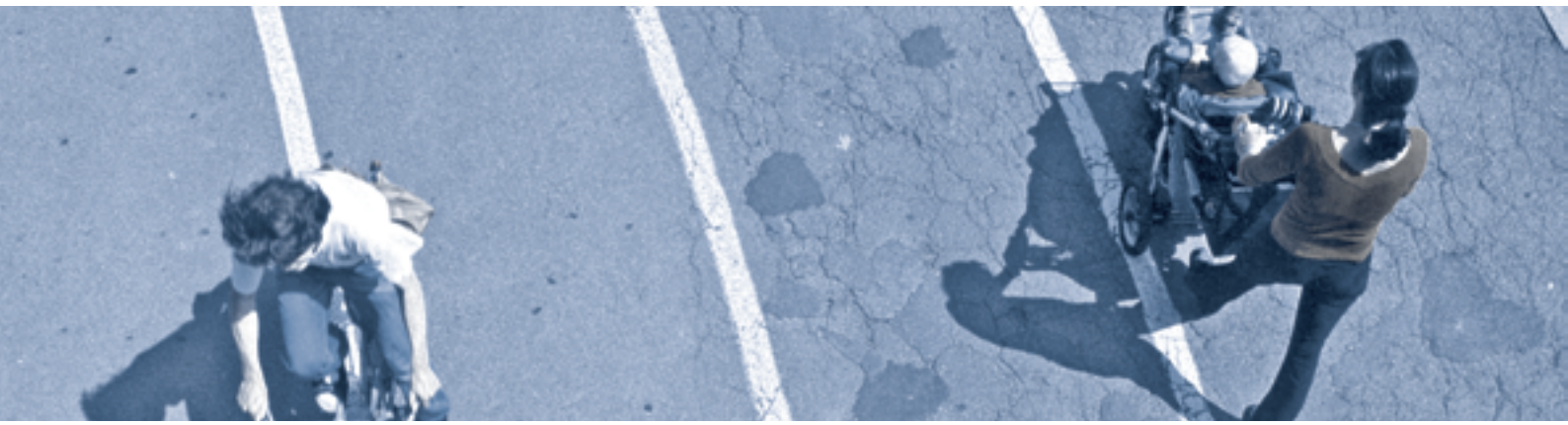
ISSN 0724-5165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

# Kerbe

## Forum für soziale Psychiatrie

1 2012
Februar
März
April
30. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Nach allen Regeln der Kunst**

Woher kommen die Maßstäbe für gute Praxis?

Leitlinien für psychiatrische Behandlung und Rehabilitation

## 3 Editorial

## 4 Themenschwerpunkt

**Leitlinien in der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen**
Dorothea Jäckel, Seite 4

**Praxisleitlinien in der Sozialpsychiatrie: Rezept, Vision, Korsett?**
Ein persönlicher Erfahrungsbericht
Annette Theißing, Seite 8

**Evidenz und Erfahrung**
Oder: Vom Nutzen von Ambiguitätstoleranz
Matthias Rosemann, Seite 10

**Leitlinien in der Psychiatrie: Ausgangspunkt für eine individualisierte Versorgung?**
Aus der Sicht eines Psychiatrieerfahrenen.
Ingo Ulzhöfer, Seite 12

**Behandlungspfade in der psychiatrischen Versorgungslandschaft**
Nora Volmer-Berthele, Seite 15

**Psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland**
Stellenwert und Perspektiven
Hans Joachim Salizé, Seite 18

**Evidenzbasiertes Entscheiden – zwischen guter Theorie und missbräuchlicher Praxis**
Jürgen Kriz, Seite 22

**Wovon hängen günstige Verläufe schizophrener Erkrankungen ab?**
Roland Vauth, Seite 25

**Recovery und seine Bedeutung für unsere wissenschaftliche Verantwortung**
Michaela Amering, Seite 28

**Wirkungsorientierte Steuerung der Leistungen**
Ein neuer Weg, um Teilhabe zu erreichen?
Petra Gromann, Seite 32

## 35 Spectrum

**Wer Teilhabe will, muss Normen akzeptieren und kritisch reflektieren**
Margret Osterfeld, Seite 35

**Gesetzesänderung: Die Rechte von psychisch Kranken stärken**
Manfred Lucha, Seite 36

**Recovery in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum**
Eine ansteckende Idee
Sonja Schaffer und Ellen Walz, Seite 37

**„Nehmt Euch in Acht vor den Verrückten“**
Projekt St. Camille hilft psychisch Kranken in Westafrika
Christine Keck, Seite 40

## 44 Nachrichten

## 46 Termine


Foto: Lothar Nahler

EDITORIAL

## Liebe Leserin, lieber Leser

Leisten Sie eigentlich gute Arbeit? Werden Ihre Klienten nach allen Regeln der Kunst unterstützt? Bestimmt werden Sie diese Fragen mit Ja beantworten, schließlich sind wir alle überzeugt von unserer Arbeit und leisten sie mit viel Engagement und nach bestem Wissen. Aber ist Ihnen auch schon aufgefallen, wie unterschiedlich die Konzepte und Angebote sind, die sich hinter dieser „guten Arbeit“ verbergen? Woher kommen die Maßstäbe für eine gute Praxis? Kann man festlegen, was wirklich gut und wirksam ist, was eher verzichtbar und was vielleicht sogar schädlich? Und wenn man es könnte: müssten sich dann alle daran halten? Wer würde das überprüfen? Würde dadurch nicht die Vielfalt unserer Arbeit unnötig beschränkt?

Der Begriff der leitliniengerechten Arbeit hat sich vor allem in der somatischen Medizin durchgesetzt. Doch auch für die Arbeit mit Menschen, die an schweren und chronischen psychischen Erkrankungen leiden, gibt es Leitlinien. Bisher haben sie aber wenig Bedeutung für unsere praktische Arbeit. Doch wenn wir künftig über die Inhalte, die Qualität und die Kosten sozialpsychiatrischer Leistungen diskutieren, wid die Beachtung der Leitlinien eine immer größere Rolle spielen. Offen ist aber, wie gewährleistet werden kann, dass eine leitliniengerechte Arbeit dann auch bezahlt wird.

Die Entwicklung von Leitlinien zur gesundheitlichen Versorgung findet statt im größeren Zusammenhang der sog. Evidenzbasierten Medizin (EBM). Damit ist ein Ansatz gemeint, der medizinisches Handeln systematisch überprüfbar machen will und der dafür Maßstäbe bereitstellt, die auf transparente und wissenschaftlichen Anforderungen genügende Weise entwickelt werden. Dorothea Jäckel erklärt uns, was Leitlinien sind, wie sie entwickelt werden, wie sich eine S1-Leitlinie von einer S3-Leitlinie unterscheidet und ob man gezwungen ist, sich daran zu halten. Annette Theißing hat sich auf die schwierige Aufgabe eingelassen, die Empfehlungen der Leitlinien tatsächlich auf ihre praktische Arbeit zu übertragen. Beide Autorinnen haben an der Entwicklung von Leitlinien für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mitgewirkt bzw. diese herausgegeben. Auch Matthias Rosemann hat als Verbandsvertreter an einem Prozess der Leitlinienabstimmung teilgenommen und beleuchtet einige Schwierigkeiten im Prozess. Ingo Ulzhöfer kommentiert die Entwicklung von Leitlinien aus der Perspektive eines Psychiatrieerfahrenen. Nora Volmer-Berthele erläutert die weitere Konkretisierung von Leitlinien zu Behandlungspfaden.

Leitlinien orientieren sich vor allem an Ansätzen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Oftmals gibt es dafür aber nur Studien aus dem englischen oder amerikanischen Raum. Warum das so ist und was sich in der Versorgungsforschung in Deutschland ändern müsste, stellt Hans Joachim Salizé dar. Jürgen Kriz weist aus der Perspektive der Psychotherapieforschung darauf hin, dass die Orientierung an der Evidenzbasierten Medizin auch ihre Grenzen haben sollte.

Die Frage, welche Faktoren im individuellen Rehabilitationsverlauf wirksam sind und welche zu einem positiven Verlauf beitragen, hat die Rehabilitationsforschung lange vor der Leitlinienentwicklung beschäftigt. Dies wirkt weiter in der heutigen Recovery-Bewegung. Roland Vauth und Michaela Amering zeigen, was dies für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit „guter Praxis“ bedeutet.

Die Entwicklung von Leitlinien in der Medizin ist bisher weitgehend eine „innerfachliche“ Angelegenheit: die wissenschaftlichen Gesellschaften und die Organisationen der Berufsgruppen und der Praxis verständigen sich (mehr oder weniger) autonom auf Maßstäbe für gute Praxis. Wie sieht es aus, wenn sich die Leistungsträger selbst um die „Wirkung“ der von ihnen finanzierten Leistungen kümmern und Kosten-Nutzen-Abwägungen eine große Rolle spielen? Petra Gromann stellt dazu einen mehrdimensionalen Ansatz vor, der sich auf die Eingliederungshilfe bezieht.

Man kann sich an Leitlinien orientieren – man kann sie auch kritisch sehen. Nur eines sollte man nicht mehr tun: sie ignorieren. Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

*Irmgard Plößl*
*Georg Schulte-Kemna*

# 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 Ansätzen 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 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF[2]) sind Leitlinien systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte 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-

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.

nander 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.

| 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

In den zahlreichen Versuchen, Evidenzbasierung zu definieren, hat sich innerhalb der Medizin die Definition von Sacket 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

Das Konzept der Evidenzbasierung und 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 AWFM Seite[3] 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 beitragen.[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.

Leitlinien sollen das aktuelle Wissen zur Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen so abbilden, dass es handlungswirksam werden kann.

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 dirket 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. Arbeitsplätzen 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.

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

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 möglich ist, an den Anforderungen nach Evidenzbasierung vorbei zu kommen. Das Konzept der evidenzbasierten Praxis (EBP) geht einen Schritt weiter als die evidenzbasierten 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.

**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

# Praxisleitlinien in der Sozialpsychiatrie: Rezept, Vision, Korsett?

## Ein persönlicher Erfahrungsbericht

Von Annette Theißing

Rasant und stetig steigt in den letzten Jahren im klinischen Bereich die Anzahl an Leitlinien, so auch in der Psychiatrie. Bisher dominieren diagnosespezifische medizinische Behandlungsleitlinien, die sich an Ärzte richten. Sie werden über die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) in expertengestützten Verfahren auf unterschiedlichen evidenzbasierten Niveaus entwickelt.

Im außerklinischen Bereich der psychosozialen und rehabilitativen Therapien spielten Leitlinien bislang eine untergeordnete Rolle. Die DGPPN Behandlungsleitlinie „Psychosoziale Therapien“ (Becker et al. 2005) auf S1 Niveau machte den Anfang, für die psychiatrische Rehabilitation und psychosoziale Therapien den Prozess der Leitlinienentwicklung einzuläuten. Die Deutsche Rentenversicherung fördert seit 1998 Forschungsprojekte zu Leitlinien in der Rehabilitation, so auch in den Bereichen Sucht und Psychosomatik. In einem eigenen Verfahren werden hier Leitlinien und Therapiestandards über Literaturrecherche und die Auswertung von therapeutischen Leistungen und Ergebnissen von Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt.

Aus meiner Perspektive als Leiterin einer medizinisch-beruflichen Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) zeigt sich unsere Praxis bisher relativ unbeeindruckt von Leitlinien. Die Konzeptentwicklung der Einrichtung folgt einer anderen Logik. Wenn Rehabilitationsmaßnahmen an Grenzen kommen, werden Prozesse im Team inhaltlich ausgewertet, eigene erhobene statistische Daten und Teilnehmerbefragungen zu Rate gezogen, unsystematische Literaturrecherchen betrieben und in Hospitationen und Fachgruppen von den Erfahrungen anderer Einrichtungen profitiert. Fachtagungen und Vorgaben von Leistungsträgern geben weitere Impulse zur Fortentwicklung der therapeutischen Konzeption. Erfahrungsgeleitet und scheinbar relativ unabhängig von jeglicher Evidenz haben wir bisher unser Angebot bedarfsorientiert auch ohne Leitlinien stetig weiterentwickelt. Der Blick in die Vorgaben von Rehabilitationsleitlinien anderer Indikationsbereiche wirkte eher befremdlich, da die dort präsentierten statistisch gewonnenen Vorgaben weit weg von unseren Erfahrungen und der Komplexität der Rehabilitationsprozesse schienen.

Relativ unbedarft hatte ich dann ab 2007 als Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der RPK-Einrichtungen (BAG RPK e.V.) die Gelegenheit, in Konsensusrunden gleich an zwei Prozessen der Leitlinienentwicklung für den Bereich der psychiatrischen Rehabilitation mitzuwirken: an den Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen auf S1-Niveau, (Jäckel, Hoffmann, Weig 2010) initiiert von der BAG RPK, und an der Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (S3)“ (T. Becker, S. Riedel-Heller, S. Weinmann), initiiert von der DGPPN, angemeldet bei der AWMF, geplante Fertigstellung 31.12.2011.

Beide Leitlinien-Vorhaben gingen von vornherein von einem multiprofessionellen, prozesshaften und sozialpsychiatrischen Rehabilitationsverständnis aus, was meinem praktischen Erfahrungshintergrund sehr entsprach. Interessant und lohnenswert erschien es mir bei allem zu erwartenden Aufwand außerdem, die eigene Praxis anhand von Empirie und Evidenz kritisch zu beleuchten und auf der anderen Seite, die Erfahrungen der eigenen „best practice“ in die Leitlinienentwicklung einzubringen.

Der Spagat in diesem Leitlinienprozess zwischen der gebotenen wissenschaftlichen Neutralität und Unbefangenheit auf der einen Seite und den vorhandenen Verbands- und Einrichtungsinteressen auf der anderen Seite war dabei –nicht nur für mich- eine hohe Herausforderung. Den größten persönlichen Gewinn habe ich genau in dieser „sportlichen Übung“ gewonnen: unabhängig von vorhandenen Einrichtungsstrukturen und sozialrechtlichen Voraussetzungen die eigene Praxis an den empirischen Untersuchungen zu messen und zu überprüfen.

Annette Theißing
Diplom-Psychologin, Einrichtungsleitung beta-REHA, Hannover. und Mitglied im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.

### Der Konsensprozess

Insbesondere bei der Entwicklung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ mit über 40 beteiligten Experten und Organisationen aus allen Himmelsrichtungen der psychiatrischen Versorgung beeindruckte das von einer (fachfremden) Vertreterin der AWMF stringent moderierte und stark formalisierte Konsensverfahren. Das zunächst etwas penibel und umständlich wirkende Verfahren mit festgelegten schriftlichen und mündlichen Beteiligungsformen führte tatsächlich dazu, dass der Konsens mühevoll unter der Beteiligung aller Vertreter immer wieder hergestellt werden musste und nicht von der Dominanz einzelner Verbandsinteressen bestimmt werden konnte. In etwas „abgespeckter“ Form wäre dieses Delphiverfahren durchaus auch auf andere Bereiche der Konzeptentwicklung übertragbar. Gefährdet wurde dieser mühevolle Einigungsprozess allerdings bis-

weilen durch Ermüdungserscheinungen aller Beteiligten und dann dem Drang nach schneller Konsensfindung.

## Stolpersteine

In Deutschland gibt es verhältnismäßig wenig Studien im ambulanten psychiatrischen Bereich. Ob Wohnunterstützung, Arbeitsrehabilitation oder ambulante psychiatrische Behandlung: in allen Bereichen muss auf angelsächsische Studien zurückgegriffen werden. Damit bleibt es eine wichtige weitergehende Aufgabe der Leitlinien im psychosozialen und rehabilitativen Bereich, die Empfehlungen auf das deutsche Gesundheits- und Sozialsystem zu übersetzen und anzupassen. In beiden Leitlinien-Prozessen entwickelten sich besonders hitzige Diskussionen im Bereich der Arbeitsrehabilitation und zu dem Konzept „Supported Employment“, bekannt unter dem Stichwort „first place then train“. Ein Konzept, das radikal zu Ende gedacht viele bestehende Einrichtungsstrukturen und deutsche sozialrechtliche Bedingungen in Frage stellt.

Ausgehend von diesem Prinzip „First place – then train“ wurden in den 90er Jahren zunächst in den USA, später auch in Europa Integrationsprojekte nach dem Konzept des Supported Employment entwickelt. Sie setzen direkt am vorhandenen oder neuen Arbeitplatz unter üblichen Marktbedingungen an und sehen eine langfristige Begleitung durch einen „Job Coach“ vor. Entgegen der Grundidee vieler Rehabilitationskonzepte, TeilnehmerInnen zunächst in beschützten Werkstätten zu trainieren und die Maßnahme bei Erfolg mit einer Arbeitsaufnahme zu beenden, beginnt Supported Employment direkt mit der Arbeitsaufnahme und stellt bei Bedarf eine zeitlich unbefristete Betreuung durch einen Job Coach bereit. Das ursprüngliche Konzept des Supported Employment wurde weiterentwickelt zum „Individual Placement and Support System“ (IPS). Die wesentlichen Merkmale des Supported Employment wurden zur Qualitätssicherung in einer „Supported Employment Fidelity Scale“ operationalisiert.

Supported Employment übertrifft auf den wesentlichen Ergebnisdimensionen herkömmliche Rehabilitationskonzepte: Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen finden mit Supported Employment eher eine Arbeit, sie arbeiten mehr Stunden, sie sind langfristiger in Arbeitsverhältnissen beschäftigt und verdienen mehr Geld. Sie befinden sich seltener in der Klinik und zeigen weniger depressive Symptome.

Personen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen finden mit Supported Employment eher ein langfristiges Arbeitsverhältnis.

Mit dieser eindeutigen Studienlage findet sich das Supported Employment als eindeutig zu empfehlendes Verfahren der Arbeitsrehabilitation in beiden Leitlinien wieder. Die „Best practice“ der deutschen Arbeitsrehabilitation mit dem Facettenreichtum ausgefeilter beruflicher Rehabilitationskonzepte findet sich auf den ersten Blick demgegenüber nicht in den Empfehlungen beider Leitlinien wieder. Etwas ratlos bleibt man mit der Frage der Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zurück.

## Impulse

Die Übertragbarkeit setzt die Auseinandersetzung mit Fragen voraus, die in den Leitlinien erst aufgeworfen und noch nicht abschließend beantwortet sind: Warum sind die Integrationsergebnisse bei einem direkten Beginn der Rehabilitation im Betrieb so eindeutig und so viel besser? Viele Antworten sind denkbar: Setzt der Wechsel in die Arbeitnehmerrolle Motivation und Ressourcen frei? Ist die tarifliche Lohnbezahlung für den Integrationserfolg ausschlaggebend? Welche Rolle spielt die Weitergewährung von Rentenzahlungen während des Supported Employments? Welche Chancen und Risiken bestehen in den Konzepten der Personalüberlassung des Supported Employment? Wie ausschlaggebend sind die realen betrieblichen Anforderungen und der kollegiale Kontakt? Welche Rolle spielt die Beziehungsqualität zwischen Jobcoach und Klient im Supported Employment? Sind mit dem Supported Employment betriebliche Praktika vereinbar oder ist der Arbeitsvertrag zu Beginn ausschlaggebend?

Diese Fragen geben wichtige Impulse für weitergehende Forschungsfragen und regen dazu an, die eigene Praxis zu überdenken. So kann es Sinn machen, schon während der Rehabilitationsmaßnahme in die Rolle des bezahlten Arbeitnehmers zu schlüpfen. Wir machen in unserer RPK-Einrichtung gute Erfahrungen damit, Rehabilitanden darin zu unterstützen, schon während des Rehabilitationsprozesses flexibel Urlaubsvertretungen und befristeten Anstellungen einzugehen und sich auszuprobieren, ohne den Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme zu beenden und somit die therapeutische Beziehung fortzuführen.

Eine weitere wichtige Anregung des Supported Employments betrifft den Umgang mit den sozialrechtlichen Möglichkeiten. Viele Projekte im Supported Employment erlauben den Weiterbezug von Rentenzahlungen während der Arbeitsaufnahme. In Deutschland orientiert sich die berufliche Rehabilitation nach wie vor stark an einer Vollerwerbsfähigkeit. Der Bezug einer Teilerwerbsminderungsrente ermöglicht aber gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oft erst den Integrationserfolg im Betrieb.

## Unerwünschte Nebenwirkungen

Die Fülle und stellenweise Unübersichtlichkeit beider Leitlinien kann dazu führen, dass vorschnelle und verkürzte Schlüsse gezogen werden. Wichtige Elemente wie Multiprofessionalität, Komplexleistung, Integration von therapeutischen und beruflichen Hilfen sind empirisch gut belegt, in beiden Leitlinien gut beschrieben und bilden erst die Grundlage für „First place then train“. Einfach nur im Betrieb zu platzieren reicht nicht aus.

Viele Praktiker werden auf der anderen Seite enttäuscht sein, wenn sie in den Leitlinien blättern und für sich wenig handfeste Tipps finden, was denn nun im Alltag zu tun und was besser zu lassen ist. Die Stärke beider Leitlinien liegt auf der systemischen Ebene und nicht in der praktischen Alltagsarbeit. Der S1 „Praxisleitlinie“ ist es gelungen, den Rehabilitationsprozess in den Mittelpunkt zu stellen. Das hebt sie wohltuend von anderen Rehabilitationsleitlinien mit detaillierten Leistungsvorgaben ab. Für die unmittelbare Praxis ist sie dadurch stellenweise schwer verdaulich.

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale The-

rapien“ besticht durch die Fülle an bearbeiteten sozialpsychiatrischen Versorgungssegmenten. Eindrucksvoll wird belegt, dass psychosoziale Angebote wirksam sind und damit unverzichtbar für die sozialpsychiatrische Praxis. Aber auch diese Leitlinien sind schwere Kost, die Fülle an angelsächsischen Studien ist für den Leser noch nicht integriert in einen Rehabilitationsprozess. Daher wirken die Empfehlungen teilweise noch fragmentarisch.

## Ausblick

Hier kann man sich nur wünschen, dass der durch die Leitlinien angestoßene Diskurs auf unterschiedlichen Ebenen fortgeführt und nicht vorschnell beendet wird. Die von einer der Herausgeberinnen der Praxisleitlinien, Dorothea Jäckel, im Rahmen der BAG RPK durchgeführten Praxisworkshops sind hierfür ein wichtiger Schritt.

Die Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis ließe sich durch geeignete qualitative Forschungsmethoden verringern. Da der individuelle Prozess und der reale soziale Kontext im Mittelpunkt steht, wird man mit rein quantitativen Forschungsmethoden zwangsläufig weiter an Grenzen stoßen.

Die Praxis muss sich andererseits anhand von empirischen Ergebnissen fragen lassen, ob die Ressourcen immer wirksam im Sinne der Betroffenen eingesetzt werden. „Das haben wir schon immer so gemacht!“ greift zu kurz. Innovationen brauchen auch Freiräume, Improvisation und Mut, neue Wege zu erproben. Leitlinien können als Anregung zur Weiterentwicklung der eigenen Praxis dienen. Eine Gängelung durch starre Standardvorgaben dagegen führt besonders im psychiatrischen Bereich zu Qualitätseinbußen.

**Literatur**

**Becker, T., Reker T. & Weig, W.** (Hg.) (2005). Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien (Bd. 7). Darmstadt: Steinkopff

**Jäckel, D., Hoffmann, H. & Weig, W.** (Hg.) (2010). Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Bonn: Psychiatrie-Verlag

**Kontakt**

Annette Theißing
beta-REHA, Calenberger Straße 34,
30169 Hannover
Email: theissing@beta89.de

# Evidenz und Erfahrung

## oder: Vom Nutzen von Ambiguitätstoleranz

Von Matthias Rosemann

Matthias Rosemann
Psychologe / Soziologe M.A., Geschäftsführer von Träger e.V. in Berlin, Vorstandssprecher der BAG Gemeindepsychiatrischer Verbünde, Mitglied der Konsensusgruppe zur Erarbeitung der S3-Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

Evidenz entsteht, wenn in definierten Studiendesigns Effekte von Interventionen so nachgewiesen sind, dass begründeter Zweifel nicht mehr möglich ist, es sei denn, man zweifelt das Studiendesign als solches an. Evidenzbasierung spielt für die Überzeugung von Kostenträgern und Entscheidern in der Selbstverwaltung der gesundheitlichen Versorgung, aber auch in Politik und Öffentlichkeit eine wesentliche Rolle. Man mag den Siegeszug der evidenzbasierten Verfahren gegenüber qualitativen Forschungsmethoden bedauern, bestreiten kann man ihn mit Blick auf die Realität in der Bundesrepublik nicht. Zur Evidenz gehört nicht, genau zu prüfen, ob die Gruppen von Untersuchten, an denen die Studien vollzogen wurden, einen repräsentativen Durchschnitt der Bevölkerung mit gleicher Problematik bilden. Diese findet sich an den Orten, in denen die Studien durchgeführt werden, also an Universitäten, nicht unbedingt. Nun soll dies hier kein Beitrag über den Begriff der Evidenz sein. Aber Sie werden sehen, dieser Begriff spielt in der Entwicklung einer S3-Leitlinie eine wesentliche Rolle.

Der Begriff der Evidenz hat in der Entwicklung einer S3-Leitlinie eine wesentliche Bedeutung.

## Konsensentwicklung als Aufgabe

Nun aber der Reihe nach. Im August 2009 erhielt die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V. eine Einladung zur Mitwirkung an der Erarbeitung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Im Auftrag des Vorstands der BAG GPV nahm ich als deren Vertreter an der sogenannten Konsensusgruppe teil

Leitlinien von wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unterliegen einem zwischen den Fachgesellschaften vereinbarten Verfahren. Wissenschaftliche Mitarbeiter erarbeiten für eine Arbeitsgruppe zu jedem definierten Thema eine wissenschaftliche Recherche zur vorhandenen Evidenz. Die Texte selbst beschreiben die internationale Studienlage, die deutsche Studienlage, die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Situation in der Bundesrepublik und enthalten einen ersten Entwurf für die daraus abzuleitenden konkreten Empfehlungen. Die Konsensusgruppe bewertet die vorgelegten Texte und empfiehlt dann ggf. Veränderungen. Dabei gilt das Prinzip: je größer die Übereinstimmung der Konsensusgruppe, desto höher der Wert der Empfehlung. Der Empfehlungsgrad bemisst sich nach dem von der Konsensusgruppe festgestellten Evidenzgrad der Aussage. Vielleicht lässt sich der gesamte Prozess so zusammenfassen: eine breit zusammengestellte Expertengruppe bewertet das von Wissenschaftlern unter dem Gesichtspunkt von Evidenz dargestellte Ergebnis vor dem Hintergrund praktischer Erfahrung und der Interessenslagen des jeweils vertretenen Verbands und ist dabei auf größtmöglichen Konsens in der Gesamtgruppe angewiesen.

