konsensuspunkte (als Empfehlungsgrad KKP bezeichnet) ergänzt. Damit sind Interventionen gemeint, die aus ethischen Gründen nicht untersuchbar sind oder die in der Praxis fest verankert sind (siehe Tabelle 1 Evidenzstärke und Empfehlungsgrade).

Nicht nur die Evidenzstärken der wissenschaftlichen Studien werden klassifiziert, sondern auch die Leitlinien selbst werden in eine Ordnungsstruktur gebracht. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) hat eine Klassifikation eingeführt, die Aufschluss über das Niveau der methodischen Qualität einer klinischen Leitlinie geben soll. Neben der oben beschriebenen Evidenzbasierung geht es darum, auf welche Weise eine tragfähige Kon-



sensentscheidung zu Stande kommen kann für eine in die Leitlinie aufzunehmende Empfehlung innerhalb einer Personengruppe aus verschiedensten klinischen Kontexten.

Die Klassifikation umfasst drei Stufen der methodischen Qualität hinsichtlich ihrer systematischen Entwicklung von Leitlinien:

S1: Expertengruppe
S2: Formale Evidenz
Recherche (S2e) oder
formale Konsensfindung (S2k)
S3: Leitlinie mit allen
fünf Elementen systematischer
Entwicklung

Nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten – die Angaben variieren zwischen 10% und 40% – erhält eine nachgewiesenermaßen effektive Krankenversorgung.

Die fünf Elemente der systematischen Entwicklung einer S3-Leitlinie beinhalten

1. den formalen Konsensusprozess, der innerhalb von Konsensuskonferenzen, Delphirunden oder im nominalen Gruppenprozess stattfindet. Beteiligt sind Vertreter von Fachgesellschaften sowie von Verbänden von Betroffenen und Angehörigen.
2. die logische Analyse (klinischer Algorithmus) in Form eines Flussdiagramms.
3. evidenzbasierte Medizin.
4. die Entscheidungsanalyse, die den Umgang mit Mehrdeutigkeiten und Unsicherheiten systematisiert und festlegt. Sie hat das Auffinden des maximalen zu erwartenden Wertes nach Nutzen- und Risikogewichtung zum Ziel.
5. in der Outcome-Analyse werden die Ergebnisparameter festgelegt. Hier können Kosten-Nutzen-Kriterien eingehen.

Die Evidenzbasierung stellt hier nur ein Element unter mehreren in einem stark systematisierten Entwicklungsprozess dar. Das methodische Vorgehen bei der S3-Leitlinien-Entwicklung ist dokumentiert und zugänglich z.B. im Anhang der Leitlinien.

Die Systematisierung und Formalisierung des Leitlinienentwicklungsprozesses soll die Transparenz der Entscheidungsfindung, welche der zur Disposition stehenden Verfahren in die Leitlinie aufgenommen werden, erhöhen. Außerdem soll das Vorgehen gewährleisten, dass im formalen Konsensbildungsprozess die Diskussion nach festgelegten Regeln verläuft und Entscheidungen nicht aufgrund eines

Gruppendrucks z.B. durch starke Interessenvertretung zu Stande kommen.

Im November 2011 sind auf der AWMF Seite³ 707 aktuelle Leitlinien gelistet: 486 auf S1-, 118 auf S2- und 103 auf S3-Niveau. Aufgrund des erheblichen Zeit- und Kostenaufwands für die systematische Entwicklung von

S3-Leitlinien liegen bislang weniger als 20% der Leitlinien auf S3-Niveau vor. Eine seit 2010 bestehende Internetplattform will in dieser Situation Abhilfe schaffen und stellt Ressourcen bereit, um den Aufwand der S3-Konsensfindung deutlich zu reduzieren und so zur weiteren Entwicklung von Leitlinien auf S3-Niveau beizutragen.⁴

Leitlinien und Qualität

Lediglich ein relativ kleiner Teil aller Patientinnen und Patienten (die Angaben in der Literatur variieren zwischen 10% - 40%) erhalten eine wissenschaftlich nachgewiesenermaßen effektive Krankenversorgung. Insbesondere Menschen mit schweren und lang andauernden psychischen Störungen sind gefährdet, von wirksamer Behandlung und Rehabilitation ausgeschlossen zu werden (Bond et al., 2001; Torrey et al., 2001; Drake et al., 2009). Werden die Empfehlungen von Leitlinien umgesetzt, d.h. wird die Evidenz in die Praxis implementiert, wird dies als Leitlinienkonformität bezeichnet und kann als Merkmal psychiatrischer Versorgungsqualität bezeichnet werden.