## Auftretende Problemebenen

Die erste ist: Es müssen sich alle herbeigerufenen Experten auf einen

vergleichbaren Umgang mit den wissenschaftlichen Recherchen, d.h. auf gleiches Verständnis von Evidenz einigen und sie müssen - möglichst in einem Rückkoppelungsprozess - die Ergebnisse der Studienrecherche mit ihrer Alltagspraxis bzw. den Erfahrungen des vertretenen Verbandes abstimmen. Das kann, eindeutige Studienlage vorausgesetzt, ja nicht so schwer sein? So dachte ich bis zum Erleben der ersten Sitzung. Dann lernte ich: Es ist keineswegs eindeutig definiert, welche Evidenz sich aus Studien herleiten lässt. Selbst die Vertreter(innen) von Organisationen, die an die Evidenz glauben, kamen zu sehr unterschiedlichen Bewertungen.

Ferner stellte sich als zweite Problemebene heraus, alle Diskutanten auf die gleiche Höhe der Textkenntnis zu bringen und sie dazu zu bewegen, sich an dem vorgelegten Text und der Aufgabe der Bewertung von Evidenz zu orientieren.

Als dritte Problemebene ist zu bewerten, dass alle eingeladenen Experten ausdrücklich Vertreter von Organisationen mit spezifischen Interessen sind und sich auch gerade aus dieser Perspektive zu den anstehenden Empfehlungen verhalten sollen. Dies zeigte sich zuletzt daran, dass die endgültige Verabschiedung der Empfehlungen nicht von den Vertretern in der Konsensusgruppe vorgenommen wurde, sondern ein („rechtskräftiges") Votum des jeweiligen Vorstands des beteiligten Verbandes verlangt wurde.

Gerade darin besteht der Wert der Empfehlung: die Auswertung wissenschaftlicher Studien wird solange erörtert, bis (fast) alle anwesenden Experten einen Konsens in der Formulierung der Empfehlung und des Empfehlungsgrades erarbeitet haben. Das klingt nicht nur zeitraubend, das ist es auch.

## Konsensbildung praktisch

Wie also war die Praxis? Die Konsensusgruppe wurde zu verschiedenen Terminen im Jahr 2010 eingeladen. Vorher wurden die Texte zu den verschiedenen Themen verschickt. Im Treffen selbst wurden die Texte und die konkret daraus resultierenden Empfehlungen kurz referiert. Nach der ersten Diskussionsphase mit den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, in der die Inhalte der eigentlichen Recherche zur Diskussion gestellt waren, übernahm eine fachfremde, aber prozesserfahrene Diskussionsleiterin den weiteren Abstimmungsprozess. Dabei galt das Prinzip, dass jeder Teilnehmende Vorschläge zur Veränderung der Empfehlung machen konnte. Letztlich wurde jeder Vorschlag zur Abstimmung gestellt und dabei darauf geachtet, dass im Ergebnis eine möglichst hohe Übereinstimmung erzielt werden konnte. Praktisch stand die Diskussion immer unter dem Zwiespalt zwischen „nachgewiesener" Evidenz und der auf Praxiserfahrung gegründeten Meinung der anwesenden Experten. Dem Moderationsprinzip größtmöglicher Übereinstimmung folgend mussten auch Vorschläge, die sich rein auf verbandliche Interessen oder rein praktische Erfahrungen stützten, erörtert und abgestimmt werden, auch wenn sie sich erkennbar im Widerspruch zur vorher textlich erkannten Evidenz befanden und/oder von konkreter Textkenntnis ungetrübt waren.

Das ausgeprägte Diskussionsverhalten der Konsensusgruppe brachte den Prozess nach wenigen Sitzungen zu Fall. Die daraus gezogene Konsequenz war das „Delphi-Verfahren". Jeder Text kam vor der Sitzung zu den Teilnehmern der Konsensusgruppe mit der Aufforderung, rechtzeitig vor der Sitzung eine schriftliche Rückmeldung zu den vorgelegten Texten mit Änderungsvorschlägen zu den Empfehlungen zu geben. Die der jeweiligen wissenschaftlichen Mitarbeiterin zugegangenen Vorschläge wurden dann bereits in die Präsentation des Konsensustreffens eingearbeitet. Dennoch blieb (leider) auch für spontane Äußerungen ausreichend Raum.

Ambiguitätstoleranz wird definiert als die Fähigkeit, Unterschiede aushalten zu können ohne selbst in einen eigenen Konflikt zu geraten[1]. Bezogen auf die Konsensfindung zu der Leitlinie bedeutete dies für mich, beim Lesen der Texte und in den Sitzungen Zweifel am Verfahren zu hegen und zugleich dem Ergebnis Chancen einzuräumen und deshalb vieles aushalten zu wollen.

Auch die Arbeit der wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen hätte gelegentlich eine bessere Würdigung verdient. Hinsichtlich der recherchierten Studien wären differenzierte Aussagen über das konkrete Studiendesign, die Auswahl der Vergleichsgruppen, nähere Informationen über die konkrete Form der untersuchten oder verglichenen Intervention und über die äußeren Rahmenbedingungen der Studie, des Ortes und des Landes, in dem sie durchgeführt wurden, interessant gewesen. So aber mussten sich die Teilnehmenden bei Rückfragen mit dem schriftlich publizierten Ergebnis begnügen, und das ist nicht immer sehr aussagekräftig.

Bemerkenswert erwies sich die Studienlage als solche. Für mich bleibt es noch immer erstaunlich, dass trotz zahlreicher Psychiatrischer Universitätskliniken in Deutschland doch der ganz überwiegende Teil der Studien aus England und den USA recherchiert werden musste.

Psychoedukationsverfahren sind ausreichend durch Studien belegt. Dagegen gibt es keine Studie über die Wirkfaktoren von Betreutem Wohnen oder von einzelnen ergotherapeutischen Verfahren.

Dramatisch stellte sich aus meiner Sicht die Studienlage zu den mir besonders vertrauten Themen dar. So ließ sich meiner Wahrnehmung nach zu dem Thema „Betreutes Wohnen" eigentlich keine wirklich nennenswerte Studie finden, die den Evidenz-Ansprüchen gerecht werden konnte und auf die deutsche Situation übertragbar ist. Selbst Themen wie „Arbeit" und „Ergotherapie" waren in der eigentlichen Studienlage deutlich dürftiger vertreten als ich erwartet hatte. Und viele vorliegende Praxisberichte[2] entsprechen ihrerseits nicht dem Kriterium der Evidenz. Hierin liegt die für mich größte Erkenntnis: Die sozialpsychiatrische Szene, die Hochschulen und Universitäten müssen sich viel intensiver mit der Wirkung psychosozialer Interventionen beschäftigen. Es kann eigentlich nicht angehen, dass jedes der ca. 20 verschiedenen Psychoedukationsverfahren durch Studien belegt ist, dass wir aber im gesamten deutschsprachigen Raum keine einzige Studie über die Wirkfaktoren von Betreutem Wohnen oder von einzelnen ergotherapeutischen Verfahren haben und nur einige wenige über die Methoden zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung!

So sind auch die Lücken in den vor-

liegenden Leitlinien bedrückend: Kein Kapitel über die ambulante Soziotherapie (gemäß § 37 a SGB V), kein Kapitel über häusliche psychiatrische Krankenpflege (nach § 37 SGB V), lediglich ein paar Hinweise über beide Leistungen im Kapitel „Matrix des deutschen Versorgungssystems – Hilfen für psychisch kranke Menschen“ - das kann uns letztlich nicht zufrieden stellen. Wir sollten auch mit mehr Mut und Selbstbewusstsein die durchaus an den Hochschulen entstehenden Arbeiten in Gestalt von Artikeln publizieren und damit die Arbeit an einer Neuauflage bereichern!

### Was bleibt?

Würde das Ergebnis den ganzen Aufwand (ehrenamtlichen, versteht sich) rechtfertigen? Mit Blick auf meine eigene Unkenntnis der schon seit 2005 vorliegenden S1-Leitlinie stellt sich da nur wenig Hoffnung ein. Zweifelsfrei hat jeder Experte zu dem jeweiligen Thema differenziertere Kenntnisse als das, was in der Leitlinie festgehalten ist. Andererseits ist in die Waagschale zu werfen: Würde die Leitlinie Bestandteil der Facharzt-Weiterbildung werden, und hätte jede/r angehende Facharzt/Fachärztin wenigstens das sogenannte „Matrixkapitel“ gelesen, in dem der Zusammenhang der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung dargestellt wird, wäre für die psychiatrische Versorgung schon einiges gewonnen. Und auch vielen nicht medizinisch ausgebildeten Berufsgruppen in der psychiatrischen Versorgung wird die Kenntnis der jetzt demnächst vorliegenden Leitlinien für die praktische Arbeit sicher gut tun!

**Anmerkungen**

1 http://de.wikipedia.org/wiki/Ambiguitätstoleranz

2 z.B. der Bericht der Aktion Psychisch Kranke e.V. zum Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ http://www.apk-ev.de/public/projekte.asp?pid=7&bid=72&mod=User



# Leitlinien in der Psychiatrie: Ausgangspunkt für eine individualisierte Versorgung?

## Aus der Sicht eines Psychiatrieerfahrenen

Von Ingo Ulzhöfer

Ingo Ulzhöfer
In der Ausbildung zum EX-In-Trainer in Hamburg tätig, Psychiatrieerfahrener.

Ich schreibe diesen Text aus der Perspektive eines in der Selbsthilfebewegung engagierten Psychiatrieerfahrenen. Meine eigene medizinische Versorgung – sowohl im somatischen als auch psychiatrischen Sinne – war bisher immer genau so, wie ich es mir gewünscht hatte. Insofern hatte ich nichts zu erleiden, sondern war im Gegenteil immer sehr zufrieden – ich musste mich nicht auf Leitlinien berufen oder deren Fehlen beklagen. Hier habe ich meine Überlegungen für und gegen Leitlinien zusammengetragen. Dabei nehme ich für mich keinesfalls in Anspruch, einen vollständigen objektiven Überblick in der Sache zu haben. Mein Erfahrungshintergrund ist der eines Moderators von zwei Psychose-Seminaren in Schleswig-Holstein und Niedersachsen und der eines im Bereich der Peer-Beteiligung und Peer-Ausbildung (EX-IN) engagierten psychiatrieerfahrenen Menschen. (Zur Erläuterung: Das Konzept vom „EXperienced INvolvement“ (EX-IN, zu deutsch etwa: „Einbeziehung Erfahrener“) ist – sehr verkürzt – ein Weg, Erfahrungswissen in die Ausgestaltung und Weiterentwicklung psycho-sozialer Versorgungssysteme einzubeziehen und dort hilfreich einzusetzen. Dies geschieht durch die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und deren Angehörigen auf Augenhöhe.)

Hinter der Entstehung einer Leitlinie verbirgt sich ein gigantischer Arbeitsaufwand und eine unüberschaubare Zahl von Beteiligten.

Mein Verständnis von medizinischen Leitlinien ist das Folgende: Eine Anzahl von Fachleuten und Arbeitsgruppen bündelt jahrelange Erfahrung und Forschungsergebnisse in der Anwendung von unterschiedlichsten Therapiemethoden und Interventionen in Bezug auf eine Diagnose. In einem komplizierten Verfahren werden die Methoden und Interventionen in ihrer Wirksamkeit und Anwendbarkeit bewertet und geordnet. Am Ende steht ein Papier, welches (einigermaßen) aktuell den Stand der Wissenschaft in Bezug auf die Therapie einer bestimmten Erkrankung(sgruppe) beschreibt und allen auf dem jeweiligen Gebiet therapeutisch Tätigen eine Art Leitfaden für eine adäquate Therapie an die Hand gibt.

Soweit so einfach. Wer das Stichwort „Leitlinie“ etwas tiefer recherchiert, erkennt schnell, dass sich hinter der Entstehung einer Leitlinie ein geradezu gigantischer Arbeitsaufwand verbirgt, an dem schnell eine quasi unüberschaubar große Anzahl von Personen und Interessengruppen beteiligt ist. Hinzu kommt ein wissenschaftliches Prozedere, welches zumindest für den Laien – selbst den ambitionierten

– schnell zu einer unüberwindbaren Hürde wird.
Darin verborgen sehe ich bereits den Keim gleich mehrerer potentieller Probleme. Der immense Arbeitsaufwand führt unweigerlich zu mehrjährigen Arbeits- und Abstimmungsprozessen mit dem Ergebnis, dass letztendlich ein abgeschlossener Konsensprozess zur Leitlinienfindung niemals aktuell sein kann, sondern immer nur den Stand von Forschung und Erfahrung einige Jahre zuvor abbilden kann.

Wissenschaftlichkeit an sich ist erst einmal nur ein Anspruch, aber nicht notwendigerweise ein Garant für absolute Qualität.

So wissenschaftlich der Entstehungsprozess von Leitlinien auch gestaltet sein mag, für den wissenschaftlichen Laien (oder den Praktiker mit notorischem Zeitmangel) ist er nicht unbedingt transparent: Welche Gruppen sind beteiligt? Welche Interessen vertreten sie? Gibt es vielleicht auch noch Individualinteressen? Auch wenn sich das zunächst einmal vielleicht eher verschwörerisch anhören mag: Da Leitlinien grundsätzlich das Potential haben, die Versorgung auf Jahre, wenn nicht gar Jahrzehnte hinaus zu bestimmen, ist maximale Transparenz an dieser Stelle absolut notwendig. Und: Wissenschaftlichkeit an sich ist erst einmal auch nur ein Anspruch, aber nicht notwendigerweise ein Garant für absolute Qualität.

So sehr wie die methodische Vorgehensweise höchsten wissenschaftlichen Kriterien genügen mag, so sehr steht und fällt die Qualität des Ergebnisses mit den in die Metaanalyse einbezogenen Studienergebnissen. Hier ergeben sich Verzerrungen, die methodisch gar nicht ausgeglichen werden können: Studien mit „ungünstigen“ Ergebnissen werden eher nicht veröffentlicht (fließen also auch nicht in die Metaanalyse ein), die Finanzierung ist stark abhängig von Drittmitteln, daraus folgt eine deutlich einseitige Erforschung zugunsten von therapeutischen Optionen, die auch eine hohe wirtschaftliche Relevanz haben. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Psychopharmakotherapie. Ich habe einen kurzen Blick in die Leitlinie Schizophrenie (deren Überarbeitung – nebenbei bemerkt – schon lange aussteht) geworfen. Was ich dort las, kam mir beinahe schon wie das Schlaraffenland psychiatrischer Versorgung von Menschen mit der Diagnose Schizophrenie vor – jedenfalls gemessen an den Versorgungsrealitäten, wie ich sie kennengelernt habe. So empfehlen die Leitlinien Psychotherapie als Standard in der Versorgung psychisch schwer kranker Menschen, in der Realität findet das aber kaum statt. Die Leitlinien empfehlen auch möglichst psychopharmakologische Monotherapie – in den Entlassberichten der Kliniken stehen aber vielfach lange Medikamentenlisten. Damit sind wir in der Wirklichkeit angelangt: ganz offenbar gelingt es Leitlinien im Kontext der psychiatrischen Versorgung nur schwer, tatsächlich Einfluss auf tagtäglich stattfindende Versorgung zu nehmen. Warum ist das so?

Mein erster persönlicher Eindruck ist, dass im psychiatrischen Versorgungsalltag einfach zu wenig Zeit ist: zu wenig Zeit, immer auf dem Laufenden bzgl. Therapie und Versorgung zu sein, aber auch zu wenig Zeit, sich mit der individuellen Situation eines einzelnen Patienten hinreichend vertraut zu machen, um therapeutisch über das bewährte Maß hinaus intervenieren zu können. (Wiederum: Ich möchte hier nicht den hart arbeitenden Professionals „auf die Füße“ treten, als Adressaten meiner Kritik sehe ich hier vielmehr das Gesamtsystem „Psychiatrie“).

Mein zweiter persönlicher Eindruck bezieht sich auf die Anwendbarkeit. Die Existenz eines Leitfadens suggeriert die Existenz des einen, richtigen Weges zur Genesung. Aus meiner Sicht sind psychiatrische Erkrankungen aber höchst individuell, abhängig von einer Unzahl Einzelfaktoren. Dies gilt meines Erachtens hier noch viel mehr als im somatischen Sektor. Insofern ist eine Leitlinie erst einmal nichts, was den Arbeitsalltag in der Psychiatrie in irgendeiner Form erleichtern würde. Sicher, der „Werkzeugkasten“ an therapeutischen Alternativen wird übersichtlicher – theoretisch weiß man nun über jedes „Werkzeug“ sehr genau Bescheid, wann und wie man es einsetzen kann und welche Ergebnisse zu erwarten sind. Aber dieses Wissen muss individuell überhaupt erst einmal erschlossen werden, sprich: jeder Professional im psycho-sozialen Arbeitsfeld muss sich mit der Leitlinie und ihren Inhalten vertraut machen. Das kostet Zeit (womit wir wieder bei meiner ersten Vermutung wären). Und die Frage, wann welches Werkzeug am Besten einzusetzen ist, wird damit noch lange nicht beantwortet – einfach, weil es auf diese Frage in der psychiatrischen Versorgung keine Antwort gibt und geben kann. In meiner Wahrnehmung ist das ein ganz wesentlicher Unterschied zu Leitlinien in der somatischen Medizin: Hier gibt es viel mehr objektive Kriterien zur Beurteilung einer Krankheitssituation, aus denen sich eine mehr oder weniger klare Therapie-Entscheidung ableiten lässt. Am Ende wird dann doch zumeist dasjenige Werkzeug gewählt, mit dem die meisten und subjektiv besten Erfahrungen in der Anwendung gesammelt worden sind.

Die Existenz eines Leitfadens suggeriert die Existenz des einen, richtigen Weges zur Genesung.

Eine dritte persönliche Vermutung betrifft die Verankerung der Leitlinien im Gesundheitssystem. So lange Leitlinien keine zwingende Grundlage der Versorgung sind, gibt es letztlich keinen Handlungsdruck sich in irgendeiner Form an ihnen zu orientieren. So lange die Mehrheit derjenigen Betroffenen, die von einer Umsetzung zumindest theoretisch profitieren könnten, von der Existenz und den Inhalten einer Leitlinie nichts weiß (und sie wahrscheinlich auch gar nicht verstehen würde), gibt es niemanden, der mit einigem Nachdruck eine leitlinienkonforme Behandlung einfordern könnte. Außerdem gibt es Leitlinien bisher nur für einige (wenige) Diagnosen. Dies ist in erster Linie dem ausgesprochen hohen Entwicklungsaufwand geschuldet.

Was bleibt, ist die grundsätzliche Frage nach Sinn und Nutzen von Leitlinien in der psychiatrischen Versorgung. Aus meiner Sicht ist eine intensive Auseinandersetzung mit der Wirksamkeit therapeutischer Option unbedingt geboten. Die Erstellung einer Leitlinie kann hier ein sehr hilfreiches Instrument sein: Dadurch, dass verfügbares Wissen gebündelt und bewertet wird, ergibt sich erst einmal die Chance für Praktiker, sich umfassend über den Stand von Wissenschaft und Erfahrung zu

informieren. Damit dies gelingen kann, muss der Entwicklungsprozess einer Leitlinie allerdings einige Hürden meistern. Die wichtigsten sind aus meiner Sicht die folgenden:

## Notwendige Voraussetzungen

1. Konsensfindung führt in der Regel dazu, dass Optionen, die nur von geringer statistischer Relevanz sind, keinen Eingang ins Ergebnispapier finden werden. Im Kontext psychiatrischer Versorgung sehe ich hier ein großes Problem: Nur weil eine therapeutische Intervention nur einer kleinen Patientengruppe nützt, heißt es noch lange nicht, dass diese Option zu Gunsten einer anderen gestrichen werden könnte. Psychische Erkrankungen sind zu vielgestaltig und individuell, als dass dies eine zulässige Vorgehensweise wäre. Die Folge wäre ansonsten eine Einengung therapeutischer Möglichkeiten: Im Ergebnis würde dann eine vielleicht subjektiv hilfreiche Therapieoption, deren Nutzen aber mit der aktuellen Studienlage nicht hinreichend belegbar ist, betroffenen Menschen vorenthalten. Die Konsensfindung muss deshalb mit sehr viel Fingerspitzengefühl erfolgen.

2. Die Arbeit an einer Leitlinie macht perspektivisch nur dann Sinn, wenn Transparenz und Verständlichkeit des Prozesses und des Ergebnispapiers auch für Laien oberstes Gebot ist. Daraus ergibt sich auch,

Wenn bei der Umsetzung der Leitlinien das Fingerspitzengefühl fehlt, wird die Leitlinie schnell zur Fessel.

3. ... dass an der Entstehung einer Leitlinie von Anfang bis Ende nicht nur Professionals, sondern auch Angehörige und Betroffene beteiligt sein müssen, und zwar auf Augenhöhe. Ich halte es für zwingend, dass ein umfassendes Erfahrungswissen Teil einer Leitlinie ist. Aus wissenschaftlicher Perspektive ergibt sich an dieser Stelle wahrscheinlich die größte Herausforderung, weil es dafür einfach noch keine allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards gibt.

4. muss eine Leitlinie, damit sie überhaupt ihren Zweck erfüllen kann, stetig fortgeschrieben werden. Nur regelmäßige Neuauflagen in kurzen Abständen können das stetige Fortschreiten von Wissenschaft und Erfahrung hinreichend abbilden und in der Folge der Praxis verfügbar machen. Dabei muss immer auch die Bereitschaft vorhanden sein, frühere Arbeitsergebnisse kritisch zu beleuchten und ggf. in Frage zu stellen. Weiterhin muss sichergestellt werden, dass „modische“ Entwicklungen in der Wissenschaft keinen unangemessenen Einfluss auf die Inhalte einer Leitlinie nehmen.

5. Die Beforschung von therapeutischen Möglichkeiten muss sehr viel unabhängiger von Interessengruppen werden, als sie es derzeit ist. Die Erforschung therapeutischer Optionen muss kontinuierlich und unabhängig sein, nur so wird überhaupt eine gute und belastbare Basis für die Entwicklung eine Leitlinie geschaffen.

Dass eine nach sowohl objektiven als auch subjektiven Kriterien sehr hochwertige Leitlinie noch kein Garant für eine gute bzw. verbesserte Versorgung ist, habe ich bereits mit meinen vorangegangenen drei Vermutungen versucht darzulegen.

Nur am Rande anreißen möchte ich ein Problem, dass ich z. B. in Bezug auf die bereits erwähnte Leitlinie Schizophrenie sehe: Derzeit wird international diskutiert, inwieweit das Krankheitskonzept der Schizophrenie überhaupt haltbar ist. Bei der Entwicklung einer Leitlinie für eine bestimmte Diagnose oder Krankheitsgruppe müssen nicht nur die Studienbasis und die Methodik stimmen. Die Ergebnisse machen keinen Sinn, wenn das zugrunde liegende Krankheitskonzept nicht passt.

Es braucht nicht nur in der Entwicklung, sondern auch in der Umsetzung von Leitlinien viel Fingerspitzengefühl, ansonsten wird aus einem hilfreichen Leitfaden – von dem immer dann abgewichen werden darf (und muss), wenn es notwendig und individuell geboten erscheint – schnell eine Fessel, der sich alles und jeder unterzuordnen hat: Arzt, Patient, letzten Endes sogar die Erkrankung selbst. Und das darf auf keinen Fall passieren! Denn dann bleiben am Ende die Patienten auf der Strecke – zumindest diejenigen, denen mit einer leitlinienkonformen Therapie gerade nicht geholfen werden kann. Und eines darf eine Leitlinie auch nicht werden: Eine ferne Messlatte, deren Erreichung in der Realität allenfalls Wunschtraum bleibt. Für ein Ziel, das in der Realität des Gesundheitswesens unerreichbar ist, wird sich niemand Mühe geben. Daraus folgt, dass Leitlinien die Basis einer guten – evidenzbasierten – Versorgung definieren sollen und ein fester, notfalls auch einklagbarer Bestandteil des Gesundheitswesens sein müssen. Als Patient muss ich diese Basis einfordern können. Hier braucht es Verbindlichkeit.

Damit Leitlinien ihr Potential voll zum Nutzen der Patienten entfalten können, bedarf es meiner Ansicht nach zunächst eines hilfreichen Verständnisses ihrer Anwendbarkeit und ihrer Begrenzungen: An oberster Stelle muss der Mensch stehen, alles Entscheiden und Handeln hat sich ihm unterzuordnen. Es darf nicht sein, dass Diagnosen oder Leitlinien allein behandlungsbestimmend werden – ohne dass noch der Mensch in all seiner Individualität gesehen würde.

Leitlinien sind eine sinnvolle Basis, sie haben das wichtige Potential, Menschen vor wirkungslosen oder gar schädlichen Therapien zu schützen. Auf ihrer Basis lässt sich hilfreiche individuelle Therapie gestalten. Leitlinien fassen „gute“ – soll heißen: nachweislich wirksame – Therapieoptionen zusammen. Aufgrund des Entstehungsprozesses von Leitlinien werden aber auch immer Therapieoptionen existieren, die es zwar nicht in die Leitlinien „schaffen“, die aber dennoch - zumindest im Einzelfall – für manche Patienten von Nutzen sein können. Es muss möglich sein, auf diese Optionen zurückgreifen zu können, auch wenn sie nicht in den Leitlinien erfasst sind. Die Umsetzung einer Leitlinie entbindet Begleiter und Behandler nicht von ihrer unbedingten Verpflichtung, nach individuell passgenauen Lösungen zu suchen. Dabei müssen dann auch Abweichungen vom „Normalweg“ der Leitlinie möglich sein.

Zum Gelingen einer Leitlinie bedarf es nicht zuletzt allerdings auch einer aufgeklärten Patientenschaft, die nicht nur adäquate Behandlung und Begleitung einfordert, sondern auch bereit ist, sich in deren Entwicklung und Ausgestaltung hilfreich einzubringen.

# Behandlungspfade in der psychiatrischen Versorgungslandschaft

Von Nora Volmer-Berthele

Langzeitverläufe und Beteiligte aus unterschiedlichsten Bereichen: Dieses bedeutet Informations- und Zeitverlust. Trotz allem entwickelte sich die psychiatrische Versorgung weitestgehend unabhängig von Bestrebungen der Standardisierung. Auch mögliche hilfreiche Instrumente wurden außer Acht gelassen. Gegenüber dem Einsatz von Behandlungspfaden bestehen große Vorbehalte. Um diese abbauen zu können, ist eine klare Definition eines Behandlungspfades notwendig. Ziel eines Behandlungspfades ist, dass alle beteiligten Bereiche und Personen den Pfad kennen und mit dieser Vorgehensempfehlung planen können. So können Behandlungspfade Schnittstellenprobleme vermindern helfen.

Nora Volmer-Berthele
Dr. med., MBA, Ärztin, Unternehmensentwicklung bei ZfP Süd-Württemberg.
Kontakt: volmer-berthele@zfp-zentrum.de

Seit über 10 Jahren besteht in der Medizin ein Bestreben zur Standardisierung von Behandlungen. Grund hierfür war die Einführung der fallbezogenen Kostenpauschalen, die seit 2004 für somatische Krankenhäuser gilt. Unabhängig von den tatsächlichen Behandlungskosten wird hierbei eine Entlohnung pro behandelte Haupt- und ggf. Nebendiagnose bezahlt. Auch weil eine solche Fallkostenpauschale in die psychiatrische Versorgung nicht eingeführt wurde, entwickelte sich diese weitestgehend unabhängig von Bestrebungen der Standardisierung. Nun stehen weitere Veränderungen in der Finanzierung der Krankenhausbehandlung an. Diese werden auch die psychiatrische Behandlung betreffen. Das führt zu Überlegungen, wie psychiatrische Behandlung allgemein noch wirkungsvoller gestaltet werden kann [vergleiche auch Weatherly & Lägel (2009)]. Wird in diesem Zusammenhang von standardisierten Behandlungselementen oder Behandlungspfaden gesprochen, zeigt sich große Skepsis. Bei vielen Beteiligten der psychiatrischen Versorgung ist die Angst vor dem Verlust individueller Behandlungsmöglichkeiten zu Gunsten eines verallgemeinerten Vorgehens sehr groß. Um was es sich bei einem Behandlungspfad handelt, bleibt in diesen Diskussionen häufig unklar. Neben der Sorge vor der Aufgabe von Behandlungsfreiheit sorgen diese unklaren Definitionsgrundlagen für weitere Unsicherheiten. Die vielfältige Auslegung führt in den Umsetzungsversuchen zu ungeklärten Zuständigkeiten der Behandlungshoheit oder der Fallführung. Zudem erfolgen die Umsetzungsversuche teilweise vorschnell, isoliert und ohne klare Verantwortlichkeit. Die Modellversuche laufen somit häufig ins Leere. [Vergleiche Koitka (2010) und Steinacher (2008)]. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehen aufgrund der Unsicherheiten in der Definition und der Zuordnung von Zuständigkeiten Vorbehalte gegenüber dem Einsatz von Behandlungspfaden in der psychiatrischen Versorgung. Eine klare Abgrenzung der Definition ist daher zwingend notwendig, denn die vielen internen Richtlinien von regionalen Expertenkommissionen könnten sonst zu einer Schwächung der nationalen Leitlinien führen.

## Definition „Behandlungspfad“

Was ist also ein Behandlungspfad? Nimmt man die Definition der Bundesärztekammer von 2010, so wird ein Behandlungspfad wie folgt definiert: „Ein integrierter Behandlungspfad (IBP) ist ein Steuerungsinstrument. Der Pfad beschreibt den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.“

Behandlungspfade sind nach dieser Definition ein Instrument des Qualitätsmanagements. Ziel ist, dass alle beteiligten Bereiche und Personen den Pfad kennen und mit dieser Vorgehensempfehlung planen können. Im Unterschied zu den Leitlinien handelt es sich um klar definierte – teils modular gegliederte – Wege, welche eine diagnostisch-therapeutische Mindestleistung definieren und einen Soll-Zeitablauf mit einschließen [siehe Sens, Eckardt & Kirchner (2009)]. Behandlungspfade stellen Ablaufpläne der Versorgung dar, die drei Schwerpunkte setzen:

**1. Die so genannte „best clinical practice“.** Diese entspricht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Behandlungselementen, die sich seit Jahren bewährt haben. Diese sogenannte „externe Evidenz“ findet sich in den nationalen und internationalen Behandlungsleitlinien wieder.

Deren Empfehlungen sollten in einem Behandlungspfad integriert sein.

**2. Die individuellen Bedürfnisse der Patienten.** Jeder Patient hat ein eigenes Krankheitsmodell und eine innere Überzeugung, was für ihn in der Behandlung nützlich ist. Eine Behandlung kann nur dann erfolgreich sein, wenn diese Vorstellungen bekannt sind und in einer Behandlungsplanung berücksichtigt werden. Eine transparente Planung und Aufklärung zu Behandlungsablauf und -inhalten führt sowohl bei Patienten als auch bei Angehörigen zu einer Erhöhung der Behandlungsbereitschaft [vergleiche Vetter (2008) und Winkler-Stöhr (2009)].

**3. Die regionale Einbindung der Behandlungspfade.** Behandlungspfade sollen die Schnittstellenproblematik verringern. Dies gelingt nur unter Berücksichtigung der jeweiligen regionalen Besonderheiten.

Die oben genannte Darstellung enthält eine weitere neue Begrifflichkeit: die „Integrierte Versorgung". Im SGB V, der gesetzlichen Grundlage der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen, ist die Integrierte Versorgung seit 2000 verankert. Im §140a wird sie als „leistungssektorenübergreifende und/oder interdisziplinär-fachübergreifende Zusammenarbeit" definiert. Verträge der Integrierten Versorgung werden von Anbietern mit einem oder mehreren Kostenträgern abgeschlossen und können – je nach Absprache – auch Leistungen beinhalten, welche nicht zum „Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des Kostenträgers" gehören (vergleiche „Rahmenvereinbarung zur Integrierten Versorgung", 2000). Es besteht somit die Möglichkeit Leistungen einzubeziehen, die ansonsten von anderen Kostenträgern (wie beispielsweise der Sozialhilfe oder der Pflegeversicherung) getragen werden und dort zusätzlich beantragt werden müssten.

Ein Behandlungspfad der Integrierten Versorgung bezieht sich zunächst auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen, wobei auch Inhalte anderer Kosten- und Leistungssysteme übernommen werden können. Behandlungspfade der Integrierten Versorgung beschränken sich daher nicht auf einen Behandlungssektor. Sie können Grundlage für eine behandlungssektor- und finanzierungssäulenübergreifende Betreuung sein.

## Entwicklung von Behandlungspfaden in der psychiatrischen Versorgungslandschaft

Behandlungspfaden wird, wie gesagt, weithin mit großer Skepsis begegnet. Damit sich der Einsatz von Behandlungspfaden bezahlt machen kann, muss zunächst eine Akzeptanz für deren Einführung erreicht werden. Die Offenlegung der zugrundeliegenden Motivation bei der Einführung ist eine wichtige Voraussetzung. Geht es um die Verbesserung der Schnittstellenproblematik? Die Verringerung des Dokumentationsaufwands?

Behandlungspfade können wichtige Funktionen oder Vorteile haben:

**1. Stabile Qualitätsgrundlage.** Behandlungspfade sind unabhängig von Finanzierungs- und Versorgungsformen einsetzbar. Sie bieten allen Beteiligten somit eine von politischen und finanziellen Entscheidungen losgelöste Grundlage der Therapieplanung.

**2. Festlegung eines regionalen Qualitätsstandards.** Behandlungspfade beinhalten die Empfehlungen der Leitlinien und berücksichtigen die regionalen Besonderheiten. Hierdurch werden die nationalen Leitlinien aufgewertet und nicht abgeschwächt. Zudem bieten Behandlungspfade die Möglichkeit, langjährige regionale Entwicklungen zu berücksichtigen und ihnen den benötigten Platz einzuräumen und geforderte Strukturmerkmale festzuhalten [vergleiche Weinmann & Becker (2009)].

**3. Vereinfachung der Dokumentation.** Die aktuell geforderte Leistungsdokumentation im stationären Bereich ist nur ein Beispiel des deutlich erhöhten Dokumentationsaufwandes. Durch die Einführung von Behandlungspfaden werden die Dokumentation und der Umgang mit allen Versorgungs- und Finanzierungspartnern (vom Hausarzt bis zum Krankenhaus, von der gesetzlichen Pflegeversicherung über die Krankenkassen bis zur Sozialhilfe) erleichtert. Hierdurch ist eine Vereinfachung der Zusammenarbeit durch klar definierte inhaltliche Standards und Zuständigkeiten möglich. Zudem kann eine –allen Beteiligten zugängliche – übergeordnete Dokumentationsebene Unter-, Fehl- und Mehrfachbetreuung vermeiden.

**4. Stärkung der regionalen Fallführung.** Der derzeit hohe Bürokratisierungsgrad spiegelt sich nicht nur in der Vergütungs-, sondern auch direkt in der Versorgungslandschaft wieder. Aufwändige Bewilligungsverfahren sowie die Beschäftigung von Fallmanagern bei Krankenkassen oder Sozialämtern zeigen jetzt schon mögliche Ansätze einer Verlagerung der Fallführung. Auch die Vergabe der Budgetverantwortung zur Versorgung von Patienten mit F2 Diagnosen an ein Pharmaunternehmen ist ein weiterer Bestandteil dieser Veränderung. Letzteres Beispiel sorgte für einen nationalen Aufschrei. Hintergrund dieser Entwicklung ist (unter anderem) die Verpflichtung der Übernahme von finanzieller Mitverantwortung durch die Pharmaindustrie (siehe Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz „AMNOG" vom 28.12.2010). Hierdurch treten weitere Beteiligte des Gesundheitssystems mit dem Anspruch auf, die Behandlung inhaltlich mitzugestalten. Die Verantwortung der Behandlungsgestaltung könnte hierbei vom behandelnden Arzt, Therapeuten oder regionalen Case Manager auf den jeweiligen Kostenträger übergehen. Behandlungspfade ermöglichen über die gemeinsame Festlegung von Qualitätsstandards die regionale Verortung der Fallführung.

**5. Transparenz der sektorübergreifenden Therapie- und Versorgungsinhalte** In den letzten Jahrzehnten fand eine ausgeprägte Differenzierung von Interventionen und Angeboten statt. Neben der Erweiterung der therapeutischen Angebote betrifft dies auch pädagogische und berufsbegleitende Maßnahmen. Durch den hohen Grad der Differenzierung beginnen die Grenzen zwischen den durch die Krankenkassen, die gesetzliche Pflegeversicherung und die Sozialhilfe gewährten Hilfen scheinbar zu verschwimmen. Viele Angebote finden sich unter mehreren Finanzierungsformen – teils mit unterschiedlichen Bezeichnungen, teils unter demselben Namen mit anderer Zielsetzung – wieder.

**6. Verringerung der Schnittstellenproblematik.** Durch eine Vereinheitlichung

| | | Behandlungsphase | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Akut | Stabilisierung | Remission |
| | Ersterkrankung | Basistherapie | Modul B1 | | |
| | | Psychische Funktionen | Modul P1 | Modul P2 + 5 | |
| | | Beziehungsgestaltung | | Modul F1 | |
| | | Beschäftigung | | Modul B1 | Modul B2 |
| | | Versorgung | | | Modul V1 |
| | Intermittierender Verlauf | Basistherapie | Modul B2 | | |
| | | Psychische Funktionen | | Modul P3 + 4 | |
| | | Beziehungsgestaltung | Modul F3 + 4 | | |
| | | Beschäftigung | Modul A3 | | |
| | | Versorgung | | Modul V2 | |
| | Chronischer Verlauf | Basistherapie | Modul B3 | | |
| | | Psychische Funktionen | | | Modul P5 |
| | | Beziehungsgestaltung | | Modul F2 | Modul F5 |
| | | Beschäftigung | | | Modul A4 |
| | | Versorgung | Modul V3 + 5 | | |
| | Prävention / Prodromalstadium | Information | Modul B0 | | |
| | | Frühdiagnostik | Modul P0 | | |
| | | Frühintervention | | Modul F0 | |

Abbildung 1 Beispielhafte Übersicht eines Behandlungspfades (Volmer-Berthele, 2011)

des gemeinsamen Sprachgebrauchs aller an einer Behandlung und Betreuung eines Patienten beteiligten Helfer können Missverständnisse vermieden werden. Gleichzeitig ermöglicht ein Behandlungspfad der Integrierten Versorgung die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen. Dies kann die Behandlungsplanung im Einzelfall vereinfachen und beschleunigen. Durch eine verbesserte Absprachefähigkeit unter den Behandlern ergibt sich gegenüber den Betroffenen eine erhöhte Transparenz.

## Forschungsprojekt „Behandlungspfade der Integrierten Versorgung" des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg

Am ZfP Südwürttemberg wurde in diesem Zusammenhang eine Forschungsarbeit in Kooperation mit JanssenCilag durchgeführt. Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung eines leitlinienkonformen, sektorübergreifenden Behandlungs- und Versorgungspfades. Dieser sollte in einer Region für die Behandlung aller Patienten mit F2-Diagnosen umsetzbar sein. Projektziel des ZfP Südwürttemberg war es, einen Behandlungspfad zu entwickeln, der berufsgruppen- und sektorübergreifend aufgebaut ist und sich anhand der Grundlagen von „evidence based medicine and nursing" an seiner Funktionalität messen lässt. Der Pfad sollte sich in erster Linie an den Behandlungsnotwendigkeiten aus Patientensicht orientieren. Unabhängig von der Finanzierungsform sollte der Behandlungspfad die Entscheidungsgrundlage für eine bestmögliche Steuerung und Versorgung von an Schizophrenie Erkrankten sein. Eine gemeinsame Behandlungsplanung durch Patient und Behandler wurde als Grundlage für die Verbesserung der Behandlungsergebnisse vorgesehen. Zudem sollte durch eine verbesserte Kooperation der Mitarbeitenden aller Behandlungs- und Versorgungsbereiche die Verbundleistung in der Modelregion gestärkt werden. Ausgehend von diesen Vorgaben und oben dargestellten Annahmen erfolgten eine Literaturrecherche sowie mehrere Expertenanhörungen. Ziel hierbei war es, eine Zusammenfassung neuester Erkenntnisse zu Krankheitsbild, Verläufen, Behandlungsschwerpunkten, Behandlungsempfehlungen und die Darstellung des Ist-Standes vergleichbarer Projekte in Deutschland zu erhalten.

Zusätzlich erfolgte eine ausführliche Evaluation des stationären und ambulanten Versorgungsangebotes und der Patientenstruktur im Projektgebiet. Die folgende Strukturierung und Gewichtung aller Ergebnisse führte zu einer Festlegung von regional gewichteten Maßnahmen. Aus diesen wurde der Behandlungspfad der integrierten Versorgung entwickelt. Die Gliederung des Behandlungspfades erfolgte ausgerichtet an den gängigen Krankheitsverläufen und Krankheitsphasendarstellungen. Inhaltlich wurden folgende fünf Kernbereiche benannt: Basistherapie, psychische Funktionen, Beziehungen, Beschäftigung/Tagesstruktur und Versorgung. Unter diesen wurden einzelne Behandlungsschritte modular zusammengefasst. Diese Module wurden mit Zielen versehen und inhaltlich definiert. Zudem erfolgten die Festlegung einer Soll-Frequenz und die Zuordnung zu beteiligten Berufsgruppen.

Unter dem Oberbegriff Psychische Funktionen findet sich so beispielsweise ein Modul „kognitiv-behaviorale Therapie". Die konkrete Definition der Einzelgesprächstherapie bezieht sich hier, neben der therapeutischen Grundhaltung, auf die zu besprechenden Themenfelder, die Anzahl der Sitzungen bis zur Überprüfung der Maßnahme, die Dauer und Form der Sitzungen und die Wiederholungen bezogen auf die einzelnen Krankheitsphasen und -verläufe. Für die Stabilisierungsphase

bei Ersterkrankung ergibt sich folgende Kurzdarstellung:

CBT (Cognitive Behavioral Therapy)
Ersterkrankung Stabilisierungsphase
Berufsgruppe: Therapeuten
Frequenz: Einmalige Durchführung, 16 Sitzungen à 60 min nach Manual, Einzelsitzung
Themenbereiche:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung,
- Arbeit an den kognitiv-behavioralen Krankheitsverarbeitungsstrategien
- Entwicklung eines Verständnisses der Erfahrungen in der Psychose,
- Arbeit an Halluzinationen und Wahn,
- Bearbeiten von negativen Selbsteinschätzungen, Angst und Depression,
- Umgang mit dem Rückfallrisiko und sozialer Behinderung
- Erstellen eines Krisenplans
- Selbsthilfestrategien

Erreicht wurde eine zeitliche und berufsgruppenbezogene Abbildung aller Behandlungseinheiten. Diese Module können nun von fallführendem Therapeuten und Patienten an individuellen Zielen orientiert eingesetzt werden.

## Zielerwartung

Durch die Möglichkeit der langfristigen Behandlungsplanung, ergänzt durch kurzfristige individuelle Anpassungen, könnte die Versorgung der Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis besser gesteuert werden. Es wird erwartet, dass die Schritte einzelner Versorgungssektoren sich besser aufeinander abstimmen lassen. Hierdurch kann der Zugang zu Hilfen vereinfacht werden. Zudem wird eine Vereinfachung der Qualitätsüberprüfung einzelner Therapiebestandteile erhofft. Aufgrund der verbesserten Transparenz der Therapieplanung gegenüber anderen Mit-Behandlern, dem Patienten selbst und ggf. dessen Angehörigen ist eine verbesserte Behandlungsbereitschaft zu erwarten. Sowohl innerhalb einer Einrichtung als auch in ganzen Versorgungsregionen könnten Behandlungspfade so allgemeine Grundlage für alle an der Versorgung von an Schizophrenie erkrankten Patienten sein. Betroffene, Leistungserbringer und Leistungsträger haben hierdurch – angepasst an ihre Kompetenzen – Einblick in den gesamten Therapieverlauf und die weitere Planung. Eine kontinuierliche Überprüfung und Anpassung an die jeweils neuesten Therapieempfehlungen muss hierbei selbstverständlich zusätzlich erfolgen.

### Literatur

**Bundesärztekammer** (2010): Glossar Qualitätssicherung.http:/www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.4716&all=true. Abgerufen am 19. März 2010

**Kassenärztliche Bundesvereinigung.** Bekanntmachung: Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V vom 27.0ktober 2000; Deutsches Ärzteblatt 2000, Heft 49, S. 3366- 3372

**Koitka, C.** (2010). Implementierung und Wirksamkeit klinischer Behandlungspfade - Eine systematische Literaturanalyse. Münster: Medizinische Fakultät, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

**Sens, B., Eckardt, J., & Kirchner, H.** Hrsg. (2009). Praxismanual Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg, München, Landsberg: Economica.

**Steinacher, B.** (2008). Effekte der Implementierung eines klinischen Behandlungspfades für Psychosen aus dem schizophrenne Formenkreis. Berlin: Universität Berlin.

**Vetter, C.** (2008), . Schizophrenie:Compliance stärken. Deutsches Ärzteblatt, 105(30), S. 1624.

**Volmer-Berthele, Nora** (2011) Behandlungspfade der integrierten Versorgung, Impulsreferat Forum für Gesundheitswirtschaft, Berlin; http://www.fachtagung-psychiatrie.de/index.php/2011.html?file=tl_files/Fachtagung_Psychiatrie/2011/Beitraege/1.%20Tag%2C%20Praxiswerkstatt%20B%2C%204.%20Beitrag%2C%20Volmer-Berthele.pdf

**Weatherly, J. N., & Lägel, R.** Hrsg. (2009) . Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

**Weinmann, S., & Becker, T.** (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Bonn: Handbuch.

**Winkler-Stöhr, V.** (2009). Shared Decision Making in der stationären Behandlung von Patienten mit Schizophrenie. München: Technische Universität München.



# Psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland

## Stellenwert und Perspektiven

Von Hans J. Salizé

Hans Joachim Salizé
Prof. Dr., Arbeitsgruppe Versorgungsforschung
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim J 5
68159 Mannheim
Email: hans-Joachim.Salizé@zi-mannheim.de; Tel. 0621 1703 6401; Fax. 0621 1703 6405

Die Lage der Versorgungsforschung in Deutschland verändert sich gegenwärtig spürbar. Ein Indikator dieser Veränderung ist die Forschungsförderung. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat im letzten Jahr in einer umfassenden Stellungnahme die Relevanz der Versorgungsforschung betont (Raspe et al. 2010). Die DFG legt im Februar 2012 bereits eine zweite Nachwuchsakademie in diesem Bereich auf, nachdem die erste im Frühjahr 2011 die Bewilligungsphase durchlaufen hat (Deutsche Forschungsgemeinschaft 2011). In Baden Württemberg fördert das Wissenschaftsministerium gegenwärtig in einem eigenen Programm 20 Versorgungsforschungsprojekte von Nachwuchswissenschaftlern mit je 40.000 Euro und sichert mit weiteren, nicht unerheblichen Summen für die nächsten vier Jahre die Strukturförderung entsprechender Aktivitäten an den fünf medizinischen Fakultäten des Landes (Heidelberg, Mannheim, Freiburg, Tübingen, Ulm) sowie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Auch das Bundesministerium für

Bildung und Forschung hat mehrere Förderschwerpunkte zur Versorgungsforschung aufgelegt (MWK-BW 2011, Laux et al. 2011).

Dies ist auffällig und unterscheidet sich von der Situation der vergangenen beiden Dekaden. Die Gründe sind vielschichtig. Sicherlich spielt es eine Rolle, dass nach dem Boom der Grundlagen- und klinischen Forschung – der große Erwartungen geweckt und erhebliche Fördermittel beansprucht hat – die Frage nach den greifbaren Auswirkungen dieser Investitionen auf die Gesundheitsversorgung und gesundheitliche Lage der Bevölkerung weitgehend unbeantwortet geblieben ist.

Wenn die Frage nach dem Geld dahinter steht, wäre der Motor der oben beschriebenen Entwicklung die Kostenexplosion im Gesundheitswesen. In der Tat besitzt die Versorgungsforschung – vor allem in ihrer Unterdisziplin Gesundheitsökonomie – das Instrumentarium, mit dem die Frage nach dem Verhältnis von investierten Kosten (d.h. dem Gesundheitsbudget) und dem damit erwirtschafteten Mehrwert an Gesundheit beantwortet werden könnte. Dahingegen stellt die Grundlagen- und klinische Forschung diese Frage gar nicht erst, sondern erweitert im Erfolgsfall mit verbesserten Therapien das Behandlungsspektrum und damit in der Regel den Kostenrahmen.

Nach dem Boom der Grundlagen- und klinischen Forschung ist die Frage nach den greifbaren Auswirkungen dieser Investitionen auf die gesundheitliche Lage der Bevölkerung weitgehend unbeantwortet geblieben.

## Psychiatrische Versorgungsforschung

Von ihrem theoretischen Potential her könnte die psychiatrische Versorgungsforschung in der gegenwärtigen Entwicklung eine Führungsrolle einnehmen. Das liegt an den spezifischen Charakteristika psychischer Störungen und deren Therapie. Psychische Störungen beeinträchtigen bekanntlich weit tiefgreifender die Lebensfelder Wohnen, Arbeit, Freizeit und Sozialbeziehungen als somatische Erkrankungen. Die auf diese Bereiche zielenden psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungsformen, die sich im Lauf der letzten drei Jahrzehnte entwickelt haben, sind keine fakultativen Luxustherapien, sondern unverzichtbare medizinisch-psychiatrische Handlungskonzepte, ohne die eine Besserung oder Heilung der Betroffenen nicht zu erreichen ist.

Da aus der Somatik kaum Blaupausen für entsprechende Behandlungsstrategien vorlagen, musste die psychiatrische Versorgung und damit auch die psychiatrische Versorgungsforschung notgedrungen Methoden entwickeln, die diese Handlungsfelder und Lebensbereiche angemessen adressieren. Damit erarbeitete sich die Psychiatrie einen Wissens- und Kompetenzvorsprung gegenüber den somatischen Disziplinen und den Gesundheitswissenschaften in Deutschland. Felder, in denen die psychiatrische Versorgungsforschung methodisch Pionierarbeit leistete und immer noch leistet, sind z.B. die Lebensqualitätsforschung, die Stigmaforschung, die Bedarfsforschung oder generell die Gesundheitssystemforschung. In der Bedarfsforschung hat der Mangel an biologischen Markern bei den meisten psychischen Störungen zur Entwicklung eigenständiger Ansätze und Skalen geführt, die den Versorgungsbedarf psychisch Kranker unabhängig von biologischen Parametern sicht- und messbar machen. So stimulierten auch andere, gemeinhin als Systemnachteil empfundene Charakteristika der psychiatrischen Versorgung ebenfalls die Entwicklung entsprechender Forschungsansätze. Die Stigmaforschung verdankt wesentliche Impulse der psychiatrischen Versorgungsforschung. Und schließlich hat die schiere Unübersichtlichkeit und Fragmentierung der Einrichtungs- und Finanzierungsträgerlandschaft notgedrungen dazu geführt, sich in der Psychiatrie methodisch wesentlich stärker mit Systemaspekten der Versorgung auseinanderzusetzen als das bisher in der Körpermedizin der Fall war.

Es wurde ein großer Nachholbedarf der Psychiatrie im Hinblick auf die somatischen Disziplinen sichtbar, der bis heute als strukturelle Asymmetrie im Verhältnis beider Bereiche nachwirkt.

Allerdings hat dieser überwiegend aus der Not geborene Wissens- und Methodenvorsprung nicht zu einer selbstbewussten Haltung und einer Führungsrolle der psychiatrischen Versorgungsforschung geführt. Das liegt unter anderem an ihrer zahlenmäßig wenig schlagkräftigen Masse. Es gibt nur wenige Zentren an einzelnen Standorten in Deutschland, die kontinuierlich psychiatrische Versorgungsforschung betreiben. Auffällig ist dabei, dass die meisten dieser Forschungsgruppen in ihrer Gründung auf die Psychiatriereform oder die Zeit unmittelbar nach den psychiatrischen Modellprogrammen der 1980er Jahre zurückgehen. Auch die Zentren, die nach der Wende in den neuen Bundesländern entstanden, etwa in Leipzig oder Dresden, sind von Versorgungsforschern gegründet und ausgebaut worden, die noch in der Psychiatriereform in der Bundesrepublik sozialisiert waren. Einerseits gewährleistet dies eine gewisse Kontinuität und eine historisch gewachsene Expertise, aber es zeigt andererseits auch die fehlende Breitenwirkung des Faches. Die Zahl der im Feld tatsächlich aktiven Experten schrammte in den vergangenen beiden Dekaden stets an der Untergrenze zur kritischen Masse und damit an der Lebensfähigkeit der Disziplin entlang.

Diese Hemmnisse und Beschränkungen sind allerdings hausgemacht und bereits in den grundlegenden Forderungen und Leitlinien der Psychiatriereform angelegt. Die auf die Beseitigung der Benachteiligung psychisch Kranker zielenden Forderungen der Psychiatrie-Enquête nach „Gleichstellung“, „gleichwertigen Hilfen“ und „Integration der psychiatrischen Versorgung in das bestehende Sozial- und Gesundheitswesen“ waren unbestritten der Motor der Umstrukturierung der Versorgung psychisch Kranker und haben eine dramatische Verbesserung ihrer Lage bewirkt (BMJFFG 1988). Mit diesen Forderungen war jedoch ein derart großer Nachholbedarf der Psychiatrie im Hinblick auf die somatischen Disziplinen definiert und buchstäblich ins Programm geschrieben, dass er - zumindest in der Wahrnehmung weiter Teile der Psychiatrie – bis heute als strukturelle Asymmetrie im Verhältnis beider Bereiche nachwirkt. Der sich daraus speisende psychiatrische Minderwertigkeitskomplex steht der selbstbewussten Vertretung psychiatrischer Versorgungs- und Forschungsleistun-

gen innerhalb des allgemeinen medizinischen Fächerkanons entgegen.