Im Rahmen der Qualitätssicherung spielt Evidenzbasierung und Leitlinienkonformität bisher keine zentrale Rolle in der psychiatrischen Rehabilitation. Nach Donabedian wird „Qualität“ in die drei bekannten Dimensionen eingeteilt: Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität. Leitlinien für die psychiatrische Rehabilitation können Hilfestellung bei der Ergebnisqualität geben hinsichtlich der Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen und Interventionen sowie wertvolle Anregungen bezüglich der Struktur- und Prozessqualität liefern. Kostenträger sind insbesondere an

der Evaluation der erbrachten Leistungen im Einzelfall interessiert, unabhängig davon, ob diese empirisch mit dem Rehabilitationsergebnis korrelieren. Zu Grunde liegt vermutlich die Annahme, dass die Dosis der erbrachten Leistungen im Einzelfall direkt am einzelnen Rehabilitanden mit den gewünschten Effekten der Rehabilitation quasi automatisch korrespondiert. Für die Koordination von Komplexleistungen in der Rehabilitation trifft dies allerdings nicht zu, da z. B. Arbeitsplätze in der freien Wirtschaft häufig in der Abwesenheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer akquiriert werden.

Kritische Würdigung von Leitlinien in der psychiatrischen Rehabilitation, offene Fragen und Ausblick

Leitlinien sollen das aktuelle Wissen zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen in einer Weise abbilden, dass es für die in die psychiatrische Rehabilitation involvierten Personen eine Orientierung und Entscheidungshilfe darstellt und handlungswirksam werden kann. Durch den Transfer von Evidenz in die psychiatrische Rehabilitation können Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ebenso wie die Institutionen profitieren und innovative Anregungen für ihre Arbeit erhalten. Leitlinien für die Rehabilitation von Menschen mit schweren und lang andauernden psychischen

Störungen beinhalten notwendigerweise Grundhaltungen und Prinzipien und gehen somit über die evidenzbasierte Diagnostik und Intervention der klinischen Leitlinien hinaus. Probleme mit der Leitlinienkonformität

können aufzeigen, wo durch Kontexte, Rahmenbedingungen oder Institutionen die Implementierung evidenzbasierter Rehabilitation auf Barrieren stößt, die einer möglichst wirksamen Rehabilitation im Wege stehen.

Neben ihren positiven Aspekten haftet dem Konzept Evidenzbasierung und den daraus entwickelten Leitlinien zuweilen etwas Zwiespältiges an. Von einer Kochbuchmedizin mit Rezepten ist manchmal die Rede, in der die individuellen Behandlungsbedarfe in den nicht auf den Einzelfall übertragbaren

Stichprobenbefunden untergingen, Evidenzbasierung stelle eine Beschränkung der therapeutischen Freiheit und der ärztlichen Heilkunst dar. Auch dass das Konzept der Evidenzbasierung und seine Aufbereitung in Leitlinien indirekt eine Kritik an der gängigen Rehabilitationspraxis enthalten, lässt kritische Zurückhaltung entstehen. Die Logik evidenzbasierter Medizin ist auf akute Erkrankungen und nicht auf schwere und andauernde Krankheitsverläufe ausgerichtet. Komplexleistungen oder die Interdependenzen von Einzelinterventionen haben in dieser Systematik keinen rechten Platz. Bei komplexen Fragestellungen in der Rehabilitation geht es aber genau darum, die vielschichtigen Zusammenhänge von schweren und lang andauernden psychischen Erkrankungen in den Blick zu nehmen. So können Befürchtungen entstehen, dass seitens der Leistungsträger Leitlinien dazu missbraucht werden könnten, Verfahren mit niedrigem Empfehlungsgrad aus ihrem Leistungskatalog zu streichen und ihre Vorgaben auf Kosten-Nutzen-Effekte zu reduzieren.