Aus der Akzeptanz der Standards körpermedizinischer Fächer als generelles Benchmarking für die Psychiatrie speist sich weiterhin die gegenwärtige Priorisierung der biologischen Grundlagenforschung als des „eigentlichen" psychiatrischen Forschungsparadigmas. Dies hat seit Beginn der 1990er Jahre zum Niedergang der sozialpsychiatrischen und epidemiologischen Ansätze beigetragen, die in den Anfängen der Psychiatriereform die psychiatrische Forschung noch dominierten. Nur eine verschwindend geringe Zahl der psychiatrischen Lehrstühle in Deutschland ist ggw. mit Personen besetzt, die in ihrem Forschungsspektrum nicht das biologisch-psychiatrische Paradigma favorisieren.

Im reformfreudigen Klima der 1980er Jahre wurde versäumt, eine schlagkräftige und nachhaltige Versorgungsforschungsinfrastruktur aufzubauen

Allerdings wurden die sozialpsychiatrischen, epidemiologischen und Versorgungsforschungsfelder innerpsychiatrisch mehr oder weniger freiwillig – um nicht zu sagen fahrlässig – preisgegeben. In den großen und mit hohen Summen geförderten psychiatrischen Modellprogrammen des Bundes und Länder in den 1980er Jahren wurden zwar zahlreiche psychiatrische Modelleinrichtungen und hoch spezialisierte Dienste gefördert, deren eigentlicher Nutzen und die Versorgungsresultate wurden jedoch – mit einigen Ausnahmen, wie z.B. dem baden-württembergischen Landesprogramm (Rössler et al. 1987) – nur einer sehr dürftigen Evaluation unterzogen. Im reformfreudigen Klima der damaligen Zeit wurde schlicht versäumt, eine schlagkräftige und nachhaltige Versorgungsforschungsinfrastruktur aufzubauen.

Das wohl entscheidende Hemmnis für eine schlagkräftige und einflussreiche psychiatrische Versorgungsforschung liegt jedoch in der Vielfalt der an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Akteure, Einrichtungen und Träger und den damit verbundenen massiven Interessenkollisionen (Salizé et al. 2007). Ein echter und vor allem gemeinsamer Wille zur Optimierung der komplexen psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist nicht erkennbar, da dieser immer ein Infragestellen der Partikularinteressen der Beteiligten erfordern würde. Entgegen gelegentlicher wohlfeiler Sonntagsreden besteht damit auf Seiten der großen Verbände und Interessengruppen – Finanzierungsträgern, Fachgesellschaften, Einrichtungsträgern usw. – kein Bedarf an objektiver wissenschaftlicher Evidenz über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der gegenwärtigen Versorgungspraktiken – zumindest nicht, wenn sie eine übergeordnete Sichtweise einnimmt.

Die Interessenlagen ermöglichen zwar eine kleinteilige, oftmals auch interessengeleitete Versorgungsforschung, nicht jedoch (in der Regel teure) system- oder bereichsübergreifende Forschungsvorhaben, die die Wirkweise des Gesamtsystems in den Blick nehmen. Ein Beispiel ist die nach wie vor schwierige Verknüpfung von Krankenkassendaten mit denen der Kassenärztlichen Vereinigung. Letzteres verhindert, dass die klassische Versorgungslücke des deutschen Gesundheitssystems zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in ihren tatsächlichen Auswirkungen analysiert werden kann. Die fehlinvestierten Finanzmittel, die diese Lücke seit Jahrzehnten verschlingt, bleiben nach wie vor unbeziffert.

In Deutschland wird Gesundheitspolitik immer noch weitgehend unbelastet von wissenschaftlicher Evidenz gemacht.

Die Fragmentierung der Versorgung, d.h. überkommene und teilweise jahrhundertealte Träger- und Finanzierungsstrukturen dämpfen jede wirkliche Forschungsinitiative auf diesem Gebiet. Auch hier wurde in den späten 1970er und frühen 1980er Jahre die historische Chance vertan, die die psychiatrische Versorgung so überaus prägende Einrichtungs- und Finanzierungsträgervielfalt und -zerstückelung tiefgreifend zu flexibilisieren.

## Einflussstärke auf Versorgungsplanung und Gesundheitspolitik

Wenn fundiertes Wissen über Versorgungszusammenhänge letztlich nicht erwünscht ist, muss der Einfluss der Versorgungsforschung auf die Gesundheitspolitik überschaubar bleiben. Dieses Schicksal teilt die psychiatrische jedoch mit der somatischen Versorgungsforschung, da in Deutschland Gesundheitspolitik immer noch weitgehend unbelastet von wissenschaftlicher Evidenz gemacht wird. Wie sonst würde sich erklären lassen, dass die Gründung von Instituten wie dem IQWIG, das ja die Entscheidung über die Aufnahme von Therapien und Versorgungsstrategien in den Versorgungskatalog evidenzbasiert ermöglichen soll, in einem so durchorganisierten Land wie Deutschland erst in der jüngeren Vergangenheit erfolgt ist. Und auch die gerade hochaktuelle Umstrukturierung der Entgeltsysteme in der psychiatrischen Krankenhausversorgung wird weitgehend im evidenzfreien Raum geschehen. Das Risiko eines kontraproduktiven oder gar paradoxen Ergebnisses ist entsprechend hoch. Weder ist die psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland infrastrukturbedingt in der Lage, diesen nicht ganz unerheblichen Eingriff in die bestehende Versorgungsroutine mit entsprechenden Studien und Analysen vorzubereiten oder angemessen zu begleiten noch hatte sie einen politischen Auftrag dazu.

Ein weiteres Beispiel für die weitgehende Evidenzfreiheit, in der Versorgungsentscheidungen in der Psychiatrie getroffen werden, ist die Debatte um die Wirksamkeit atypischer Neuroleptika, die die Szene vor einiger Zeit bewegte. Mehrere Metaanalysen aus dem angloamerikanischen Raum haben vor ca. fünf bis sechs Jahren die in der Versorgungsroutine weithin etablierte Annahme der klinischen Überlegenheit und der Kosteneffektivität von Neuroleptika der zweiten Generation gegenüber denen der ersten Generation in Frage gestellt (Lieberman et al. 2005, Jones et al. 2006, Rosenheck et al. 2003). Bemerkenswert an diesem Beispiel und bezeichnend für die geringe Bedeutung der Versorgungsforschung sind nicht die eigentlichen Fragestellungen dieser Studien, sondern die Tatsache, dass Versorgungspraktiken mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen wie die Vergabe atypischer Neuroleptika erst 15 bis 20 Jahre nach ihrer Etablierung in der Versorgungsroutine hinsichtlich ihrer Effektivität breiter analysiert und debattiert werden. Es ist nicht schwer, weitere solche Beispiele zu finden.

## Methodische Herausforderungen

Zur Ehrenrettung der psychiatrischen Versorgungsforschung muss angeführt werden, dass sie sich besonderen methodischen Herausforderungen stellen muss. Viele davon klingen in der obigen Beschreibung der politischen Rahmenbedingungen bereits an. Die Systemfragmentierung der Versorgung und die Vielschichtigkeit psychischer Störungen sind gewiss die wichtigsten darunter. So bedeutet die simple Frage, was gute Versorgung ist, in der Psychiatrie die Analyse von weit mehr Ebenen, Bereichen und Aspekten als in der Körpermedizin, in der im wesentlichen nur die Interaktion von Krankenhausversorgung und niedergelassenem Spezialisten die zu analysierende Versorgungsachse bilden.

Zwischen der „subjektiven" Bewertung der Versorgung durch die Betroffenen und der „objektiven" Beurteilung der Versorgungslage durch die „Experten" klafft in der psychiatrischen Versorgung eine deutlich tiefere Kluft als in den somatischen Fächern. Generell besteht in der psychiatrischen Versorgungsforschung eine hohe Notwendigkeit, sich mit den subjektiven Seiten der Erkrankungen auseinanderzusetzen, mit all den methodischen Schwierigkeiten, die dies mit sich bringt. Ein weiteres, ethisch und legislativ komplexes und gesellschaftspolitisch überaus bedeutsames Feld, mit dem sich die psychiatrische Versorgungsforschung exklusiv unter den medizinischen Fächern beschäftigen muss, sind die Fragestellungen um die zwangsweisen Unterbringungs- und Behandlungsformen psychisch Kranker. Hier tut sich ein Forschungsfeld auf, das bisher nicht auch nur annähernd angemessen bearbeitet wird.

## Perspektiven

Welche Perspektiven besitzt die psychiatrische Versorgungsforschung in Deutschland in diesem komplexen Problemfeld? Die Bedeutsamkeit der Disziplin steht außer Frage, gerade wenn man die gesellschaftspolitische Relevanz vieler Zielfelder der psychiatrischen Versorgungsforschung berücksichtigt. Die Nachfrage nach wissenschaftlich fundierten Entscheidungshilfen für die Gesundheitspolitik und nach einer stärkeren Evidenzbasierung der Versorgungspraxis wird wachsen. Dies betrifft nicht nur die Psychiatrie. Auch die Körpermedizin wird sich in Zukunft verstärkt mit Problemen konfrontiert sehen, die für die psychiatrische Versorgungsforschung heute bereits Alltag sind. Zu denken ist dabei an die Disease-Management-Programme oder die zunehmende Etablierung von Fallregistern wie z.B. in der onkologischen Versorgungsforschung.

So gesehen bildet die psychiatrische Versorgungsforschung die methodische Vorhut einer allgemeinen medizinischen Versorgungsforschung. Dies bildet sich zaghaft in den eingangs beschriebenen Förderinitiativen ab. In der baden-württembergischen Nachwuchsakademie stammen von 20 geförderten Projekten sechs und damit 30 % aus dem psychiatrischen bzw. psychosomatischen Bereich. Zwei der sechs durch die Strukturförderung geförderten Zentren der Versorgungsforschung haben einen psychiatrischen Hintergrund (Ulm und ZI Mannheim).

Dieser Rückenwind muss genutzt werden. Grundsätzlich ist eine stärkere Forschungsinfrastruktur unabdingbar, ohne die die Vielzahl der Fragestellungen nicht bearbeitet werden kann. Forschungsintern ist eine aktivere Verbands- und Netzwerkarbeit notwendig mit einer stärkeren Repräsentanz der psychiatrischen Versorgungsforschung etwa im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung (DNVF), der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und ähnlichen Vereinigungen. Auch innerhalb der DGPPN ist die Sichtbarkeit der Versorgungsforschung verbesserungsfähig. Weiter wäre zu denken an einen Ausbau von Koalitionen und der Forschungszusammenarbeit mit potenten Finanzierungsträgern wie z.B. den Krankenkassen, deren Bedarf an Analysen parallel zu dem jährlichen Anstieg psychischer Störungen in ihrem Leistungsbereich wächst. Dabei darf jedoch der angesprochene Systemaspekt der psychiatrischen Versorgungsforschung nicht außer Sicht geraten. Zahlreiche weitere Handlungsfelder sind denkbar. Möglicherweise tut sich in der gegenwärtigen Etappe die Chance auf, die psychiatrische Versorgungsforschung aus ihrer Nische, in der sie sich seit über zwei Jahrzehnten befindet, zu befreien. Diese Chance sollte nicht verpasst werden.

### Literatur


**Raspe H, Pfaff, H, Härter M, Hart D, Koch-Gromus U, Schwartz FW, Siegrist J, Wittchen HU** (2010) Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Bonn: Deutsche Forschungsgemeinschaft

**Laux G, Joos S, Becker T, Rieger M, Salizé HJ, Vach W, Szecsenyi J** (2011) Ausbau und Koordinierung der Versorgungsforschung in Baden-Württemberg. Monitor Versorgungsforschung, eingereicht

**Deutsche Forschungsgemeinschaft.** Nachwuchsakademie „Versorgungsforschung". http://www.dfg.de/foerderung/info_wissenschaft/info_wissenschaft_11_45/index.html. Zuletzt aufgerufen: 22.10.2011

**MWK-BW,** Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst, Baden-Württemberg. http://mwk.baden-wuerttemberg.de/. Zuletzt aufgerufen: 22.1. 2011.

**BMJFFG** (1988) Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch- psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie. BMJFFG, Bonn

**Rössler W, Häfner H, Martini H, an der Heiden W, Jung E, Löffler W** (1987) Landesprogramm zur Weiterentwicklung der außerstationären psychiatrischen Versorgung Baden-Wüttemberg – Analysen, Konzepte, Erfahrungen. Schlussbericht des Zentralinstituts für seelische Gesundheit im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg. Deutscher Studienverlag, Weinheim

**Salizé HJ, Rössler W, Becker T** (2007) Mental health care in Germany – Current state and trends. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257: 92–103

**Lieberman J et al.** (2005) Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. New England Journal of Medicine 353, 1209–1223

**Jones P et al.** (2006) Randomized Controlled Trial of the Effect on Quality of Life of Second- vs. First-Generation Antispsychotic Drugs in Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 63, 1079–1087

**Rosenheck et al.** (2003) Effectiveness and Cost of Olanzapine and Haloperidol in the Treatment of Schizophrenia. JAMA 290, 2693–2702

# Evidenzbasiertes Entscheiden zwischen guter Theorie und missbräuchlicher Praxis

Von Jürgen Kriz

Evidenzbasierung in der Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie beruht auf einer guten und nützlichen Idee, die allerdings auch einige Probleme beinhaltet. Insbesondere die Praxis ist durch Missverständnisse und Missbrauch von EbM belastet, wie abschließend an einem besonders eklatanten Fall gezeigt wird.

Jürgen Kriz
Prof. em. Dr., Institut für Psychologie im Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Osnabrück, Fachgebiet: Psychotherapie und Klinische Psychologie

Das Grundanliegen der „evidenzbasierten Medizin“, EbM, ist fraglos positiv zu bewerten – und mit ihr u.a. die Arbeit der Cochrane Collaboration sowie das Erstellen von Leitlinien: Für einzelne Ärzte oder Psychotherapeuten ist die große Anzahl an weltweiten Fachzeitschriften und die ungeheure Fülle der darin publizierten Forschungsergebnisse längst nicht überschaubar – geschweige denn, in ihrer Aussagekraft und Güte kritisch bewertbar. Da liegt es nahe, professionalisierte Hilfestellung zu leisten, indem Einrichtungen, die sich als Vermittler zwischen Wissenschaft und Praxis verstehen, Ärzten – bzw. Psychologischen Psychotherapeuten (PP), Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (KJP) – wissenschaftlich gesicherte Informationen in Form von Übersichten und Bewertungshilfen zur Verfügung zu stellen. Damit wären diese dann besser in der Lage, den aktuellen Stand der Forschung in einem bestimmten Fachgebiet mit ihrer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Erfahrung und der individuellen Patientenperspektive so zusammenzuführen, dass dem jeweiligen Patienten die beste Behandlung angeboten werden kann.

Einrichtungen, die dieses Ziel verfolgen, sind insbesondere das gemeinnützige „Deutsche Netzwerk Evidenzbasierter Medizin – DNEbM“, Berlin, das „sich als interdisziplinäres und multiprofessionelles Forum aller an der Evidenzbasierten Medizin und Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung Interessierten“ versteht (www.ebm-netzwerk.de). Eng damit verbunden – bisweilen gar fälschlich gleichgesetzt- ist die Arbeit eines anderen internationalen Netzwerkes, der „Cochrane Collaboration – CC“, dessen deutsche Abteilung (DCC) ihren Hauptsitz an der Uni Freiburg hat. „Die Hauptaufgabe der Cochrane Collaboration ist die Erstellung, Verbreitung und Aktualisierung von systematischen Übersichtsarbeiten in der Medizin“. Diese werden in der Datenbank The Cochrane Library veröffentlicht (www.cochrane.de). Als dritte Dienstleistung im obigen Sinne dienen „Leitlinien“, in denen unter Verwendung der von EbM und CC bereitgestellten Ergebnisse, aber auch weiterer Fachexpertise, konkrete Hinweise für die Behandlung jeweils spezifischer Störungen gegeben werden. Innerhalb der DNEbM ist der Fachbereich Leitlinien sogar der größte Bereich. Leitlinien werden aber auch von anderen Gesellschaften erstellt – beispielsweise der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. - www.awmf.org).

„Leitlinien“ geben unter Verwendung der von EbM und CC bereitgestellten Ergebnisse und weiterer Fachexpertise konkrete Hinweise für die Behandlung jeweils spezifischer Störungen.

So weit die gute und lobenswerte Theorie. Zweifellos haben sich viele mitwirkende Wissenschaftler und weitere Personen in DNEbM und DCC redlich dieser Leitidee verschrieben. Aber wie leider die meisten guten Ideen und Einrichtungen lädt auch EbM zu Missverständnissen aus Unkenntnis oder gar zu Missbrauch und Manipulation ein. Wenn die sog. „Bonner Erklärung“, 2006, anlässlich eines Symposiums: „Das Unbehagen in der (Psychotherapie-) Kultur“ mit den Worten beginnt: „Wir beobachten mit großer Sorge in der Psychotherapie eine Verengung des Denkens auf Ansätze, die eine ‚evidenzbasierte Einheitspsychotherapie’ favorisieren“, dann richtet sich dies natürlich nicht gegen die positiven Intentionen von EbM, sondern gegen deren zunehmend wahrgenommenen Missbrauch hierzulande. Wie stark dieser Eindruck sowie die Sorgen und Vorbehalte von Kollegen und Betroffenen sind, mag sich darin widerspiegeln, dass dieser Aufruf binnen weniger Wochen von fast 3.000 Wissenschaftlern und Psychotherapeuten unterzeichnet wurde. Was also läuft in der Realität „schief“ mit der guten Idee der EbM?

Ein erster Problembereich beruht darauf, dass EbM und CC schwerlich besser sein können als die „Datenbasis“ – auch wenn man sich Warnhinweise vorstellen könnte (etwa wenn bestimmte positive Medikamentenstudien fast nur von einem einzigen Hersteller publiziert wurden). Ob ein nützlicher Überblick über real durchgeführte Forschungen nach bestimmten Kriterien

(s.u.) auch ein nützliches Kriterium dafür sein kann, welche Methoden in der Praxis angewendet bzw. unterlassen werden sollten, hängt von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ab. Dazu zählt insbesondere die Frage, wie weit das Spektrum realer Behandlungen hinreichend verzerrungsfrei vom Spektrum dieser Forschung widergespiegelt wird. Und hier gibt es aufgrund von Interessenkonflikten erhebliche Zweifel (vgl. z.B. Kienle et al. 2003). Denn Forschung orientiert sich nicht einfach wertfrei an inhaltlich relevanten Fragen der Kliniker bzw. an zu klärenden Fragen für die Patienten.

Wie weit wird das Spektrum realer Behandlungen hinreichend verzerrungsfrei vom Spektrum der Forschung widergespiegelt?

Vielmehr gilt für Forschung zu Medikamenten, Apparate-Medizin etc., die weitgehend von Firmen finanziert wird:

- Es werden überwiegend Therapien erforscht, die patentierbar und gewinnversprechend sind.
- Begünstigt werden pharmazeutische Unternehmen, die mit wenigen Medikamenten großen Umsatz machen. Diese sind die Gewinner im EbM-Biotop.
- Verlierer sind dagegen Therapien ohne Aussicht auf breite Vermarktung oder ohne finanzstarke industrielle Rückendeckung, wie z.B. nicht-pharmakologische Therapien.

Für Forschung zu Psycho- und Sozialtherapie, Reha-Maßnahmen etc., die primär über universitäre/ öffentliche Mittel (incl. DFG, Stiftungen etc.) finanziert werden, gilt:

- Es werden bevorzugt Fragestellungen erforscht, die im Rahmen von Diplom-, Doktor- und Habilitationsarbeiten angegangen werden und vergleichsweise schnell und einfach publiziert werden können - d.h. Arbeiten, die gut in universitäre Karrierestrukturen passen.
- Beispielsweise lässt sich eine spezielle Vorgehensweise (die dann dem Spektrum „Verhaltenstherapie“ zugerechnet werden kann) an einer speziellen Patientengruppe sehr gut im Rahmen einer Dissertation experimentell untersuchen. Die Wirkung einer langfristigen, kaum manualisierbaren Vorgehensweise – wie etwa der Langzeit-Psychoanalyse – lässt sich in diesem Rahmen praktisch so nicht untersuchen.

Der durchaus informative Überblick über die Forschungsliteratur durch EbM oder CC spiegelt somit keineswegs nur die Nützlichkeit von Interventionsmethoden wider, sondern in erheblichem Ausmaß die Nützlichkeit der Forschung unter kommerziellen und/oder Wissenschaftskarriere-Aspekten.

Ein zweiter Problembereich eröffnet sich dadurch, dass ein ganz spezieller, experimenteller Forschungsansatz einseitig bevorzugt wenn nicht gar als „einzig wissenschaftlicher“ ausgegeben wird. Gemeint sind die RCT-Studien (randomized controlled trials), in denen Patienten mit sehr klaren Diagnosen unter strengen Ausschlusskriterien rein zufällig (randomisiert) einer Behandlungs- oder Kontrollgruppe (C) zugewiesen werden. Das Vorgehen ist hier notwendig sehr stark standardisiert, und es wird eine normierte (meist kleine) Anzahl von Behandlungssitzungen durchgeführt. Das alles lässt sich methodisch gut begründen – dient aber vor allem der Grundlagenforschung. Schon im Rahmen von Pharmaforschung, wo noch reine Wirkstoffe genau abgefüllt werden können, ein praktisch identisch aussehendes Scheinmedikament herstellbar ist und die persönliche Beziehung des Patienten zum Verabreicher vernachlässigbar ist, gibt es erhebliche kritische Diskussion in der Fachwelt. Alle diese letztgenannten Aspekte sind aber im Bereich von Psychotherapie nicht realisierbar: Sie lässt sich nicht wie eine immer gleiche Pille „herstellen“ und an Patienten mit ätiologisch klaren Krankheiten beziehungsneutral applizieren. Vielmehr kommt es wesentlich auf die Beziehung zwischen Behandler und Patient an. Und was eine „Kontrollbedingung“ wirklich meint, ist hier noch weit fragwürdiger als in der Pharmaforschung (um nur wenige zentrale Aspekte zu benennen).

Ein Vertrauen auf die Aussagekraft allein statistisch-quantitativer Parameter kann klinisch bedenklich sein.

Trotzdem spielen diese RCT-Studien in doppelter Hinsicht eine zentrale Rolle: Erstens werden sie im EbM-Ansatz bei den sog. „Evidenzklassen“ höher bewertet als andere Ansätze. Hier ist übrigens ein wichtiger Unterschied zwischen EbM und CC: Die CC konzentriert sich in der Fülle von Studien ohnedies rein auf RCT-Studien (bisher jedenfalls), während EbM immerhin zumindest insgesamt 4 (tlw. untergliederte) Klassen vorsieht. Zweitens eignen sich RCT-Studien bevorzugt, um sog. „Meta-Studien“ durchzuführen, bei denen eine große Anzahl von Studien mit bestimmten formalen statistischen Modellen in ihrer Wirksamkeitsaussage zusammengefasst wird.

Solche mathematisch-formalen Vorgehensweisen versuchen das überaus schwierige Problem zumindest etwas in den Griff zu bekommen, dass die Studien recht unterschiedliche Erfolgsmaße mit unterschiedlichen Fragestellungen an unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen Therapiemethoden repräsentieren. Im Grund werden also nicht nur „Äpfel“ und „Birnen“ miteinander vergleichen sondern – in diesem Bild – eher „Äpfel“ mit „Armbanduhren“. Damit man das dennoch irgendwie formal zusammenfassen kann, verwendet man ein Maß, das Effektstärke heißt (und sich eben gut aus RCTs berechnen lässt).

Da die mathematisch-statistischen Kenntnisse bei Klinikern natürlich begrenzt sind (und noch mehr bei Kassenfunktionären), unterstellt man irrtümlich, was der Name suggeriert: nämlich dass Effektstärken tatsächlich den klinischen Effekt messen und vergleichbar machen. Das aber ist nicht der Fall (vgl. Kriz 2006): Vielmehr drückt die „Effektstärke“ die statistische Diskriminationsfähigkeit zwischen zwei Verteilungen aus – und dies kann durch klinisch bedeutsame Effekte hervorgerufen werden, aber ebenso durch die Homogenität der Daten (was mit klinischen Effekten der Behandlung überhaupt nichts zu tun hat).

Dieses Beispiel zeigt, dass ein Vertrauen auf die Aussagekraft allein statistisch-quantitativer Parameter klinisch bedenklich sein kann. Genau dieser Trend ist allerdings deutlich im Gesundheitswesen zu spüren – etwa auch im Bereich des sog. „Qualitäts-Managements“, wo fast alle im System Betroffenen darüber klagen, dass mit dem Erstellen von Berichten, Nachweisen und Zahlenmaterial für unklare

bis fragwürdige Auswertungs- und Kontrollzwecke kaum noch Zeit für qualitätsvolle Behandlungen bleibt. Erreicht wird also das Gegenteil des Propagierten. Nicht anders sieht es mit der Realität der EbM aus, zumal die Bezeichnung Evidenz hier die englische Bedeutung von „formal nachgewiesen" hat und nicht mit der Bedeutung von „Evidenz" im Deutschen übereinstimmt.

Im Gegensatz zur vorgegaukelten Klarheit - z.B. durch eine einzige Zahl für Effektstärke im Rahmen von EbM - gibt es in Wirklichkeit zahlreiche wissenschaftliche Debatten um inhaltliche Fragen darüber, wie die Effektivität von Psychotherapie überhaupt zu konzeptionalisieren, zu operationalisieren und zu messen sei. Und mit einem Konsens ist eher nicht zu rechnen. Denn die Heterogenität hinsichtlich der Vorgehensweisen und Maße bei der Feststellung von Effektivität und Evidenz spiegelt schlicht die Heterogenität der Menschenbilder, Lebensziele, Erfahrungen, Werte etc. in unserer pluralen Gesellschaft wider. Erst wenn diese in ihren Werten und Zielen diktatorisch gleichgeschaltet wäre, würden unterschiedliche Ansichten über das zu Messende verstummen.

Es entspricht dem Zeitgeist, sich nicht so sehr offen über die unterschiedlichen Lebensziele und Werte in der Gesellschaft auseinanderzusetzen, sondern nach "Effektivität" zu rufen.

Gleichwohl entspricht es dem Zeitgeist, sich nicht so sehr offen über die unterschiedlichen Lebensziele und Werte in der Gesellschaft auseinanderzusetzen, sondern nach "Effektivität" zu rufen. Und wenn man denn schon nicht weiß, wie die unterschiedlichen Vorstellungen von Effektivität unter einen Hut zu bringen sind, dann fordert man zumindest von "der Wissenschaft" ein genaues Maß für "die Effektivität" - in der trügerischen Hoffnung, damit sei das inhaltliche Problem wenn schon nicht gelöst dann doch zumindest vom Tisch. Zu Recht kann man darauf hoffen, dass aus den Niederungen der Wissenschaft immer wieder Vorschläge für scheinbar einfache "Lösungen" eigentlich unlösbarer Probleme auftauchen werden. Der hohe Stellenwert von EbM und "Effektstärke" – über den oben als positiv bewerteten reinen Informationsgehalt hinaus – entspringt dem offenbaren Bedürfnis, die unterschiedlichen Zugangsweisen zur Welt auch im Bereich von Psychotherapie nicht einfach akzeptieren zu wollen.

Statt also Urteile einem ausgewiesenen Fachgremium aufgrund dessen komplexer Erfahrung zu überlassen, wird versucht, alles auf eine oder wenige Zahlen zu reduzieren – womit dann auch Funktionäre ohne weitere Fachkenntnisse sehen können, welche Zahl größer und welche kleiner ist. Ob und wie weit dies irgendetwas relevantes Klinisches repräsentiert – was für Patienten und/oder Therapeuten bedeutsam wäre – wird dann nicht mehr hinterfragt. Genau dagegen wandte sich auch die „Bonner Erklärung"

Von diesem Miss- und Unverständnis der zugrunde liegenden wissenschaftlichen Zusammenhänge ist es dann nur noch ein kleiner Schritt zum missbräuchlichen Einsatz von EbM für Zwecke und Kontexte, die weder vom DNEbM noch vom DCC so vorgesehen sind. Ein besonders unrühmliches Beispiel aus jüngerer Zeit ist das Bewertungsverfahren der Gesprächspsychotherapie durch den G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss – das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, das in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt (www.g-ba.de)). Obwohl sich der G-BA auf die EbM beruft, wurde schon die Grundregel verletzt, nicht nur RCT-Studien zu berücksichtigen. Explizit betont sogar das Deutsche Cochrane Centrum auf seiner (o..a) Website: „Für viele Fragestellungen stehen keine RCT's oder systematischen Übersichten zur Verfügung, oder sind aufgrund der Studienfrage nicht sinnvoll oder nicht durchführbar. EbM bezieht sich daher ausdrücklich auf die jeweils 'bestverfügbare Evidenz'. Dies kann in Einzelfällen auch einmal ein Expertenkonsens oder ein Ergebnis aus der Grundlagenforschung sein". Der G-BA aber hat ausschließlich RCT-Studien (dazu noch erheblich weiter eingeschränkt) in seiner Entscheidung herangezogen. Er hat gezielt umfangreiche Informationen, die erst sehr aufwändig und zeitraubend erhoben wurden, dann völlig für die Entscheidungsfindung ignoriert und diese lediglich als „Material" angehängt. Aber selbst auf dieser Datenbasis wurde die Vorgehensweise von EbM so stark verletzt, dass die Expertengruppe der Bundespsychotherapeutenkammer, alles international renommierte Psychotherapieforscher, im „Psychotherapeutenjournal" nur resümierend feststellen konnte: es „stellt sich heraus, dass der G-BA seine Beurteilung nicht auf der Grundlage des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgenommen hat und so zu einem Ergebnis kommt, das weder von der Wissenschaft noch vom Berufsstand geteilt wird. Es erhebt sich der Verdacht, dass ein Interessenkonflikt vorliegt." (Strauß et al. 2010, S. 160). In der Tat muss bezweifelt werden, dass beim G-BA nur einfach Inkompetenz am Werk war, da er seiner „Prüfung" ganz gezielt eine Definition des Verfahrens zugrunde gelegt hat, welche die einhellige Definition der Fachprofessoren ebenso wie die gängigen Lehrbücher einfach ignorierte.

Resümierend muss festgestellt werden, dass EbM im Ansatz und in der Intention positiv zu sehen ist, aber auch ungelöste Probleme beinhaltet. Zudem ist erschreckend, wie nicht einmal 20 Jahre nach Einführung von EbM durch die Gruppe um David Sackett, trotz eindringlicher Warnungen des Gründers (z.B. Sackett et al. 1996) oft nur noch eine entstellte Form, die lediglich RCT-Studien berücksichtigt, von manchen irrtümlich oder missbräuchlich als „EbM" ausgegeben wird.

**Literatur**

**Kienle, G. S., M. et al** (2003). Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Deutsches Ärzteblatt, 100, C1688–C1692

**Kriz, J. (2006).** Wie evident ist klinische Evidenz? In: Bührmann, A. et al. (Hrsg.) Gesellschaftstheorie und die Heterogenität empirischer Sozialforschung. Münster, Verlag Westfälisches Dampfboot, S. 32–43

**Sackett, D.L.et al.** (1996). Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. British medical journal . 312, 71–72

**Strauß, B., et al.** (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal (Organ der Bundespsychotherapeutenkammer) , 160–168

# Wovon hängen günstige Verläufe schizophrener Erkrankungen ab?

Von Roland Vauth, Marialuisa Cavelti, Stefan Schieting und Bernd Achilles

In den letzten Jahrzehnten hat es für schizophrene Störungen einen deutlichen Zuwachs an in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich belegten psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien gegeben. Aber hat sich hierdurch auch der Verlauf schizophrener Erkrankungen wesentlich gebessert? Subjektive Genesungskonzepte des Patienten, d.h. seine eigenen Vorstellungen, wie er Anforderungen im sozialen und beruflichen Alltag bewältigen, Freude, Sinn und Erfüllung in seinem Leben finden kann trotz einer gravierenden seelischen Erkrankung haben einen grossen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Sie treten in Wechselwirkung mit der Güte der Behandlung, Erfahrung von Stigmatisierung und Ausgrenzung und sozialer Unterstützung. Ansatzpunkte für störungsspezifische, kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung werden dargestellt.

Roland Vauth
Dr. med., Dipl.-psych., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätspoliklinik / Universitäre Psychiatrische Dienste Basel; Lehrtherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie.



In den letzten Jahrzehnten hat es einen deutlichen Zuwachs an wissenschaftlich begründeten psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsstrategien für schizophrene Störungen gegeben. Aber hat sich hierdurch auch der Verlauf schizophrener Erkrankungen wesentlich gebessert? Die einen geißeln den Kraepelinschen Verlaufspessimismus der „Dementia praecox“ mit über die Jahrzehnte eher gleich bleibend und uniform schlechtem Verlauf schizophrener Störungen als Stigmatisierung der Patienten und als psychologisches Hemmnis für „recovery“ schlechthin und sehen hierin einen den Patienten „ansteckenden“ therapeutischen Änderungspessimismus, der selbst einen Beitrag zur Chronifizierung darstellt. Die anderen hingegen greifen Daten auf, die zeigen sollen, dass trotz Fortschritten in der neurobiologischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung die Erkrankungsverläufe über die Jahrzehnte erschreckend unverändert geblieben sind.

Behandlungserfolg wird heute mehrdimensional begriffen: Er meint erfolgreiche und nachhaltige Reduktion von seelischen Symptomen (einschließlich kognitiver Funktionsdefizite wie verminderte Gedächtnisleistung und Aufmerksamkeit) und Verbesserung von Rollenfunktionsfähigkeit. Hier wird Behandlungserfolg mithin gemessen an einer Rückkehr zum prämorbiden Funktionsniveau. Die subjektiven Genesungskonzepte oder Verlaufserwartungen des Patienten sind allerdings auch wichtig. Nach dem ersten und dann zumeist wiederholten Auftreten psychotischer Krisen müssen Patienten ihr Selbstbild an die Herausforderung einer schizophrenen Erkrankung mit ihren vielfältigen Folgen anpassen („Wer bin ich, was ist meine Erkrankung?“ „Bin ich jetzt anders als andere?“ „Gehöre ich überhaupt noch dazu?“). Auch Lebensziele müssen häufig neu ausgerichtet werden („Was liegt überhaupt jetzt noch drin?“). Beispiele solcher Folgen sind Restsymptome (Wahn oder Stimmenhören, Negativsymptomatik und kognitive Funktionsstörungen), verminderte Rollenfunktion und Lebensqualität, reduzierte Belastbarkeit (Vulnerabilität) und intra- und interpersonelle Folgen wie (Selbst-) Stigmatisierungsprozesse (Cavelti, 2011; Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007).

**Symptomremission**
Brief Psychiatric Rating Scale/BPRS ≤ 4 (moderater Schweregrad) in ≥ 6 Skalen einer standardisierten Skala zur Erfassung von Psychopathologie

**Unabhängigkeit der Lebensführung**
Aktive Mitarbeit in persönlichem Behandlungsplan, regelmäßiges Wahrnehmen von Konsultationen, Umgang mit Geld und Eigentum usw.

**Integration**
in Ausbildung bzw. Beruf in der freien Wirtschaft, mindestens auf Halbtagsniveau

**Partizipation**
an sozialen und Freizeitaktivitäten mind. 1 x/Woche

Tabelle 1 Pragmatische Definition von „Recovery“ als Behandlungsergebnis (Liberman & Kopelowicz, 2005)

Der Erfolg in der antipsychotischen Symptombekämpfung ist gar nicht so schlecht: Nach der ersten Phase einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung sind in Verlaufsbeobachtungen über 5 Jahre nahezu 50 % der Patienten über mindestens zwei Jahre vollständig remittiert. Den Weg in eine mindestens halbtägige Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt oder eine qualifizierende Ausbildung zeigen nur noch 25.5%, beides noch 13.7%.

Um Menschen in Arbeit zu bringen, sind außer einer erfolgreichen Symptombehandlung Intaktheit des Motivationssystems, soziale Kompetenz, kognitive Fähigkeiten wichtig.

D.h. erfolgreiche Symptombehandlung ist wichtig, reicht aber nicht um Menschen in die Arbeit zu bringen. Hierzu sind weitere Faktoren notwendig: Kognitives Funktionieren (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Handlungsplanung), Intaktheit des Motivationssystems (Abwesenheit von Negativsymptomatik und Depression), soziale Kompetenz im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, die richtige berufliche Rehabilitationsmethode (erst Platzieren, dann in Kenntnis der Erfordernisse der Erkrankung Coaching und Gestaltung des Arbeitsplatzes), das Anbieten von Atypika in Kombination mit störungsspezifischer kognitiver Verhaltenstherapie und auch die Erwartungen des Patienten an seine Zukunft (subjektive Genesungskonzepte) sind die wesentlichen Faktoren hierzu (Cook & Razzano, 2000; Menezes, Arenovich, & Zipursky, 2006; Yanos, Lysaker, & Roe, 2010).

Der Erkrankungsverlauf ist dabei von einer Reihe von Faktoren abhängig, die sich z.T. auch als Ansatzpunkte für Verbesserungen des Erkrankungsverlaufs darstellen (Waldheter et al., 2008): Prognostisch günstig ist, wenn der Patient vor dem offenen Ausbruch der Erkrankung sozial oder beruflich noch recht erfolgreich war (z.B. höhere Qualifikationen in Schule und Beruf), weibliches Geschlecht, späterer Erkrankungsbeginn, eher aus sozioökonomisch privilegierteren Schichten zu stammen, früher Einstieg in lege artis durchgeführte Behandlung. Hier haben beispielsweise die Angehörigen in ihrer Stockholmer und Basler Deklaration gefordert (vgl.: www.EUFAMI.org), das was wir wissenschaftlich über Wirksamkeit wissen auch anzuwenden. Forschung ist hier so etwas wie eine Stiftung Warentest der Behandlungsmethoden. Beeinflussbar sind von Behandler und Patient Faktoren wie gutes Ansprechen auf Medikation, Aufbau nachhaltiger und umfassender Behandlungsbereitschaft, Substanzmittelabstinenz, Vermittlung von Strategien zur Bewältigung von Stress und Restsymptomen sowie Entwickeln von Alltagskompetenz, Aufbau und Erhalt eines unterstützenden sozialen Netzes von Freunden und Familie sowie Aufbau bzw. Rückerobern von Selbstachtung, Änderungsoptimismus und das nachhaltige Verfolgen subjektiv bedeutsamer Lebensziele.

## Was der Patient selber erwartet von seiner Zukunft – und warum das wichtig ist

So kann jemand unter der Behandlung mit Antipsychotika und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung eine recht gute Symptomkontrolle und Rückfallschutz erfahren und dennoch nichts von seiner Zukunft erwarten, da er selbst jemandem mit seiner Erkrankung keine erfolgreiche Zukunft, keine Lebensfreude oder keinen Lebenssinn zutraut. Diese negative Grundorientierung wird verstärkt, wenn der Behandler oder wichtige Bezugspersonen im sozialen Umfeld des Patienten ebenfalls nichts von seiner Zukunft erwarten oder der Patient sich sogar ausgegrenzt fühlt wegen seiner schizophrenen Erkrankung.

Der Patient muss über vielfältige Ermutigung und eigene Kompetenzerfahrung lernen, Zuversicht gegenüber einer Zukunft unter veränderten Voraussetzungen zu entwickeln.

Was wir neben einer wirksamen und nebenwirkungsarmen antipsychotischen Behandlung fordern müssen: Fundiertes Training in kognitiver Verhaltenstherapie für Mitarbeiter sozialpsychiatrischer und Psychiatrischer Institutsambulanzen.

Ziel ist es daher im psychotherapeutischen Teil der Behandlung diesen aktiven Selbstauseinandersetzungs- oder Adaptationsprozess zu fördern: Der Therapeut hilft dem Patienten dabei zu versuchen, negative persönliche und soziale Folgen der Erkrankung zu überwinden und sich ein selbstbestimmtes und bedeutungsstiftendes Leben möglichst weitgehend zurückzuerobern. Persönliche Folgen bestehen z.B. in einem Verlust an kognitiver Funktionsfähigkeit, emotionaler und motivationaler Empfindungsfähigkeit, soziale Folgen in Beziehungsverlust in Partnerschaft oder Freundesnetz bzw. Familiensystem, oder auch Verlust des Arbeitsplatzes mit reduzierten finanziellen Möglichkeiten. Dies beinhaltet Trauerprozesse ebenso wie kämpferische-nicht-resignative Selbstauseinandersetzung mit Einschränkung und Verlusten zugunsten einer inneren Haltung von „Vielleicht geht ja nicht mehr...., aber deshalb geht ja nicht gar nichts mehr, sondern vielleicht geht ja zumindest...“. Zuversicht gegenüber der Zukunft unter veränderten Voraussetzungen muss erst wieder entwickelt werden. Denn Hilflosigkeit ist oft Folge eines Rückfalls oder auch von Funktionseinschränkungen durch Erkrankung und Nebenwirkung von Behandlung sowie sozialen Folgen von Erkrankung und Behandlung. Der Patient muss erst wieder über vielfältige Ermutigung durch Therapeut, soziales Umfeld, aber auch eigene Kompetenzerfahrung –auch als „empowerment“ bezeichnet (Kleim, Vauth, Stieglitz, Corrigan, & Hayward, 2007; R. Vauth, Kleim, Wirtz, & Corrigan, 2007)- lernen persönlich Verantwortung für sein Leben zu übernehmen.

Der Patient muss hierbei vom Therapeuten in vier Kernprozessen unterstützt werden (Andresen, Oades, & Caputi, 2003):

1. Mit klassischen Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie werden resignative oder negative Selbst- und Krankheits- oder Behandlungskonzepte attackiert, damit der Patient wieder Hoffnung finden kann.

2. Rückgewinnen eines klaren Selbstbildes wird unterstützt: „Ich fühle mich nach Überwinden der Erkrankung wie ein Rückkehrer vom Mars, für den alles anders ist als für andere. Ich bin dauernd verunsichert in meiner Einschätzung von Situationen. Stimmt das diesmal oder ist das wieder was Psychotisches?“.

**1. Psychosoziales Moratorium:**
• Auszeit oder Karenzzeit „Aufschieben" des nächsten Schrittes bzw. der Wiederaufnahme des weiteren Weges im Erwachsenwerden
• Merkmale: Leugnung, Verwirrung, Hoffnungslosigkeit, Identitätsverunsicherung und sozialer Rückzug aus Selbstschutz

**2. Zunehmendes Bewusstwerden**, dass Hoffnung (awareness) auf ein besseres Leben und Recovery trotz der Erfahrung von Krankheit und konsekutiver Beeinträchtigung prinzipiell möglich sein könnten.

**3. Vorbereitungsphase (preparedness)**: Patient beginnt aktive Schritte zu unternehmen, um seinen Gesundheitszustand (Recovery) zu verbessern.

**4. Wiederaufbau" der Identität (rebuilding of identity)**: Patient beginnt an der Entwicklung einer positiven Identität in verschiedenen Lebensbereichen zu arbeiten und subjektiv bedeutsame Ziele zu entwickeln sowie Verantwortung für den Umgang mit der Erkrankung persönlich zu übernehmen.

**5. Phase des persönlichen Wachstums (grove):**
Patient muss nicht vollständig symptomfrei sein, aber ist in der Lage mit den Restsymptomen in der Gestalt umzugehen, dass er einen prinzipiell positiven Lebensstandard nach eigenen Kriterien aufrecht erhalten kann, sein Leben als erfüllt betrachtet sowie zuversichtlich in die Zukunft schaut

Tabelle 2 Fünf-Stadien-Modell der Entwicklung motivationaler Grundorientierung des Recovery (Andresen et al., 2003)

3. Das Finden von Bedeutung und Sinn im Leben, muss ebenfalls therapeutisch unterstützt werden. Patienten wollen mehr als in bestimmten Rollen funktionieren.

4. Die Übernahme von aktiver Verantwortung für den eigenen Genesungsprozess wird gefördert. Hierbei können neben klassischen Strategien der Depressionstherapie auch Komponenten der Interpersonellen Sozialen Rhythmustherapie (Miklowitz et al., 2007), die sich bei bipolaren Störungen bewährt hat, hilfreich sein. Zusätzlich kann die Erarbeitung wirksamerer Symptommanagement-Strategien hier helfen (R. H. Lencer, M.S.H.; Weiden, P.; Stieglitz, R-D; R. Vauth, 2011; R. Vauth & Stieglitz, 2007a), die die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten stärken können. Die Teilprozesse sind in einem Stadienmodell, das die Intervention phasenspezifisch leiten kann, in Tabelle 2 zur Übersicht dargestellt.

## Fazit

Ein günstiger Krankheitsverlauf wird somit nicht länger als eher passiv interpretiertes durch Antipsychotikatherapie allein entstehendes „Behandlungsprodukt" begriffen. Wir müssen das, was neben Medikation an kognitiver Verhaltenstherapie und Rehabilitation als wirksam belegt ist (R. Lencer, Harris, Weiden, Stieglitz, & Vauth, 2011; Leucht, Lanczik, Olbrich, & Vauth, 2011; R. Vauth, 2007; R. Vauth & Stieglitz, 2007b) auch wirklich an den Patienten heranbringen, den Patienten hierzu motivieren und den Mitarbeiter sozialpsychiatrischer Einrichtungen, psychiatrischer Polikliniken und Institutsambulanzen und auch den niedergelassenen Kollegen hierin ausbilden. Und wir müssen die gesundheitsökonomischen Anreize aus ihrer verschwenderischen und unwürdigen Ignoranz führen (z.B. Fallpauschalen der Institutsambulanzen von 230€/Quartal, wo betriebswirtschaftliche Effizienz auf Behandlungsabbruch setzen muss, um die verbleibenden Patienten mit dem Budget noch angemessen zu versorgen) und auch darauf ausrichten. Unsere Patienten warten darauf.

### Literaturverzeichnis

**Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P.** (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust.N.Z.J.Psychiatry, 37(5), 586-594.

**Cavelti, M., Kvrgic, S., Beck, E. M, Vauth, R.** (2011). Assessing recovery in schizophrenia as a process at the individual level. An overview about self-report measures. European Psychiatry, in press.

**Cook, J. A., & Razzano, L.** (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. Schizophrenia Bulletin, 26(1), 87-104.

**Kleim, B., Vauth, R., Stieglitz, R. D., Corrigan, P. W., & Hayward, P.** (2007). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. Journal of Mental Health, 16, 1-10.

**Lencer, R., Harris, M. S. H., Weiden, P. J., Stieglitz, R. D., & Vauth, R.** (2011). When psychopharmacology is not enough. Using cognitive behavioral therapy techniques for persons with persistent psychosis. Göttingen: Hogrefe.

**Leucht, S., Lanczik, M. H., Olbrich, H. M., & Vauth, R.** (2011). Schizophrenie und andere psychotische Störungen. In M. Berger (Ed.), Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. (Vol. 4.Auflage, pp. 411-491). München: Urban und Fischer.

**Liberman, R. P., & Kopelowicz, A.** (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. Psychiatr.Serv., 56(6), 735-742.

**Menezes, N. M., Arenovich, T., & Zipursky, R. B.** (2006). A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis. Psychol.Med., 36(10), 1349-1362.

**Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Kogan, J. N., Sachs, G. S., Wisniewski, S. R.** (2007). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. American Journal of Psychiatry, 164(9), 1340-1347.

**Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A.** (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature. [Review]. Psychiatric rehabilitation journal, 31(1), 9-22.

**Vauth, R.** (2007). Die umfassende Behandlung schizophrener Störungen als klinische Herausforderung. In B. Strauss, F. Hohagen & F. Caspar (Eds.), Lehrbuch Psychotherapie. Teilband 1 (pp. 611-644). Göttingen: Hogrefe.

**Vauth, R.** (2011). Wenn Antipsychotika nicht helfen – Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen bei persistierendem Wahn und chronischem Stimmenhören. Nervenheilkunde, 30(4), 239-244.

**Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W.** (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. Psychiatry Research, 150(1), 71-80.

**Vauth, R., & Stieglitz, R. D.** (2007a). Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn.Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

**Vauth, R., & Stieglitz, R. D.** (2007b). Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

**Waldheter, E. J., Penn, D. L., Perkins, D. O., Mueser, K. T., Owens, L. W., & Cook, E.** (2008). The Graduated Recovery Intervention Program for First Episode Psychosis: Treatment Development and Preliminary Data. Community Ment.Health J.

**Yanos, P. T., Lysaker, P. H., & Roe, D.** (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. Psychiatry Res, 178(1), 211-213. doi: S0165-1781(10)00036-3 [pii]10.1016/j.psychres.2010.01.003



**Kontakt**

Roland Vauth, Marialuisa Cavelti: Psychiatrische Universitätspoliklinik, Psychiatrische Universitäre Kliniken Basel, Universität Basel Schweiz. Claragraben 95, CH-4005 Basel, Tel.: + 41 61 699 25 25 (secretary), fax: +41 61 699 25 35, E-mail: roland.vauth@upkbs.ch.

Stefan Schieting: Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Deutschland.

Bernd Achilles: Psychiatrische Klinik, Sanatorium Kilchberg, Schweiz.

# Recovery und seine Bedeutung für unsere wissenschaftliche Verantwortung

Von Michaela Amering

Michaela Amering
Professorin und Oberärztin der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien.

Aktuelle Versuche zur Recovery-Messung lassen sich am besten in dem spezifischen umfassenden Verständnis des sich entwickelnden neuen Konzeptes verstehen. Das Spannungsfeld zwischen jenen Definitionen von Recovery als Outcome, die ‚auf den Konzepten der Versorgung basieren' und denen, die auf den Konzepten der Betroffenen basieren, und die eher prozess-orientiert sind und die individuellen Werte und Ziele in den Vordergrund stellen (Slade, 2009), ist für neu entstehende Messinstrumente bedeutsam.
Folgerichtig sind daher die Zusammenarbeit zwischen Forscherinnen und Forschern mit und ohne eigene Erfahrung, sowie die Einbeziehung von Betroffenen (Wallcraft et al, 2009) wichtige Voraussetzungen für die Entwicklung von Messinstrumenten in diesem Bereich. Viele der rasch wachsenden Aktivitäten der wissenschaftlichen Forschung zu Recovery sind über die Internetseite www.power2u.org zu verfolgen. Im folgenden Beitrag werden einige Beispiele kurz beschrieben.

## Entwicklung von spezifischen Messinstrumenten

### Recovery Assessment Scale (RAS)

Unter Einbeziehung von Betroffenen entstand aus einer Analyse von Recovery-Geschichten im Rahmen eines Aktionsforschungsprojektes ein 41-teiliger Fragebogen, die Recovery Assessment Scale (RAS), der sich als psychometrisch stabil im Hinblick auf Reliabilität und Validität erwiesen hat (Corrigan et al, 1999). Die Analyse eines großen Datensatzes von fast zweitausend ausgefüllten RAS-Fragebögen ergab Ähnlichkeiten zu früher in der Literatur gefundenen Dimensionen.

Fünf Faktoren konnten unterschieden werden:

- persönliche Zuversicht und Hoffnung;
- Bereitschaft Hilfe zu suchen;
- Ziel- und Erfolgsorientierung;
- sich auf andere verlassen können;
- nicht von den Symptomen beherrscht werden.

Es stellte sich in den Analysen heraus, dass die Faktoren zwar von einander unterschieden, aber auf komplexe Weise miteinander verbunden sind. Hoffnung spielt eine zentrale Rolle für alle anderen Dimensionen. Je mehr man von Symptomen beherrscht wird, desto schwieriger kann Recovery werden, auch wenn dieser Zusammenhang weniger klar ist als der zwischen Recovery und Selbstwert und Empowerment. Eine deutsche Version kommt derzeit in Wien zum Einsatz (Amering, Sibitz, Lipp, 2010, persönliche Mitteilung). Das Pilot-Projekt ergibt vielversprechende erste Erfahrungen. Im englischsprachigen Raum werden Kurzversionen mit 22 und 24 Items erprobt. Es sollte spannend werden zu sehen wie sich die so gemessene Recovery zu anderen Konstrukten wie Lebensqualität verhält und ob und wie sich Einschätzungen zu Recovery über die Zeit verändern.

Recovery Process Inventory (RPI)

Dieses Instrument mit 22 Fragen hat sich in seiner Entwicklung ebenfalls einerseits an den Grundlagen in der Literatur orientiert, andererseits in Diskussionen und Fokusgruppen mit Nutzerinnen und Nutzern von Einrichtungen und professionellen Helferinnen und Helfern entwickelt (Jerrell et al, 2006). Dabei ist es ein Schwerpunkt über die Frage hinaus, ob sich jemand ‚in Recovery' fühlt, zu erfassen, in welchem Ausmaß die Einrichtung dazu beiträgt, einen Prozess von Recovery zu fördern und zu unterstützen. Die sechs Faktoren, die in ersten Analysen gefunden wurden, entsprechen dem Bild, das sich in den bisherigen Untersuchungen ergab: Angst und Hoffnungslosigkeit, Verbindung zu anderen Menschen, Zuversicht, Gegenseitigkeit der Beziehungen, sichere und gute Wohnsituation, Hoffnung und Selbstfürsorge. Wie in einigen ähnlichen Untersuchungen gibt es auch hier keine klaren Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und diagnostischen Faktoren und Recovery.

Über die Frage hinaus, ob sich jemand ‚in Recovery' fühlt, soll erfasst werden, in welchem Ausmaß die Einrichtung dazu beiträgt, einen Prozess von Recovery zu fördern.