Bislang ist nicht geklärt, ob die Ergebnisqualität (Outcome) rehabilitativer Maßnahmen durch Anwendung von Leitlinien tatsächlich gesteigert wird. Allerdings ließ sich zeigen, dass bestimmte Verfahren (z.B. Supported Employment bei der beruflichen Wiedereingliederung) zu besseren Effekten hinsichtlich der Teilhabe führen als die traditionelle Arbeitsrehabilitation. Bei der Einschätzung der Rehabilitationsprognose sowie des individuellen Trainings- und Therapiebedarfs könnten Studienergebnisse zu personenbezogenen Prädiktoren zur Eingliederung in die freie Wirtschaft herangezogen werden. Umweltseitig könnten wirksame Ansätze wie das Supported Employment gefördert und ihre Anwendung verbreitet werden (Hoffmann et al., 2011). Die Implementierung von Leitlinien in die Praxis der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen steht gegenwärtig noch am Anfang.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es auch in der psychiatrischen Rehabilitation kaum mehr mög-

lich ist, an den Anforderungen nach Evidenzbasierung vorbei zu kommen. Das Konzept der evidenzbasierten Praxis (EBP) geht einen Schritt weiter als die evidenzbasierte Medizin (EBM), indem es die Präferenzen der Betroffenen explizit einbezieht. Bei der Entwicklung von Leitlinien für die psychiatrische Rehabilitation werden rehabilitative Grundsätze wie das biopsychosoziale Modell, Recovery und Empowerment eingebunden. Demnach stellen solche Leitlinien keine starren Vorgaben oder Rezepte dar, sondern sie bedürfen der aktiven und kritischen Auseinandersetzung bei der Implementierung in die Praxis. ●

Leitlinien stellen keine starren Vorgaben oder Rezepte dar, sondern sie brauchen die aktive Auseinandersetzung bei der Implementierung in die Praxis.

Anmerkungen

- 1 s.a. <http://www.leitlinienentwicklung.de/uber-das-portal/entwicklung-klinischer-leitlinien>, <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen>, <http://www.cochrane.de/leitlinien>
- 2 Gegenwärtig ein Zusammenschluss aus 162 wissenschaftliche Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin
- 3 <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
- 4 <http://www.leitlinienentwicklung.de/>

Literatur

- BAR** (2005). RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).
- Bond, G. R.,** Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D. & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services* 52(3), 313–322.
- DGPPN** (2011). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Langversion). Fassung vom 19.07.2011; verfügbar unter: <http://www.psychiatrie.de/pdf/dachverband/mitgliedschaft/intranet/handlungsempfehlungen/s3-leitlinien/> [10.11. 2011].
- Drake, R. E., Bond, G. R. & Essock, S. M.** (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia.

Schizophrenia Bulletin, 35(4), 704–713.

Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S. & Kupper, Z. (2011). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Advance online publication. 12.11.2011. doi:2010.1111/j.1600-0447.2011.01780.x.

Jäckel, D., Hoffman, H. & Weig, W. (Hrsg.). (2010). Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Pfennig, A., Kopp, I., Strech, D. & Bauer, M. (2011). Das Konzept der Entwicklung von S3-Leitlinien. *Nervenarzt*, 81(9), 1079–1084.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't – It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, 312(7023), 71–72.

Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L. B., Burns, B. J., Flynn, L., Rush, A. J., Clark, R. E. & Klatzker, D. (2001). Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52(1), 45–50.

Wobrock, T., Schneider, F. & Falkai, P. (2010). Leitlinienintentionen der DGPPN. *Nervenarzt*, 81(9), 1041–1048.

Kontakt

Dorothea Jäckel
 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
 Murtenstrasse 21 / Postfach
 CH-3010 Bern
 Tel. 0041-31 632 47 07
 Email: jaeckel@spk.unibe.ch