Recovery Attitudes Questionnaire (RAQ)

Der RAQ-Fragebogen wurde in Kooperation von StudentInnen und von ForscherInnen mit und ohne eigener Erfahrung von Recovery entwickelt (Borkin et al, 2000). Der Fragebogen dient zur Messung der Haltung, die die Befragten haben bezüglich der Annahme, dass Recovery von schweren psychiatrischen Erkrankungen möglich ist. Validierungsstudien an verschiedenen Personengruppen zeigten gute psychometrische Daten und ergaben Hinweise darauf, dass professionelle HelferInnen und Betroffene am klarsten von Recovery überzeugt sind, während StudentInnen dies am wenigsten sind. Professionelle HelferInnen sehen die Möglichkeiten zu Recovery in klarem Zusammenhang mit ihren professionellen Anstrengungen und Interventionen und können sich kaum vorstellen, dass Recovery ohne professionelle Hilfe erfolgen kann. Angehörige indessen sind die Gruppe, die am meisten daran glaubt, dass Recovery ohne professionelle Unterstützung möglich ist.

The Stages of Recovery Instrumet (STORI)

STORI ist ein Instrument, das die Erfassung von unterschiedlichen Phasen im Recovery-Prozess erlaubt (Andresen et al, 2006). Die erste Konzeptualisierung von 5 Phasen wurde aus der Analyse von Recoverygeschichten von vielen unterschiedlichen Betroffenen gewonnen:

1. Moratorium: Rückzug, Verlust, Hoffnungslosigkeit;
2. Erkenntnis (Awareness): Nicht alles ist verloren, ein erfülltes Leben ist möglich;
3. Vorbereitung (Preparation): Stärken und Schwächen in Bezug auf Recovery erkennen, Beginn der Arbeit an den Fähigkeiten und Fertigkeiten für Recovery;
4. Wiederaufbau (Rebuilding): Aktiver Einsatz für ein positives Selbstbild, Ziele setzen, Kontrolle über das eigene Leben übernehmen;
5. Wachstum (Growth): das Leben voll leben, individuellen Sinn finden, mit der Erkrankung selbstständig umgehen, Resilienz und positiver Selbstwert (Andresen et al, 2006)

Zehn Themen entsprechen jeweils den fünf Phasen und können mit STORI erfasst werden. Eine deutsche Version ist derzeit in einem Projekt der Universität Ulm im Einsatz (Puschner, persönliche Mitteilung). Dies und ähnliche Prozess-Modelle müssen im Zusammenhang mit dem Wissen um die komplexe und non-lineare Natur von Recovery-Prozessen verstanden werden. Jede Person muss ihren individuellen Weg und ihr Timing finden, Krisen sind in allen Phasen möglich und können die unterschiedlichsten Konsequenzen im Prozess haben, z.B. durch Stärkung von Resilienz.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung müssen in ihrer Person voll respektiert werden, und ihre Freiheit zu wählen darf niemals in Frage gestellt werden.

Nach dem Modell der Amerkanischen Vereinigung der Gemeindepsychiater (Sowers, 2005) arbeiten R. Bridler und K. Lötscher aus Zürich am Einsatz eines Fragebogens zur Evaluation der Recovery-Orientierung von Psychiatrischen Institutionen in deutscher Sprache.

## Die Bedeutung von Recovery für die Forschungspolitik

William Anthony hat 2006 nach Jahrzehnten seiner wissenschaftlichen Prominenz als Direktor des Zentrums für psychiatrische Rehabilitation an der Universität von Boston seine persönliche Geschichte und seine Schlüsse daraus in einem Editorial von Psychiatric Services publiziert (Anthony, 2006). Er berichtet von seinen Erfahrungen mit seiner eigenen Erkrankung – Multiple Sklerose – und den Hilfen, die er dabei erfährt. Die ‚MS-Community' beschreibt er als beispielhaft in Bezug darauf, dass Mut und Hoffnung gestärkt werden, wichtige Informationen ständig fließen und ausgetauscht werden, dass die Person mit ihrer Freiheit zu wählen niemals in Frage gestellt wird. Er betont die gleichermaßen wichtige Rolle von professionellen Helfern, anderen Betroffenen und der Pharmaindustrie, die Forschung, Kongresse und Zeitschriften fördert. Sein Wunsch ist, dass die Psychiatrie ähnlich erfolgreich Betroffene von psychiatrischen Erkrankungen unterstützen kann.

Er sieht derzeit nicht, dass sich die Psychiatrie so verhält, dass man sich – wie er das bei MS erlebt – als Person voll respektiert und unterstützt fühlt. Ein wesentliches Hindernis identifiziert Anthony in der Zwangsbehandlung, die das Vertrauensverhältnis zwischen der helfenden Profession und den Betroffenen stört, wie auch das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pharmaindustrie. Auch die Tatsache, dass Information für PatientInnen ‚Psychoedukation' heißen soll, sieht er nicht dazu geeignet, dass man sich positiv bedient und unterstützt fühlt. Die Selbstbestimmung, die bei der MS-Therapie nie in Frage gestellt wird, sieht er als eine wesentliche Grundlage für seine ermutigenden Erfahrungen im Umgang mit seiner Erkrankung. Er hält an der Vision fest, dass das, was bei MS möglich ist, auch für schwere

psychiatrische Erkrankungen möglich sein muss. Aber um diese Vision umzusetzen, sieht er viel Arbeit und Veränderung nötig.

Anthony et al (2003) formulieren diejenigen Anforderungen an die wissenschaftliche Forschung, die evidenz-basierte Hilfen im Zeitalter von Recovery hervorbringen soll. Zusätzlich zu dem wichtigen Kampf darum, dass diejenigen Interventionen, für deren Wirksamkeit es bereits wissenschaftliche Beweise gibt, endlich allen Personen, denen sie helfen könnten, zur Verfügung gestellt werden, geht es darum, die zukünftige Wissenschaft so zu gestalten, dass sie sich an Recovery-Zielen messen kann:

Die zukünftige Wissenschaft muss so gestaltet sein, dass sie sich an Recovery-Zielen messen kann.

*‚Ergebnismessungen sollten sich daran orientieren, was wichtig ist für Recovery und was Patientinnen selbst als wesentliche Ziele vorschlagen.'*

‚Alle Einrichtungen, Interventionen und Unterstützungsangebote müssen sich daran messen lassen, inwieweit sie uns erlauben die Art von Leben zu führen die unseren Wünschen entspricht' (Repper & Perkins, 2003). Es kann nicht nur darum gehen wie viele Spitalstage reduziert werden können. Die Messkennzahlen Symptome, Wiederaufnahmen, Dauer und Kosten von stationären Behandlungen haben nicht unbedingt viel damit zu tun, was für Menschen dabei wichtig ist, um ihre Ziele zu erreichen und Erfolge zu erleben. Die bisherigen Kriterien sind nicht ausreichend. Erfolge in sozialen Rollen, Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Reduktion von Diskriminierung müssen als outcome Variable an Bedeutung gewinnen. Mike Slade (2009) zeigt mit seinen Zweifeln an der Empfehlenswürdigkeit einer Intervention, von der wissenschaftlich erwiesen ist, dass sie Symptome reduziert, aber Abhängigkeit und Hoffnungslosigkeit fördert, was Recovery-Forschung leisten muss, damit das Konzept bestehen bleiben und Veränderungen bewirken kann. Er erhebt klare Forderungen nach der Möglichkeit individualisierte Ergebnisvariablen in randomisierten Designs zu untersuchen.

Erfolge in sozialen Rollen, Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit, Wohlbefinden, Reduktion von Diskriminierung müssen als outcome Variable an Bedeutung gewinnen.

*‚Subjektive Ziele und qualitative Methoden sollten mehr Aufmerksamkeit im Rahmen der Forschung erhalten.'*

Die Forderung nach einer Evidenzbasis, die unterschiedliche Perspektiven integrieren kann, geht Hand in Hand mit der Forderung nach der kompetenten Anwendung und Mischung unterschiedlicher Forschungsmethoden und partizipativen Prozessen zur Erstellung von Richtlinien (Rose et al, 2006). Da Recovery-Wege sehr individuell verlaufen können, haben Forschungen, die sich ausschließlich an Gruppen von Personen und statistischen Zusammenhängen orientieren, nur begrenzten Wert. Um Ergebnisse von Recovery-Prozessen zu messen, müssen Ergebnis-Variablen definiert werden, die auch subjektive, an individuellen Werten und Zielen orientierte Ergebnisse messbar machen. Günstige Voraussetzungen dafür bestehen im Ausbau von Forschungskooperationen zwischen Betroffenen und ForscherInnen bzw. zwischen ForscherInnen mit eigener Erfahrung mit psychischen Störungen und deren Behandlung und solchen ohne diese Erfahrung (Krumm & Becker, 2006; Wallcraft et al, 2009) und den Möglichkeiten Personen mit eigener Erfahrung von Recovery in Planung, Durchführung und Evaluation von Hilfeangeboten einzubeziehen (Sibitz et al, 2008). John Strauss (2008) und George Szmukler (2009) mit seinem Appell zu einer Forschung in Zeiten von Aufklärung und Demokratie sind prominente psychiatrische Forscher, die sich dafür schon lange engagiert Gedanken machen und Modelle entwickeln.

Um zu erforschen was Hilfeangebote tatsächlich förderlich für Recovery macht, muss es möglich werden, nicht nur zu beschreiben, was Einrichtungen und Helferinnen und Helfer tun, sondern auch wie sie es tun.

*‚Die Forschung sollte versuchen, herauszufinden, warum bis heute publizierte Resultate der Versorgungsforschung nur selten positiven Einfluss auf Recovery zeigen konnten.'*

Richard Warner hat eindrucksvoll gezeigt (Warner, 2004), dass Interventionen, deren Wirksamkeit auf Symptome und Spitalstage klar bewiesen ist, keinen wissenschaftlich messbaren Einfluss auf Recovery-Raten haben. Um das zu ändern müssen sich sowohl die Interventionen verbessern als auch die Forschungsmethoden. Wir können uns nicht nur auf randomisierte klinische Studien verlassen, denn es gibt wichtige Forschungsfelder, in denen man komplexere wissenschaftliche Designs anwenden muss.

*‚Die Forschung sollte mehr Untersuchungen zur Beziehung zwischen Helfern und Hilfesuchenden durchführen, da diese Beziehung anscheinend eine wichtige Rolle spielt für Recovery.'*

Es gibt starke Hinweise darauf, dass Beziehungen für Recovery eine große Rolle spielen. Das trifft auch auf therapeutische und andere Hilfebeziehungen zu. Um die therapeutische Beziehung wissenschaftlich zu untersuchen, stehen durchaus Konzepte und Methoden zur Verfügung. Die derzeit beginnende Entwicklung, diese auch für die psychiatrische Arbeit nutzbar zu machen (Priebe & McCabe, 2006) ist vielversprechend und zeigt deutlich, dass diesbezüglich noch viel zu tun ist, um evidenzbasiert vorgehen und evaluieren zu können.

*‚Forschung sollte vermehrt spezifische Komponenten von Behandlungsprogrammen untersuchen, nicht nur das ganze Paket auf einmal.'*

Von einigen psychosozialen Programmen ist schon jetzt bekannt, dass manche Faktoren in ihnen wirksamer sind als andere. Trotzdem werden sie weiterhin als ganzes angeboten und evaluiert. Die wissenschaftliche Arbeit zum ‚Herunterbrechen' von Programmen in einzelne Komponenten und die Forschung zur Identifizierung einzelner Wirkfaktoren oder das Finden von überlegenen Kombinationen ist essentiell, um die Evidenzbasis zu verbreitern.

*‚Forschung sollte Behandlungsmodelle auf ihre Anwendbarkeit und Wirksamkeit unter verschiedenen kulturellen und kontextuellen Bedingungen untersuchen.'*

Auch hat sich gezeigt, dass manche evidenz-basierte Programme nur lokal wirksam sind. In anderen Kulturen oder unter unterschiedlichen Bedingungen – z.B. Stadt/Land – lassen sie sich nicht in gleicher Wirksamkeit reproduzieren. Häufig geht auch aus Studien nicht hervor unter welchen Umständen Interventionen für diverse Subgruppen der Klientel als sinnvoll wahrgenommen werden. Auch hier ist im Sinne eines evidenzbasierten Einsatzes noch viel Forschungsarbeit zu leisten.

*‚Forschung sollte sich auch mit Werten und dem Menschenbild von Hilfsangeboten befassen.'*

Um zu erforschen was Hilfeangebote tatsächlich förderlich für Recovery macht, muss es möglich werden, nicht nur zu beschreiben, was Einrichtungen und Helferinnen und Helfer tun, sondern auch wie sie es tun, also eine Erfassung von Haltungen und Werten, die in therapeutischen Kontakten und Interventionen zum Ausdruck kommen. Offenbar tragen nicht nur spezifische Einzelteile und Arten der Organisation von Hilfseinrichtungen zu ihrer Wirksamkeit bei. Die Werte und das Menschenbild, die einer Einrichtung zugrunde liegen, spielen wahrscheinlich entscheidende Rollen. Diese Werte und ihre Effekte systematisch zu untersuchen ist eine weitere Aufgabe für die wissenschaftliche Forschung.

Zusammenfassend bedeutet das, dass für psychiatrische Hilfen, die sich an Recovery messen können, spezifische und auch experimentelle wissenschaftliche Zugänge nötig sind, um den Kriterien von evidenzbasierter Praxis bestmöglich zu genügen. Ist man in der Lage, die erforderlichen Anstrengungen zu unternehmen und das wissenschaftliche Know-how zu optimieren, passen die Konzepte der evidenzbasierten Medizin und Recovery hervorragend zusammen.

**Literatur**

**Amering M & Schmolke M** (2010) Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. 3. Auflage. Psychiatrie Verlag, Bonn

**Andresen R, Caputi P, Oades L.** (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 40: 972–80

**Anthony W** (2006) Personal accounts: what my MS has taught me about severe mental illnesses. Psychiatric Services 57: 1081-2.

**Anthony W, Rogers ES, Farkas M** (2003) Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. Community Mental Health Journal 39: 101-114.

**Borkin JR, et al.** (2000) Recovery attitudes questionnaire: development and evaluation. Psychiatric Rehabilitation Journal 24: 95–102

**Corrigan PW, Goffort D, Rashid F, Leary M, Okeke I** (1999) Recovery as a psychological construct. Community Mental Health Journal 35: 231-239.

**Jerrell JM, Cousins VC, Roberts KM.** (2006) Psychometrics of the recovery process inventory. Journal of Behavioral Health Services and Research 33/4: 464–73.

**Krumm S, Becker T** (2006) Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiat Prax 33: 59-66

**Priebe S, McCabe** (2006) The therapeutic relationship in psychiatric settings. Acta Psychiatr Scand 113 (Suppl 429): 69-72.

**Repper J, Perkins R** (2003) Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. Elseiver Health Sciences, London

**Rose D, Thornicroft G, Slade M** (2006) Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health. Acta Psychiatr Scand 113 (Suppl 429) 109-114.

**Sibitz I, Swoboda H, Schrank B, Priebe S, Amering M** (2008) Einbezug von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. Psychiatr Prax 35: 128-134

**Slade M** (2009) Personal recovery and mental illness, Cambridge: Cambridge University Press.

**Sowers W/** Quality Management Committee of the American Association of Community Psychiatrists (2005) Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists guidelines for recovery oriented services. Community Ment Health J 41(6): 757-74.

**Strauss JS** (2008) Prognosis in schizophrenia and the role of subjectivity. Schizophr Bull. 34(2):201-3

**Szmukler G** (2009) Foreword. In: Wallcraft J, Schrank B, Amering M (2009) Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. London: Wiley-Blackwell. pp ix-x

**Wallcraft J, Schrank B, Amering M** (2009) Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research. London: Wiley-Blackwell.

**Warner R** (2004) Recovery from schizophrenia. psychiatry and political economy. 3rd edition. Brunner-Routledge, New York.

**Weiterführende Links**

www.eufami.org

www.mentalhealthrecovery.com

www.power2u.org

**Kontakt**

michaela.amering@meduniwien.ac.at

# Wirkungsorientierte Steuerung der Leistungen

## Ein neuer Weg, um Teilhabe zu erreichen?

Von Petra Gromann

Teilhabe ist eigentlich schon seit dem SGB IX von 2001, spätestens aber mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention von 2009 als gesellschaftlicher Auftrag an die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe und Gemeindepsychiatrie zu verstehen.

Eine Steuerungswirkung der durchaus achtbaren Summe der Ausgaben von ca. 12,5 Mrd. Euro für Eingliederungshilfe[1] in Richtung Teilhabe lässt sich beim besten Willen nicht behaupten. Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen findet nur selten im üblichen gesellschaftlichen Leben statt – das Leben in Sonderwelten der Behindertenhilfe ist insbesondere für Menschen mit umfassenden Beeinträchtigungen noch immer weithin ohne Alternative.

Wirkungsorientierte Steuerung – vom Deutschen Verein wie der Arbeits- und Sozialministerkonferenz gefordert – gilt als Option zur Umsteuerung des Systems in Richtung Teilhabe: Finanzierung soll an eine Wirkung auf die Fortschritte von personaler und sozialräumlicher Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen gebunden werden.

Bevor wir uns dieser Steuerungsfunktion zuwenden, sollte zunächst geklärt werden, was unter „Wirkung“ zu verstehen ist. Wenn die beabsichtigte Wirkung „mehr Teilhabe“ erforscht werden soll, muss ich klären, was unter dieser beabsichtigten Wirkung zu verstehen ist. Ähnlich wie bei der Diskussion um Lebensqualität sind hier subjektive, nutzerbezogene, individuell bestimmte Dimensionen der Teilhabe (Zufriedenheit, individuelle Ziele) mit objektiven, systembezogenen und gesellschaftlich bestimmten Dimensionen (soziale Nachhaltigkeit, inklusive Sozialräume) in einem Konstrukt zu vereinen. All dies konfrontiert uns dann noch mit Fragen der Bewertung und Fragen zu Indikatoren, die Kosten-Nutzen-Analysen möglich machen. Weil all dies ganz offensichtlich zu komplexen Modellen führen muss, werden Wirkungsforschungsstrategien erforderlich. So ganz neu sind diese Fragen jedoch nicht – im Kontext der (Gemeinde-) Psychiatrie gibt es Traditionen der Wirkungsforschung, die nicht nur auf einzelne Behandlungsfaktoren zielen (wenngleich das Gros der finanzierten Forschungsstrategien beispielsweise weiter spezifische medikamentöse Behandlungsstrategien zu einer bestimmten psychiatrischen Diagnose beforscht). Grob gefasst ließen sich diese komplexeren Forschungsstrategien als eine Tradition der Versorgungsforschung beschreiben. Mit Versorgungsforschungsstrategien werden komplexe Wirkungszusammenhänge psychiatrischer Begleitung, Rehabilitation und Behandlung mit Hilfe von „externen“ Zielanzeigern (etwa die Verringerung der Krankenhausbehandlungstage als Maß für das Gelingen von komplexen Rehabilitations- oder Begleitungsangeboten) erforscht.

Im Kontext der Jugendhilfe hat dies ebenfalls begonnen – hier werden externe Prozessanzeiger (etwa „Wieviel Prozent der Maßnahmen werden regulär (d.h. ohne Abbruch) beendet?“ oder „Ist die nachfolgende Hilfeform weniger intensiv?“) erfolgreich genutzt, um die Wirkung von Jugendhilfemaßnahmen einzuschätzen. Im Kontext der geforderten einheitlichen Teilhabeplanung im Bereich der Hilfen für Menschen mit Beeinträchtigungen könnte „Zielerreichung von subjektiven Zielen der Teilhabeplanung“ als ein solcher Anzeiger für Partizipation genutzt werden.

Ein solcher „externer“ Anzeiger kann aber nur ein Teil eines komplexen Wirkungsmodells der Teilhabe sein, es muss auch deutlich sein, was er bedeutet. Zielerreichung bei individuellen Zielen zeigt die „Passung“ der Hilfen zur Teilhabe an (anders ausgedrückt die „Compliance“ der Leistungserbringer und Antragsteller oder pädagogisch formuliert „Anzeiger für gelingende Dialoge in Begleitungsbeziehungen“). Dies bedeutet, dass dieser externe Anzeiger (Kennzahl) für zwei Monitoring-Prozesse Bedeutung hat:

- im Einzelfall, um im Rahmen kontinuierlicher Verbesserungsprozesse der individuellen Leistungen Bewertungen möglich zu machen, die zu passgenaueren und erfolgreicheren Hilfe- oder Begleitungsstrategien führen und
- in einem regionalen, die Tätigkeit der einzelnen Leistungserbringer übergreifenden Kontext. Genau wie bei dem Indikator psychiatrischer Versorgungsforschung „Senkung der durchschnittlichen Krankenhausbehandlungstage“ gibt es bei Anwendung klassischer Wirkungsforschung nur auf einzelne Leistungserbringungsbausteine erhebliche Qualitäts- und Risikoverlagerungsfolgen: die „schnelle“ Entlassung in ungeklärte häusliche Situationen oder die Nichtaufnahme von Klienten mit „schlechten“ Risiken sind Folge der Bewertung im Kontext einzelner Leistungserbringer. Sinnvoll sind folglich diese externen Kennzahlen nur im Rahmen eines regionalen Kontextes aller Leistungserbringer anzuwenden.

Für den Rahmen der Eingliederungshilfe ist weiterhin zu diskutieren, ob „beabsichtigte“ Wirkungen von Einzelleistungen im Kontext der Rehabi-

**Petra Gromann**
Diplom-Soziologin und Professorin für Rehabilitation. Sie ist Studiengangsleiterin für den B.A. Soziale Arbeit online und den M.A. Soziale Arbeit Gemeindepsychiatrie.

litation Chancen für Steuerung bieten. Dies wäre zum einen die Strategie, den Kompetenzzuwachs oder Symptomverbesserungen von Klienten in den Mittelpunkt der Wirkungseinschätzung zu setzen. Dies entspricht den Strategien von Leistungserbringern und Leistungsträgern im Kontext medizinischer Rehabilitation, bei der die Qualität der eigenen Leistungen am Grad der erreichten durchschnittlichen Funktions- oder Symptomverbesserung auf Seiten der Rehabilitanden eingeschätzt werden kann. Da die Komplexität im Einzelfall nicht abgebildet werden kann, wird hier ein „Core Set" krankheits- bzw. behandlungsspezifischer Funktionsanzeiger (neu: ICF-basiert) gebildet, mit dem für alle Klienten zu verschiedenen Zeitpunkten eine Einschätzung vorgenommen wird. Anzeiger für Wirkung ist dann eine zu vereinbarende durchschnittliche Verbesserung in diesen Indikatoren über die Gesamtheit von Klienten hinweg. Diese Strategie ist in zeitlich begrenzten und auf Behandlung bzw. funktionelle Rehabilitation ausgerichteten Kontexten sicher erfolgversprechend, um die Qualität eines einzelnen Leistungserbringers zu bewerten (wenn dabei sichergestellt ist, dass keine „Abweisung" von „schlechten Risiken" erfolgt). Aussagen zur Teilhabe und zur Nachhaltigkeit von Leistungserbringung lassen sich damit jedoch nicht gewinnen.

Der Erfolg einer beruflichen Rehabilitation entscheidet sich darin, ob die Grundarbeitsfähigkeiten im Kontext des Lebens nach der Maßnahme auch in Aktivitäten an einem Arbeitsplatz umgesetzt werden können.

Zu dieser bewertenden Aussage gibt es Belege: so ist die Deutsche Rentenversicherung in großem Umfang bemüht, mit dieser Strategie Qualität zu bewerten[2]. Das große Problem bei dieser Strategie ist jedoch der Transfer von im Rahmen einer Maßnahme erreichten Verbesserungen: der Erfolg einer beruflichen Rehabilitation entscheidet sich nicht am Ausmaß der zu Maßnahmeende verbesserten Grundarbeitsfähigkeiten, sondern darin, ob diese im Kontext des Lebens nach der Maßnahme auch in Aktivitäten an einem (fremden, neuen) Arbeitsplatz und in der Partizipation / Teilhabe am ersten Arbeitsmarkt umgesetzt werden können. Die Schlussfolgerung für die Eingliederungshilfe, dass isoliert angebots- bzw. maßnahmeorientierte Wirkungsindikatoren nur sehr begrenzt Aussagen für die Wirkung in Richtung Teilhabe zulassen liegt auf der Hand.

Indirekt ließe sich dieser Effekt zu Kennzahlen fassen, wenn die Wirkung der Abhängigkeit vom Setting der Leistungserbringung als gegeben angenommen wird. Dies führt dann dazu, den „Ambulantisierungsgrad" und darüber den Teilhabegrad von Leistungssystemen als regionale Kennzahl zu entwickeln, was durchaus schon jetzt möglich ist. Teilhabewirkung ließe sich so am Ausmaß nicht institutionalisierter Hilfen bemessen, etwa der Verringerung stationärer Versorgungsangebote.

Neu in diesem Zusammenhang ist das Konzept der „capabilities". Der Jugendhilfe haben wir zu verdanken, dass dieses Konzept, das aus der Philosophie der Beteiligungsgerechtigkeit von Amartya Sen abgeleitet ist, Eingang in die Diskussion um Wirkungsforschung gefunden hat. Umgangsprachlich formuliert macht dieses Konzept deutlich, dass es nicht auf einzelne Funktionsverbesserungen ankommt, sondern wesentlich auf die Förderung von „Befähigungsgerechtigkeit", d.h. eine Stärkung der Fähigkeiten mit Anderen oder für Andere zu leben, eine Stärkung der Selbstachtung, der Beteiligung an Planungs- und Entscheidungsprozessen im Kontext von Hilfen, die Schaffung von Voraussetzungen für Partizipation und Teilhabe. „Capabilities" (Befähigungen) entsprechen dem Empowerment-Konzept und sind mit „Schlüsselqualifikationen" zu vergleichen, die Betroffene selbst in die Lage versetzen, individuelle und gesellschaftliche Teilhabe zu erreichen. Wirkungsorientierung von Eingliederungshilfemaßnahmen wäre dann an der erreichten Teilhabe auszurichten.

Wirkungsorientierung funktioniert nur, wenn ein Konsens der Akteure über die zu erreichenden Ziele und deren Bewertung erreicht wird.

Zwischenzeitlich gibt es daher durchaus Versuche, Wirkfaktoren von Unterstützungsleistungen zu identifizieren, die unabhängig von Angebotsstrukturen sind. Diese wären zum Beispiel

- Kontinuität der Bezugspersonen, Bedeutung des Prozesses der Begleitung und der Qualität der Unterstützungsbeziehung (z.B. Melchinger[3]),
- Qualifizierte Durchführung von Hilfeplanung im Dialog (z.B. Loeber[4])
- Passgenauigkeit von Hilfen, Übereinstimmung von Zielen und Erwartungen (z.B. Bär et al., Kiresuk et al.[5])
- Frühzeitiger Beginn von Hilfen (z.B. Galvao et al.[6])
- Einbeziehen des Umfeldes (z.B. Sanderson[7]).

Diese Wirkfaktoren sind (bis auf den frühzeitigen Beginn von Hilfen) aus dem Zusammentragen von Daten aus entsprechend qualifizierten Hilfeplan– bzw. Teilhabeplaninstrumenten zu erheben.

Bevor wir hier aber weiter zur Modellentwicklung kommen, möchte ich noch deutlich machen, dass der Bezug zu weiteren erprobten Strategien zur Messung von Wirkungen noch bedeutungsvoll wäre, allerdings leider den Umfang des Artikels sprengen würde. Die Strategien und Erhebungen zur Nutzerzufriedenheit (im Kontext von Qualitätsmanagement auch als Kundenzufriedenheit oder Ergebnisqualität gefasst), die unterschiedlichen Lebensqualität-Erhebungsinstrumente (ein Beispiel wäre der weltweit standardisierte WHQQQ[8]) wie auch die Ansätze der Sozialen Nachhaltigkeit[9] werden in der Argumentation daher jetzt nicht weiterverfolgt. Von Bedeutung wären ebenfalls die Kosten-Nutzenanalysen – etwa regional vergleichende Aufwands- und Ertragsrechnungen (Benchmarking-Ansatz) wie auch Konzepte des Social Return on Investment (SROI).

Festzuhalten bleibt, dass im Hinblick auf all diese Ansätze etwas Gemeinsames bleibt: Wirkungsorientierung funktioniert offensichtlich nur, wenn ein Konsens der Akteure über die zu erreichenden Ziele und deren Bewertung erreicht wird. Diese Aussage wird von den bisherigen deutschen Studien zur Wirkungsorientierung bestätigt: die WISTA-Studie zur Altenhilfe[10], das DFG-Projekt zur Wirkung sozialpädagogischer Familienhilfe[11] und das Projekt des ISA zur wirkungsorientierten Steuerung in der Jugendhilfe[12] bekräftigen diese Aussage.

Die Konzeptionierung des Prozesses der Steuerung hat folglich Auswirkungen auf die Umsetzung von Wirkungsorientierung. Wirkungsorientierte Steuerung ist offensichtlich nicht nur auf das alte Konzept „Alles hört auf mein Kommando“ oder auf gesetzte oder wissenschaftlich generierte Kennzahlen zu reduzieren. Die Dienstleistungsprozesse der Eingliederungshilfe müssen regional (es existieren regional extrem unterschiedliche Verhältnisse der Erbringung) unter Orientierung an zumindest landeseinheitlichen Standards gesteuert werden – anders lassen sich die Gebote der sozialräumlichen Orientierung und Partizipation nicht umsetzen. Der Steuerungsprozess umfasst nicht nur die ökonomischen, sondern auch andere sachrationale und psychosoziale Ziele (wie z.B. Qualität), er kommt über die Zusammenschau von Einzelfällen zu einer Veränderung der Leistungserbringungsstrukturen.

Das magische Fünfeck der wirkungsorientierten Steuerung: Kosten, persönliche Netzwerke, Leistungen, kommunaler Kontext, Qualität der Begleitung.

Wirkungsorientierte Steuerung muss folglich in einem „Magischen Fünfeck“ agieren und Zielkonflikte ausbalancieren:

- Leistungsträgerübergreifende flexible Finanzierungsformen beziehen sich auf den regionalen Erbringungskontext und zielen auf transparente ökonomische Kosten (Minimumprinzip).
- Die Prozesse der Begleitung und die Qualität der Passung professioneller Hilfen zielen auf das soziale Minimumprinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.
- Der Aufbau personenbezogener Netzwerke und die nachhaltige Kompetenzentwicklung zielen auf Capabilities und Partizipation.
- Sozialräumliche Netzwerke und die kommunale Inklusion zielen auf die Orte von Teilhabe und Teilgabe.
- Leistungserbringer sind zunehmend mehr in der Lage, flexible, zielorientierte und personenbezogene Teilhabeleistungen für alle Menschen einer Region zu erbringen.

Durch die regionale Bewertung der fünf Zielgrößen aus den zusammengefassten Teilhabeplanungsverfahren lassen sich Bewertungssysteme aller Akteure entwickeln.

Der Garant für diese Prozesse sind die Leistungsträger der Eingliederungshilfe. Ihre soziale Verantwortung kann sich nicht nur auf Einzelfallsteuerung beziehen – diese ist angesichts der Ressourcen der Eingliederungshilfeträger zur direkten Begleitung und Entwicklung von Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich begrenzt. Die Moderation von örtlichen Teilhabekonferenzen, in denen die Interessengegensätze der Akteure (Leistungsträger, Leistungserbringer, Selbstvertretung und Selbsthilfe, Kommune, soziale Netzwerke und private Unterstützer) verhandelt werden, schafft die Grundlage dafür. Die Nutzung von Wirkungsindikatoren bedarf der gemeinsamen Interpretation aller beteiligten Interessengruppen.

Die Zuständigkeit aus einer Hand für ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen setzt integrierte Bedarfsfeststellungsverfahren und damit auch eine gemeinsame Sprache voraus. Durch die regionale Bewertung der fünf oben entwickelten Zielgrößen (Kosten, Aufbau persönlicher Netzwerke, individuelle und flexible Leistungen, Teilhabe und Teilgabe im kommunalen Kontext, Qualität der professionellen Begleitung) aus den zusammengefassten Teilhabeplanungsverfahren lassen sich Bewertungssysteme aller Akteure entwickeln.

Die Übernahme von Verantwortung für die systematische Verknüpfung von individueller Teilhabeplanung, Finanzierung personenbezogener Leistungen, regionaler Planung einschließlich der Veränderung von Angebotsstrukturen hin zur sozialräumlichen Verankerung und Förderung bürgerschaftlicher Hilfen setzt Leistungserbringer und Leistungsträger voraus, die verstehen, dass wirkungsorientierte Steuerung nur über eine Verständigung auf gemeinsame Ziele von Teilhabe und auf dieser Grundlage dann durch einen komplexen Prozess der Umsteuerung erfolgen kann.

**Anmerkungen**


**1 Statistisches Bundesamt:** Sozialleistungen. Ausgaben und Einnahmen der Sozialhilfe 2008, Wiesbaden 2010

**2 Widera, T./Klosterhuis, H.** (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha – Qualitätssicherung der Rentenversicherung in: Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) RV Aktuell Heft 6/2007

**3 http://www.lfbpn.de/**docs/Veroeffentlichungen/C%20Integrierte%20Versorgung/C2.pdf

**4 Loeber S., Mann K.**: Entwicklung einer evidenzbasierten Psychotherapie bei Alkoholismus-eine Übersicht. In: Nervenarzt 2006 S. 558- 566

**5 Bär,T., Nerlich, C., Follak T., Steinhart I.** (2010) Wirkungsorientierung – auf der Suche nach geeigneten Methoden. **In: Sozialpsy**chiatrische Informationen 2010, S. 25- 31; **Kiresuk T.J., Sherman R.E** (1968): Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs: Community Mental Health Journal 4 (6 ) 443-453

**6 Galvao, A, Watzke, S, Brieger, P. und Hühne M.** : Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen: Ergebnisse einer kontrollierten Studie , Bonn 2007

**7 Sanderson, H.** : Impact of Person centred Planning, 2010 http://www.helensanderson-associates.co.uk/media/25603/the_impact_of_person_centred_planning_final_report.pdf

**8 Siehe dazu http://www.unifr.ch/**ztd/HTS/inftest/WEB-Informationssystem/de/4de001/5547320299d511d4b5280000b4909ce2/hb.htm

**9 Beckenbach, F, Hampicke U. und Leipert Ch.** (2007) : Jahrbuch Ökologische Ökonomik 5: Soziale Nachhaltigkeit. Berlin

**10 Kreuz, D., Wenng, S.** (2003): Wirkungsorientierte Steuerung sozialer Dienstleistungen in der Altenhilfe. München

**11 Beckmann,Ch, Otto H.U., Schaarschuch A, Schrödter M.**: Qualität und Wirkung in der sozialpädagogischen Familienhilfe. http://www.dlq-online.de/document/Ergebnisbericht_DFG-Projekt_DLQ.pdf

**12 Siehe dazu http://www.wirkungsorientierte-jugendhilfe.de/**

# Wer Teilhabe will, muss Normen akzeptieren und kritisch reflektieren

Von Margret Osterfeld

Spätestens seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) vor drei Jahren sind die Schlagwörter Inklusion und Teilhabe in aller Munde. Die Normakzeptanz ist uns allen vertraut, wir akzeptieren Regeln, egal ob wir Doppelkopf spielen oder ob es um große gesellschaftspolitische Debatten wie Bahnhofsneubauten oder die Hilfe und den Schutz für kranke und schwache Menschen geht.

Gut, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oder mit seelischen Behinderungen durchaus die gesetzlichen Normen hinterfragen, denn die Psychiatrie hat in unserer Gesellschaft eine heikle Sonderrolle. Staatliche Hoheitsrechte wurden an sie delegiert, sie darf Menschen ihrer Freiheit berauben, sie ohne wohlinformierte Zustimmung mit Medikamenten behandeln und zu anderen oft quälenden Maßnahmen greifen, nur weil sie dies für therapeutisch sinnvoll hält.

Es ist bekannt, dass dieses Recht auf Zwangsanwendung in verschiedenen Regionen der Republik ganz unterschiedlich genutzt wird. In NRW trat Karl Josef Laumann sein Amt als Gesundheitsminister mit dem Versprechen an, die Zahl der Zwangseinweisungen zu reduzieren. Doch bis zum Ende seiner Amtszeit 2010 stiegen die Zwangseinweisungen weiter – auch die UN-BRK änderte nichts an der Praxis. Es bleibt die Hoffnung, dass die neue Gesundheitsministerin Barbara Steffens sich beherzter des Themas in NRW annimmt.

Mich selbst beschämt, dass die UN-BRK in psychiatrischen Fachzeitschriften und bei großen psychiatrischen Klinikträgern in NRW kaum ein Anlass war, die eigene Praxis selbstkritisch zu überprüfen. Als Mitglied der staatlichen Besuchskommission in NRW, die einmal im Jahr diejenigen Kliniken überprüft, die zwangseingewiesene Patienten behandeln, musste ich auch im Jahr 2011 wiederholt erleben, dass das PsychKG instrumentalisiert wurde, wenn eine Patientin mit den Medikationswünschen der Psychiater nicht einverstanden war, auch wenn von einer akuten Gefährdung überhaupt keine Rede sein konnte. Noch immer und allzu oft werden die übertragenen Hoheitsrechte genutzt, um einseitig, ohne Teilhabe der Betroffenen und ohne ihre wohlinformierte Zustimmung, die medikamentöse Behandlung in den Vordergrund zu rücken. Die staatlich übertragene Verantwortung wird so rasch zu einem Machtmittel, das die Hilflosigkeit der Profis überdeckt und die ökonomischen Umsätze der Klinikträger sichert, und so für die Betroffenen kaum zu hilfreichen Erfahrungen führt. Die Gesetzespraxis entfernt sich von der Norm, die der Gesetzgeber mit seinem Schutzgesetz schaffen wollte.

Das Recht auf Zwangsanwendung wird in verschiedenen Regionen Deutschlands ganz unterschiedlich genutzt.

Die Psychiatrie ergreift die Vernunfthoheit und zeigt leider nur geringe Bereitschaft, ihr Alltagstun zu reflektieren.

Doch das Jahr 2011 brachte starke Schützenhilfe für die Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Mit zwei richtungsweisenden Urteilen (2 BvR 882/09 vom 23. 3. 2011 und 2 BvR 633/11 vom 12. 10. 2011) hat das Bundesverfassungsgericht den rechtlichen Rahmen für psychiatrische Zwangsbehandlungen detailliert umrissen und erneut präzisiert. Durchaus räumte das oberste Gericht ein, dass der Gesetzgeber berechtigt ist, „ ...unter engen Voraussetzungen Behandlungsmaßnahmen gegen den natürlichen Willen des Grundrechtsträgers ausnahmsweise zu ermöglichen, wenn dieser zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist.“ Doch es kam zu dem Urteil, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen im baden-württembergischen Unterbringungsrecht nicht hinreichend klar definiert sind. Nichtig und verfassungswidrig ist § 8 Abs. 2 Satz 2 UBG BW. So gibt es in Baden-Württemberg aktuell keine rechtliche Grundlage mehr für eine Zwangsbehandlung und das zuständige Ministerium hat umgehend alle Kliniken, die Patienten nach dem UBG BW behandeln, von der neuen Rechtslage informiert.

Die neue Landesregierung in Baden-Württemberg hat nun die Aufgabe, einen sowohl verfassungskonformen als auch den Vorgaben der UN-BRK entsprechenden Gesetzesrahmen für Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie zu gestalten. Sie nimmt diese Aufgabe an, wie Sie im Kasten lesen können. Doch wird die Debatte auch auf die psychiatrischen Kliniken der anderen Bundesländer übergreifen? Die Rechtsvorschriften müssen sich überall an der UN-BRK messen lassen, und Menschen mit psychiatrischen Diagnosen haben überall ein Recht auf gleiche Normvorgaben, deren Einhaltung engmaschig und unabhängig auch mit Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen überprüft wird, egal in welchem Bundesland sie leben. Doch nach meiner Erfahrung in NRW lassen sich etliche Kliniken nur ungern in die Karten schauen, wenn es um ihren praktischen Umgang mit dem Thema Zwang geht.

Margret Osterfeld
Fachärztin für Psychiatrie, PtA und Psychotherapeutin, Psychiatrieerfahrene, Landschaftsverband Westfalen-Lippe. Dortmund.
Email: margarete.osterfeld@wkp-lwl.org

Vor dem Hintergrund meiner psychiatrischen Tätigkeit bin ich der Überzeugung, dass es eine Psychiatrie ganz ohne Zwangsmaßnahmen genauso wenig geben kann, wie eine Unfallchirurgie ohne blutige Wunden oder eine Gesellschaft ohne Schmerz und Gewalt. Die Lebens- und Entwicklungsqualität einer Gesellschaft und der in ihr lebenden Menschen lässt sich daran messen, wie sie mit den Ausnahmesituationen des Lebens umgeht, wie die Einzelnen akzeptiert werden, die andere Lebensmodelle verfolgen, als die der Durchschnittsnormalität, aber auch wie sie denen Hilfe und Assistenz bietet, die den Anforderungen der Normalität zeitweise nicht gewachsen sind und darunter leiden.

Eine Psychiatrie ganz ohne Zwangsmaßnahmen kann es genauso wenig geben wie eine Unfallchirurgie ohne blutige Wunden oder eine Gesellschaft ohne Schmerz und Gewalt.

Zweifellos können Psychopharmaka hilfreich sein in krisenhaften Lebenssituationen, wenn das eigene Realitätserleben nicht mehr in Übereinstimmung ist mit dem Erleben der umgebenden Menschen, sie können akute Symptome lindern, doch sie allein heilen keine Krankheit, sie können mehr Probleme schaffen als sie lösen, wenn sie einem Menschen aufgenötigt werden. „Psychopharmaka sind zudem auf die Veränderung seelischer Abläufe gerichtet. Ihre Verabreichung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen berührt daher, auch unabhängig davon, ob sie mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, in besonderem Maße den Kern der Persönlichkeit“ stellt das Verfassungsgericht dazu fest. An späterer Stelle heißt es: „ .... muss der Zwangsbehandlung, soweit der Betroffene gesprächsfähig ist, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks (s. B.I.2.) unternommene Versuch vorausgegangen sein, seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen“

Die Normvorgaben des Verfassungsgerichtes sind bindend für alle psychiatrisch Tätigen in allen Bundesländern und sie dienen dem Schutz der Schwächeren, der Nutzer und Kunden des psychiatrischen Systems. Wenn psychiatrische Kliniken nicht als entwürdigende Macht angesehen werden wollen, deren Vernunfthoheit über den Wünschen und dem Willen der Patienten steht, dann ist es unbedingt notwendig, die aktuellen Urteile und ihre Bedeutung für die lokale Praxis in jeder Einrichtung zu diskutieren. Jeder Assistenzarzt sollte im Rahmen der Weiterbildung von seinen Vorgesetzten mit dieser Rechtssprechung konfrontiert werden und in jedem Qualitätsbericht sollten die Kriterien und die Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen breiten Raum einnehmen.

Der Mantel des Schweigens, den die Ordnungsmacht Psychiatrie gern über die Gewalt in ihrem eigenen Tun legt, sichert nur den Status quo und will Veränderungen, die durch die Ratifizierung der UN-BRK in Deutschland unabdingbar geworden sind, verhindern. Wenn solche Veränderungen nur durch die Beschreitung eines langwierigen Rechtsweges durch diejenigen möglich ist, die sich den psychiatrischen Normvorgaben widersetzen, dann ist dies ein Armutszeugnis für die deutsche Psychiatrie.

# Gesetzesänderung: Die Rechte von psychisch kranken Menschen stärken

Von Manfred Lucha

Das Verfassungsgericht hat in diesem Jahr zweimal gesprochen. Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehende Maßnahmen werden als teilweise verfassungswidrig definiert. Dies ruft nach einer Gesetzesänderung. Die Behindertenrechtskonvention (BRK), der Europäische Gerichtshof (EuGH), der Bundesgerichtshof (BGH) und das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) haben die Selbstbestimmungs- und Freiheitsrechte von Kranken und behinderten Menschen deutlich gestärkt. Zu Recht und nicht zu früh. Ein modernes Psychisch-Krankenhilfe -Gesetz (PsychKG), das wir als Koalition zügig umsetzen werden, wird dem hohen Gut der Selbstbestimmung und der Bürgerrechte Rechnung tragen. Den § 8 Unterbringungsgesetz (UBG) ändern wir schon vorher. Freiheitsrechte bedürfen jedoch ebenso starker Schutzrechte. Schutz in Form zugestandener gesellschaftlicher Toleranz und dem Anerkennen, dass ein individuelles Leben mit Krankheit und Behinderung als Lebensentwurf begriffen wird. Die Gretchenfrage: Geht es ohne Zwang, ohne Eingriff, ohne angeordnete Unterbringung und ihrem Vollzug. Eine Grundklärung ist hier unerlässlich. Wann und wie ist Zwang zulässig? Wer entscheidet und auf welcher Grundlage wird er durchgesetzt? Psychische Erkrankungen können den Betroffenen in hohem Maße schwere Leiden zufügen und die Selbstbestimmung einschränken. Es gilt Bleulers Satz von der Störung des Denkens, Fühlens und Handelns. Es gibt Situationen der Eigen- und Fremdgefährdung. Und hier muss die Politik ansetzen. Personal statt Handschellen, Ansprechpartner statt „Niederspritzen“ und Ruhigstellen. Spannungsabbau weich ermöglichen. Um dies umzusetzen benötigen wir viel mehr Personal und mehr präventive Angebote; Wohnen, Arbeit, Krisendienste, Notfallpensionen, Tageszentren, Zugang zu Beratung, Betreuung und Behandlung. Im Gesetz verbrieft garantiert zum Leben in der Gemeinde, mit und ohne Beeinträchtigung.

Manfred Lucha
Dipl.-Sozialarbeiter, Master in Management im Sozial- und Gesundheitswesen, stellvertretender Bundesvorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbünde e.V

# Recovery in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum

## Eine ansteckende Idee

Von Sonja Schaffer und Ellen Walz

Angeregt von einer gemeinsamen Weiterbildung entwickelten die Autorinnen im Gemeindepsychiatrischen Zentrum Stuttgart-Ost ein Projekt für Kollegen und Klienten zum Thema Recovery. Über den Zeitraum eines halben Jahres gab es verschiedene Angebote und Veranstaltungen zum Kennenlernen und Nachdenken. Für Betroffene, aber auch für in der Psychiatrie-Tätige bedeutet Recovery eine intensive Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen und Lebensentwürfen. Welche Konsequenzen dies für die professionelle Arbeit haben kann, stellen die Autorinnen in diesem Artikel vor.

Sonja Schaffer
Sozialpädagogin und Mitarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Stuttgart-Ost, Mail: s.schaffer@klinikum-stuttgart.de

Ellen Walz
Sozialpädagogin und Mitarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Wohnverbund des Gemeindepsychiatrischen Zentrums Stuttgart-Ost, Mail: e.walz@klinikum-stuttgart.de

Der Recovery-Ansatz hat in den letzten Jahren in der Psychiatrie zunehmend Beachtung gefunden. Er kommt aus den USA und bedeutet wörtlich Gesundung, Genesung, Heilung, Rettung, Besserung, Erholung und Rückgewinnung.

Ein zentrales Element des Recovery-Ansatzes ist, dass er die gängigen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in Frage stellt. Meistens gehen wir davon aus, dass es sich dabei um Gegensätze handelt. Das klassische gegensätzliche Denken stellt die Begriffe einander gegenüber. Dementsprechend lautet die seit 1947 unveränderte Definition von Gesundheit der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen psychischen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen." Vor diesem Hintergrund ist vermutlich niemand von uns wirklich gesund. Unter dem Blickwinkel von Recovery wird Gesundheit im Rahmen eines Schweizer Forschungsprojekts 2005 wie folgt definiert: „Gesundheit ist nicht ein Leben ohne psychische Probleme und Krankheiten, sondern vielmehr, dass Menschen damit möglichst gut umgehen und leben können." (Andreas Knuf, Kerbe 1/2008, http://www.beratung-und-fortbildung.de/Recovery-Kerbe.pdf). Jemand ist also nicht nur krank, weil er bestimmte Symptome hat, sondern wenn ihm aktuell die Fähigkeit fehlt, mit diesen Symptomen so umzugehen, dass er sein Leben auf möglichst zufriedene Art weiterleben kann. Recovery erweitert den Begriff Gesundheit um den Aspekt des Umgangs mit der Erkrankung.

Recovery von Menschen mit (teils schweren) psychischen Erkrankungen wird als eine Entwicklung gesehen. Es ist ein ganz persönlicher Prozess der Veränderung von Verhalten, Werten, Gefühlen, Zielen, Fähigkeiten und Rollen. Er ermöglicht es, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, trotz der Einschränkungen durch die Erkrankung. William Anthony, der lange Zeit Recoveryprozesse erforscht hat, schreibt 1993 folgendes: „Recovery zielt nicht auf ein Endprodukt oder ein Resultat. Es bedeutet nicht, dass man „geheilt" oder einfach stabil ist. Recovery beinhaltet Wandlung des Selbst, bei der einerseits die eigenen Grenzen akzeptiert werden und andererseits eine ganze Welt voller Möglichkeiten entdeckt wird." Das Recovery-Modell ist Ende der 80er Jahre in den USA entstanden. Menschen mit der Diagnose „chronisch psychisch krank" und damit oftmals gleichgestellt mit „unheilbar krank" wollten sich mit dieser Aussichtslosigkeit ihres Leben nicht abfinden. Immer wieder gelang es einigen von ihnen, entgegen der Prognose der Fachleute, ihre verzweifelte Situation hinter sich zu lassen, wieder in ein Leben zurückzukehren, das Glück, Zuversicht, Sinn und eine Aufgabe oder berufliche Erfüllung beinhaltet. Recovery ist daher kein Behandlungsansatz der Kliniken, sondern eine Bewegung von Betroffenen unterstützt durch reformorientierte Fachleute in der Sozialpsychiatrie. In Deutschland ist das Modell erst in den letzten Jahren in der ambulanten Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bekannt geworden.

### Botschaften von Recovery

Ausgehend von der geschichtlichen Entwicklung, aber auch von der oben genannten Definition von Gesundheit erschließen sich die wesentlichen Botschaften von Recovery:

1. Recovery ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich.
2. Jeder Gesundungsweg ist anders.
3. Krankheit und Gesundung verändern den Menschen.

4. Ohne Hoffnung geht es nicht.
5. Recovery ist mit, ohne oder trotz professioneller Hilfe möglich.

Im Rahmen dieses Prozesses der Genesung durchlaufen Betroffene unterschiedliche Phasen, von der anfänglichen Verzweiflung über ihre Lebenssituation, in die sich die Hoffnung auf Veränderung einnistet über die gedankliche Auseinandersetzung und das entstehende Gefühl, dass eine Veränderung der Lebenssituation möglich sein kann bis hin zu der Überzeugung und dem aktiven Bemühen, ein aktives und zufriedenes Leben führen zu können. Recovery zu leben bedeutet die Auseinandersetzung mit dem ursprünglich erträumten oder erhofften Leben, das aufgrund der Erkrankung und der aktuellen Lebenssituation so nicht mehr gelebt werden kann. Es bedeutet Trauerarbeit, los lassen können und das Entwickeln neuer angepasster Perspektiven. Es bedeutet, sich mit den Stigmata und Tabus der Gesellschaft, aber auch den eigenen Stigmatisierungstendenzen aufgrund der Diagnose auseinanderzusetzen. Und es beinhaltet die Suche nach einer inneren Spiritualität, nach einer neuen Sinnhaftigkeit und die Überwindung der sozialen Isolation. Letztlich bedeutet es, die Selbstbestimmung und Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen.

Recovery zu leben bedeutet die Auseinandersetzung mit dem ursprünglich erträumten oder erhofften Leben, das aufgrund der Erkrankung und der aktuellen Lebenssituation so nicht mehr gelebt werden kann.

## Idee und Konzept

Während unserer systemisch-sozialpsychiatrischen Weiterbildung, in der wir das Recovery-Modell kennen lernten, entstand die Idee, diese Gedanken und Möglichkeiten an unsere Klienten und Kollegen weiterzugeben. Auf der Ebene der Teams wurde das Thema in Klausurtagen und Teambesprechungen vorgestellt und diskutiert. Außerdem haben wir einen Fragebogen mit zentralen Aussagen oder Anliegen des Recovery-Modells entwickelt, der zum Nachdenken und Auseinandersetzen mit der Thematik anregen sollte.

Zum Beispiel wollten wir wissen: „Wie viel Raum haben die Themen Hoffnung und Genesung in Deiner Arbeit bzw. in Deinen Gesprächen mit Klienten?“ Und: „Erlebst Du Dich selbst als (stellvertretender) Hoffnungsträger für Deine Klienten?“, (jeweils auf einer Skala von 0 – 6). Für die Klienten nutzten wir unser Monatsprogramm, ein mehrseitiges Heftchen mit Aktuellem aus dem Dienst, um das Recovery-Modell über ein halbes Jahr hinweg in mehreren Einzelbeiträgen vorzustellen und geplante Veranstaltungen dazu anzukündigen. Auch für unsere Klienten haben wir einen Fragebogen entwickelt, der sich mit der eigenen Haltung zu wesentlichen Aussagen von Recovery beschäftigte und die aktuelle Lebenszufriedenheit thematisierte.

Fragen waren zum Beispiel: „Genesung ist auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich. Glauben Sie diese Aussage?“, (Ja / Nein). Oder: „Wie viel Hoffnung auf Genesung haben Sie für sich selbst?“, (auf einer Skala von 0 – 6). Außerdem haben wir drei Veranstaltungen zu dem Thema organisiert: Zuerst boten wir einen allgemeinen Info-Nachmittag „Treffpunkt Tagesstätte“ mit Fragerunde und Kleingruppenarbeit an. Es folgte ein Filmabend, an dem wir den Doku-Film der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana „Recovery – wie die Seele gesundet“ mit anschließender Diskussion gezeigt haben. Zuletzt luden wir Vertreter der Offenen Herberge, eines Stuttgarter Selbsthilfe-Vereins, sowie von EX-IN ein. Zusätzlich entwickelten sich viele Einzelgespräche zwischen Klienten und / oder Mitarbeitenden zu den verschiedenen Aspekten von Recovery. Unser Konzept beinhaltete, das Thema mittels verschiedener Ebenen und Möglichkeiten sowie in unterschiedlicher Tiefe für unterschiedliche Interessen und Bedürfnisse bekannt zu machen. Wir wollten möglichst viele unserer Klienten erreichen. Wir wollten neugierig machen, wir wollten zum Nachdenken anregen, aber wir wollten natürlich auch Hoffnung wecken und Zuversicht. Wir wollten eine für viele unserer Klienten neue Sicht auf ihre Erkrankung und Situation vorstellen.

Die Idee, die Gedanken und Möglichkeiten des Recovery-Modells an Klienten und Kollegen weiterzugeben, fand große Zustimmung und konnte auf verschiedenen Ebenen umgesetzt werden.

## Resümee

Die Ergebnisse unseres Projekts haben wir im Rahmen einer Hausarbeit zusammengefasst. Diese in einem Artikel darzustellen, würde den Rahmen sprengen. Bei Interesse an weiteren Informationen kann gerne Kontakt zu uns aufgenommen werden.

Die Rückläufe der jeweiligen Fragebögen zeigten, dass das Interesse bei den Klienten, aber auch bei den Mitarbeitern groß war. Die drei geplanten Veranstaltungen Treffpunkt Tagesstätte, Film und Infoveranstaltung Offene Herberge und EX-IN waren für uns ein großer Erfolg. Sie waren alle gut besucht, am größten war das Interesse jedoch am Filmabend. Unsere Klienten waren sehr offen und neugierig zu erfahren, was es mit dem Recovery-Modell auf sich hat. Dies spiegelte sich vor allem in den Teilnehmerzahlen bei den Veranstaltungen wieder. Aber auch die Reaktionen auf die vielen Berichte im Monatsprogramm waren durchweg positiv. Eine Klientin meldete uns sogar zurück, dass sie sich jeden Monat darauf freut, etwas Neues darüber zu lesen.

Da das Interesse so groß war und einige Teilnehmer der Veranstaltungen den Wunsch äußerten, erstellten wir Recovery-Mappen, die wir mit allen Berichten aus dem Monatsprogramm, drei Genesungsgeschichten und einer Recovery-Broschüre der Stiftung Pro Mente Sana bestückten.

Insgesamt haben uns die Veranstaltungen viel Spaß gemacht. Aus unserer Sicht kam ein Kontakt auf Augenhöhe zustande. Wir hatten den Eindruck, dass wir unseren Klienten ein Stück näher gekommen sind, als bei der sonstigen Arbeit. Das Ziel, unsere Klienten zu informieren haben wir aus unserer Sicht auf jeden Fall erreicht. Mehr noch: ein guter Austausch kam zustande und immer wieder werden wir auch jetzt noch, nach Abschluss des Projekts, darauf angesprochen. Wir denken, dass die Hoffnung etwas im GPZ verändert hat. Nicht nur bei den Klienten, auf jeden Fall auch bei uns und unseren Kollegen. Auch ein-

gebrachte Zweifel haben ihren Sinn, sie machen eine offene Auseinandersetzung möglich. Es war und bleibt unsere Aufgabe im GPZ weiter daran zu arbeiten.

## Konsequenzen für die Arbeit

Die Idee von Gesundung (im Sinne von Recovery) von psychisch kranken Menschen wird in der klassischen Sichtweise der Psychiatrie häufig ausgeklammert. Der Begriff stößt im klinischen, aber auch im ambulanten Bereich häufig noch auf Unverständnis und zumindest Besorgnis. Die Sorge, den Menschen unberechtigte Hoffnung zu machen, die womöglich ihre Krankheitseinsicht gefährdet und nur dazu führt, dass Medikamente abgesetzt werden, schwingt dabei mit. In der Realität sind viele Grundlagen eines Recovery-orientierten Umgangs längst in unsere Arbeit eingeflossen. Wenn es nicht der Begriff Recovery ist, so kennt doch heute jeder Empowerment und Befähigung zur Selbsthilfe. Respekt und Umgang auf Augenhöhe sind Stichworte, die nicht unbekannt sind im Alltag. Und trotzdem... Die Idee des Recovery-Modells lädt uns alle dazu ein, unsere Arbeit und unsere Haltungen noch einmal zu reflektieren und zu überprüfen. Die Tatsache, dass die Botschaft gerade auch schwer beeinträchtigte Menschen mit oft jahrelangen Krankheitsverläufen anspricht und mit einbezieht, sollten wir als Aufforderung annehmen, genauer hinzuschauen, was wir dazu beitragen könnten, dass Gesundungsprozesse in Gang kommen können und wie wir diese erfolgreich fördern und begleiten können.

Der Begriff Recovery stößt im klinischen, aber auch im ambulanten Bereich häufig noch auf Unverständnis und zumindest Besorgnis: Die Sorge, den Menschen unberechtigte Hoffnung zu machen.

Dazu bedarf es zunächst der Auseinandersetzung mit unserem eigenen Bild von psychischer Erkrankung, mit unseren eigenen Stereotypen und mit der Frage, wo unsere Haltung, aber auch unsere Strukturen Recovery behindern. Wie viel Bedeutung liegt in der alltäglichen Arbeit auf der Diagnose und der medizinischen Behandlung und wie viel im Vergleich dazu bei der Frage der Lebensqualität und dem tatsächlich erlebten Wohlbefinden? Wie oft gehen wir leichtfertig über die Trauer über verlorene Lebensentwürfe hinweg und wie oft haben wir selbst die Hoffnung für unsere Klienten verloren? Nur wenn wir uns all diesen Fragen stellen, können wir offen sein für Veränderung.

Wenn wir wirklich begreifen wie wichtig Hoffnung, auch die stellvertretende Hoffnung für Betroffene ist, können wir versuchen den Blick im Gespräch, in der Begleitung oder auch im Team vermehrt auf das zu richten, was gut läuft und was klappt. Auch wenn wir Strukturen nicht ändern können und Defizite, Diagnosen, Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft unseren Rahmen bilden, in dem wir arbeiten und finanziert werden, kann es für uns hilfreich sein, den Fokus in der direkten Arbeit nicht nur allein davon bestimmen zu lassen und die Gedanken von Recovery zuzulassen und ihnen Raum zu geben. Stichworte einer veränderten Haltung sind zum Beispiel Gelassenheit, Wertschätzung und Vertrauen. Auch eine nicht bewertende und nicht pathologisierende Haltung auf der Basis einer Recovery-orientierten Definition von Gesundheit führen dazu, dass sich Betroffene angenommen fühlen können. Unterstützend ist ein systemisches Krankheitsverständnis, in dem davon ausgegangen wird, dass auch in vermeintlich verrücktem Verhalten von Klienten oder Betroffenen Sinn steckt. Und nicht zuletzt die Forderung, sich ehrlich auf wirkliche Beziehungen einzulassen, sich nicht hinter der eigenen Professionalität zu verstecken, sondern für die Betroffenen als Menschen spürbar zu sein. Neben einer neuen Rollenidentität spielt auch die Peer-Arbeit, also die Mitarbeit von psychiatrieerfahrenen Mitarbeitern in unterschiedlichen Bereichen der psychiatrischen Arbeit, eine große Rolle. Dieser Erkenntnis tragen die Selbsthilfegruppen in Deutschland schon länger Rechnung und haben in der Zwischenzeit eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter ins Leben gerufen. Auch wenn es nicht immer leicht ist, auf die vorgegebenen Strukturen Einfluss zu nehmen, so sollten wir doch versuchen, eine Einbindung von Betroffenen in unsere Arbeit zu unterstützen und zu fördern, da sie als Ergänzung zum bereits existierenden Angebot eine zusätzlich Qualität und Unterstützung einbringen können, von deren Nutzen schließlich nicht nur die Betroffenen sondern auch wir Fachleute profitieren können. Die Arbeit mit Stigmatisierung und die Überwindung von Angst-, Scham- und Versagensgefühlen schließlich bilden einen weiteren wichtigen Bereich, in dem Veränderungen Raum haben können. Eine psychische Erkrankung erschüttert die Menschen oft in ihren Grundfesten. Die Erkenntnis kollidiert in der Regel mit massiven Vorurteilen und führt einerseits zu enormer Selbststigmatisierung, aber – und vor allem im weiteren Verlauf - auch zu schwerwiegenden Verlusterfahrungen. Wir können nur andeutungsweise nachfühlen, was es bedeutet, diese Grenzen, die einem die Erkrankung setzt, anzunehmen, und nicht damit zu hadern oder gar zu zerbrechen. Im Grunde können erst durch ein mehr oder weniger bewusstes Loslassen der früheren Lebensentwürfe (z.B. Beruf, Partnerschaft oder Familie) neue Lebensperspektiven gefunden und übernommen werden. Dies stellt eine der größten Herausforderungen für unsere Arbeit dar.

Wenn wir wirklich begreifen, wie wichtig Hoffnung, auch die stellvertretende Hoffnung für Betroffene ist, können wir versuchen den Blick vermehrt auf das zu richten, was gut läuft und was klappt.

Der Recovery-Ansatz birgt eine enorme Chance für unsere Arbeit. Er (er-)fordert eine offene, reflektierende Herangehensweise, die die Bereitschaft voraussetzt, dass wir uns mit unseren eigenen Vorbehalten auseinandersetzen, auf die Begleitung von Trauerprozessen einlassen können sowie eine wertschätzende Haltung und Arbeit auf Augenhöhe mit unseren Klienten einnehmen können. Er gibt nicht nur Betroffenen Hoffnung, sondern auch uns Fachleuten. Die Zukunft ist offen und vieles ist möglich – ist die ermutigende Botschaft, die uns in unserer Arbeit auffordert, den Glauben an Veränderung und Gesundung nicht zu verlieren.

# „Nehmt Euch in Acht vor den Verrückten“

## Projekt St. Camille hilft psychisch Kranken in Westafrika

Von Christine Keck

André Dembele spricht mit den Toten. Er ruft ihre Namen in die Dunkelheit seiner fensterlosen Lehmhütte hinein. Sie sind die einzigen, die noch mit ihm reden. Die ihn nicht auslachen, weil er in der Einsamkeit die Worte vergessen hat, und er nur noch leise wimmern kann, unterbrochen vom Klappern der aufeinanderschlagenden Zähne.

Wenig trennt ihn von einem Toten. Bewegungslos hockt er in der Schwüle auf seinem Bett, inmitten von Exkrementen und schwirrenden Fliegen. Ein Skelett, das von Pergamenthaut überzogen ist, mit gelben Fingernägeln wie Krallen. Nur selten hebt sich das Tuch an der Türöffnung und er bekommt eine Blechschale mit gestampftem Maniok oder etwas Wasser hereingeschoben. Die Enkel hat er nie kennen gelernt, die Beerdigung des Vaters fand ohne ihn statt. So hungert er seit 20 Jahren in seinem Kerker.

Es war sein eigener Bruder, der ihm eine Eisenstange zwischen die Knöchel geschraubt hat. Sorgfältig fixiert mit zwei Manschetten, die längst von Rost überzogen sind. Er sei besessen, sind sie sich einig im Dorf, und fürchten sich vor den Dämonen, die den Kirchgänger, fleißigen Plantagenarbeiter und Familienvater in einen Unberechenbaren verwandelt haben. In einen, der andere schlug und sie anbrüllte, wenn ihn wieder eine psychische Krise belastete.

„Nehmt euch in Acht vor dem Verrückten“, warnen die Alten im Dorf Kemena in Burkina Faso, und die Jungen hören darauf. Schon die bloße Berührung eines Epileptikers, eines Schizophrenen, eines Manisch-Depressiven könne dazu führen, dass die teuflischen Geister überspringen auf die Gesunden, behaupten sie. Und deshalb machen sie in ganz Westafrika das mit den Kranken, was sie mit den Hunden niemals machen würden: Sie sperren sie zu Tausenden und Abertausenden weg, ketten sie an, schlagen sie mit Metallklammern in Holzstämmen fest. Die

Fotos: Heinz Heiss

Befreiung von André Dembele im Dorf Kemena: Er hat 20 Jahre an der Kette gelebt.

Christine Keck
Seit vielen Jahren Sozialreportagen für Tageszeitungen und Magazine. Sie ist Redakteurin bei der Stuttgarter Zeitung, im Reportage-Ressort Dritte Seite. Mitglied im Reutlinger Freundeskreis „St. Camille“.

Verrückten gelten als Aussatz der Gesellschaft – eine soziale Isolation wie sie in früheren Zeiten auch in Europa weit verbreitet war und das nicht nur auf dem Land. Die Angst vor den Geisteskranken ist nichts Neues.

Der Tag der Hoffnung für André Dembele beginnt mit einem Wolkenbruch. Ein Donnern, das die Kinder zum Weinen bringt, Blitze, schäumende rote Erde, die Savanne ertrinkt im Regen. Der 49-Jährige, der aussieht wie ein Greis, weiß nicht, dass seine Retter nur noch wenige Stunden von seinem Verließ entfernt sind. Eine katholische Delegation aus dem Nachbarland Elfenbeinküste, mit Medikamenten im Gepäck und zu allem entschlossen.

Die Irren von den Ketten zu schneiden, trauen sich nur wenige. Sie zu berühren, gar zu umarmen und Tausenden eine neue Heimat zu geben, so verrückt ist in Westafrika nur ein einziger – Gregoire Ahongbonon. Ein Mann so stattlich wie ein Mangobaum. Ein ehemaliger Taxifahrer, der von seinem Glauben angetrieben wird. „Jesus ist mir auf der Straße begegnet“, erzählt der sechsfache Familienvater, „halbnackt, verwahrlost, in Gestalt eines Verrückten.“ Seither sammelt der Laienprediger und Direktor der katholischen Vereinigung St. Camille de Lellis die psychisch Kranken auf seinen Reisen

ein, fährt im Geländewagen in die Dörfer und Städte, um der Kettenseuche ein Ende zu bereiten.

In einer Kapelle in Bouaké, der zweitgrößten Stadt der Elfenbeinküste, hat Ahongbonon bescheiden angefangen. Die Kranken schliefen neben dem Altar, Freunde steckten ihm Spenden zu. Das Projekt St. Camille ist längst gewachsen und die chronische Finanznot mit ihm, denn öffentliche Gelder gibt es nicht. Kleine Vereine in Deutschland, der Schweiz oder Kanada helfen nach Kräften. Doch manchmal geht sogar der Reis aus. Verteilt über das ganze Land betreibt der Afrikaner zehn Zentren, vier weitere im benachbarten Benin. Und in Burkina Faso hat er von der katholischen Kirche ein Grundstück geschenkt bekommen, das er bald bebauen will. Die Zentren sind Krankenstation, Ersatzfamilie und Zufluchtsort zugleich, in knapp zwei Jahrzehnten boten sie 15 000 Menschen Unterschlupf, momentan leben dort 1150. Nicht nur Maisbrei und Mangos gibt es kostenlos, auch die Medikamente, die der Psychiater verschreibt, werden umsonst verteilt. Wer kräftig genug ist, kommt in die Rehazentren, wo an Webstühlen oder in der Bäckerei gearbeitet wird. Andere gehen aufs Feld oder lassen sich in den Schneidereien ausbilden.

Immer wenn sein Handy klingelt, schaut Gregoire Ahongbonon der Jungfrau Maria in die Augen. Die hat er als Bildschirmschoner geladen. Und es klingelt ständig. Mal ist einer aus dem Justizministerium dran, der seinem Freund gratuliert, weil er einen Bericht über ihn im Fernsehen gesehen hat. Mal muss er Lebensmittelbestellungen koordinieren oder er erhält einen Tipp, wo sogenannte Prediger den Besessenen die Dämonen austreiben wollen.

Ihre Macht ist der Gebückten im blumigen Wickeltuch nicht anzusehen. Ein fester Händedruck könnte ihr die Knochen brechen, so scheint es, doch die Alte hat Kraft in den sehnigen Fingern. Genug um die Neuankömmlinge im Gebetszentrum des Dorfes Botro zu begrüßen, genug um anderen die Ketten anzulegen. Sie nennt sich Prophetin, ist Vertreterin der evangelischen Alliance chrétienne et missionnaire (CMA), die das Land mit ähnlichen Zentren flächendeckend überzogen hat. Die Alte verkündet, alles heilen zu können durch die Kraft der Gebete, Befreiungstänze und durch tagelanges Fasten: Aids, Krebs, psychische Erkrankungen aller Art.

Die Würde hat sie Marcellin Kouassi Kouadio genommen, die halb zerfledderte Bibel im Plastikumschlag hat sie ihm gelassen. Er hält sie fest umklammert in seiner Rechten, als wolle er Zuversicht aus ihr herauspressen. Mehr als das Buch, ein Laken und die Kleider an seinem Leib besitzt er nicht. Vor seinen Wutausbrüchen hat der 32-Jährige mit den sanften Augen Kühlschränke und Klimaanlagen repariert, jetzt sitzt er angekettet an einem Baum. Sein Vater, hilflos und gläubig, hat ihn hergebracht und wieder verlassen. Mit einer Plastikplane trotzt er den tropischen Sturzbächen vom Himmel, ein Eimer dient als Toilette. „Ich habe Hunger“, sagt er.

„Die gehört uns, die haben wir bezahlt“. Die Alte greift nach der Eisenfessel.

In den ersten Tagen hat Marcellin Kouassi Kouadio bis zur Heiserkeit geschrieen, weil er hoffte, dass ihn jemand im Dorf nebenan hören würde. Er hat sich in der Falle gewunden, am Eisen gezerrt und gezogen, bis er die Schmerzen nicht mehr aushielt. Es war ein ungleicher Kampf. Einer, bei dem der Verlierer von Anfang an feststand. Dann wollte er singen – auch das haben sie ihm verboten. Irgendwann in den zwei Monaten ist er stiller geworden.

„Ich liebe Gott“, flüstert er, als Gregoire Ahongbonon mit dem Schlüssel kommt und sich zu ihm auf die Bastmatte setzt. Ein Klick im Vorhängeschloss. Sein Gesicht zeigt keine Regung. Apathisch steht er auf, schleppt sich Schritt für Schritt vorwärts, er muss das Gehen neu lernen.

Die Prophetin dreht sich weg, will nicht hören, was Gregoire Ahongbonon sagt. „Es ist gesetzlich verboten, Kranke an die Kette zu legen“, redet er ihr ins Gewissen. „Es ist ein Verbrechen so etwas im Namen Jesu zu machen“, schimpft er laut und seine Stimme erreicht auch die entfernteste Lehmhütte. Den Kranken am Arm, die Kette in der Hand will er das Gebetszentrum verlassen. „Die gehört uns, die haben wir bezahlt“, greift die Alte vergeblich nach der Eisenfessel. Sie grummelt wütend den Eindringlingen hinterher.

Die Pseudopropheten wollen sich nicht das Geschäft vermasseln lassen. Sie kassieren fürs Beten. Sie nehmen die Familien der Kranken aus, profitieren von deren Überlastung und Ängsten. Die Angehörigen sind froh, die Unheilbringer in vermeintlich segensreiche Hände geben zu können und verschulden sich hoch, um die Sektenchefs zu bezahlen.

Die Begrüßung ist stürmisch, als der Geländewagen am späten Nachmittag

Gregoire Ahongbonon fährt in die Dörfer, um der Kettenseuche ein Ende zu bereiten.

im Empfangszentrum in Bouaké ankommt. Drei Bewohner fallen Ahongbonon um den Hals, einer klatscht vor Freude in die Hände. Der Chef von St. Camille hat viele Gesichter. Für manche der Kranken ist der 57-Jährige ein Vater, einer, dem sie blind vertrauen. Aber Ahongbonon ist auch Spendensammler. Er geht mit einer schweren Eisenkette in einer Plastiktüte auf Vortragsreisen nach Kanada, Frankreich oder nach Deutschland, wo ein Reutlinger Freundeskreis ihn unterstützt. Er wurde beim Entwicklungsausschuss des Europäischen Parlaments in Brüssel vorstellig oder nahm einen Menschenrechtspreis der Stadt Padua entgegen.

Veronique ist seit drei Jahren an diesen Baum am Rande der Ortschaft Assalé Kouassikro gebunden.

Für Gregoire Ahongbonon ist es eine Heimkehr, für Marcellin Kouassi Kouadio ein Neuanfang. Der Befreite wird von emsigen Händen vom Geländewagen gehoben, gewaschen, geschoren und neu gekleidet. Die Schüssel Reis und ein Becher Wasser sind seine erste Mahlzeit an diesem Tag. Aufrecht sitzt er auf einem Stuhl im Empfangsbüro, wo ihm Gregoire den Arm um die Schultern legt. „Du bist schön“, sagt er ihm ins Gesicht und schaut ihn lange an. Kouadio blickt traurig zurück. Er sagt nichts, legt sich in einem der Gruppensäle schlafen.

Fast alle in den Zentren wissen, wie es sich anfühlt, wenn sich die Kette strafft. Sie haben die Stimmen im Kopf gehört, sie kennen das Gefühl, wenn sich der Körper in einem Anfall zuckend aufbäumt. Die Helfer, die Pfleger, die Köchinnen, die meisten von ihnen sind ehemalige Kranke. Auch der Leiter des Männerzentrums, der nicht nur das Büro managt, sondern auch abends im Schlafsaal nach dem Rechten schaut. Zehn Jahre lag er im Eisen, darüber spricht er offen. Seine Freundin, mit der er einen Sohn groß zieht, war in Gefangenschaft über Monate vom eigenen Cousin missbraucht worden. Sich zu wehren, hätte es nur schlimmer gemacht, erzählt sie. Wer glaubt schon einer Verrückten, wenn sie andere beschuldigt. Es könnte alles erfunden sein. Für die Peiniger sind Frauen am Eisen leichte Beute.

Ihre Feinde sind die lachenden Kinder, ihr Schutz ist der riesige Baum: Veronique wird im Osten des Landes festgehalten.

Eine Heimat auf Zeit soll St. Camille sein. Doch zurück in die Familien schaffen es nicht alle. Manche sabbern auch nach Jahren noch dumpf vor sich hin und werden wohl für immer in Ahongbonons Obhut bleiben. Sie reißen sich Tag für Tag die Kleider vom Leib, stopfen sich Sand in die Münder. Vergessen von den Angehörigen. Andere erholen sich rasch. Sie arbeiten in der Küche mit, können den Hof fegen oder sich um die Schwächeren kümmern. Nach einigen Monaten, mitunter nach Jahren werden sie wieder in ihre Dörfer gebracht. In katholischen Krankenstationen erhalten sie alle paar Wochen Medikamente und einen Piekser in den Po – die Depotspritze mit Psychopharmaka nimmt ihnen die Wahnvorstellungen.

Benjamin Tionon in Yasso: Sein Bein war in einem Stück eines Baumstamms fixiert.

Ein Kranker ist nachts über die Mauer des Empfangszentrums geklettert. Ahongbonon schickt kurz nach Sonnenaufgang einen Suchtrupp los, um den Verwirrten einzufangen. Er selbst hat keine Zeit, er muss in das Dorf Assalé Kouassikro im Osten des Landes. Eine junge Frau namens Veronique wird dort gefangen gehalten, hat ihm ein neuer Patient berichtet. Ahongbonon setzt sich in den Geländewagen. Mit Tempo Hundert schanzt er über die

Schlaglöcher im Asphalt.

Wie ein Schmetterling aus einem Kokon schält sich Veronique aus ihren Bastmatten heraus. Sie will die Besucher besser sehen. Erst der Kopf, dann fühlergleich zwei dürre Arme, der ausgehungerte Rumpf. Sie zieht sich das hochgerutschte Baumwolltuch über die Scham, fasst sich an den Ohrring aus Plastik.

Ihre Feinde sind die lachenden Kinder, ihr Schutz ist der riesige Baum, dessen faltige Wurzeln ihr als Behausung dienen. In eine Mulde zwischen den Ästen macht sie ihr Geschäft, in einer anderen liegt der Müll – ausgetrocknete Mangoschalen, Plastikreste. Gleich daneben ist die Kette eingeschlagen, an der Veronique schon lange nicht mehr zerrt, drei Jahre hängt sie daran. Sie nimmt einen Stein in die Hand, droht damit auf die Kinder zu werfen, die im Kreis um sie stehen. Ein schrilles Lachen. Sie lässt sich auf die Matten fallen und verkriecht sich wieder darunter.

Die Autorität des Dorfes ist der Heiler und der ist verreist. Er habe Veronique an den Baum gebunden, nur er könne sie freigeben, erklären die Ältesten. Sie sind aufgebracht, weil Fremde im Ort sind, weil Gregoire Ahongbonon den Heiler um seine Einnahmequelle bringen könnte. Denn für die Behandlung mit Pflanzen und Talismännern, mit wundersamen Kräutern und Zaubersalben müssen die Angehörigen jeden Monat bezahlen. Es hilft kein Drohen und kein Reden, die Männer bleiben stur und Veronique am Baum. Die ganze Heimfahrt über schweigt Ahongbonon schlecht gelaunt vor sich hin. Es sind die Erfolge, die dem Befreier der Kettenmenschen über solche Tage hinweghelfen. Die Geschichten derer, für die es eine Zukunft nach der Gefangenschaft gibt. Für Menschen wie Monique Brou N'Goran, eine betagte Dame in weißer Bluse und Goldkette, die Ahongbonon zwei Tage später zuhause besucht. Ihr Geschäft an einer der Nebenstraßen in der Hauptstadt Yamassoukra läuft nicht schlecht, die 63-Jährige verkauft Palmöl in einer kleinen Holzbude. Manchmal klettert eine ihrer Enkelinnen auf ihren Schoß oder ihre Tochter ruft sie zum Mittagessen in die gemeinsame Wohnung.

„Mir geht es gut", versichert sie mit einem schüchternen Lächeln und ist froh Gregoire Ahongbonon wieder zu sehen. Er bringt ihr eine Tüte mit Medikamenten. Die spritzt sie seit dem Tag vor sieben Jahren, als sie aus einem Gebetszentrum befreit wurde.

Die rote Schaumkrone auf dem Sand ist wieder verschwunden, der Himmel ein strahlend blaues Lachen. Es staubt, als ob es nie geregnet hätte, als wären die Seen nichts anderes als eine Fata Morgana gewesen. André Dembele, der Mann, der mit den Toten redet, schaut ungläubig auf das Stemmeisen, das in seine Hütte getragen wird. „Tut mir nicht weh", fleht er und kneift die Augen zusammen. Es ist ungewöhnlich hell in der Hütte, der Vorhang am Eingang ist zurückgeschlagen, die Eisenstange auf den Boden gefallen. Kurz zögert er noch, dann steht er auf und schwankt in die Freiheit.

## Information

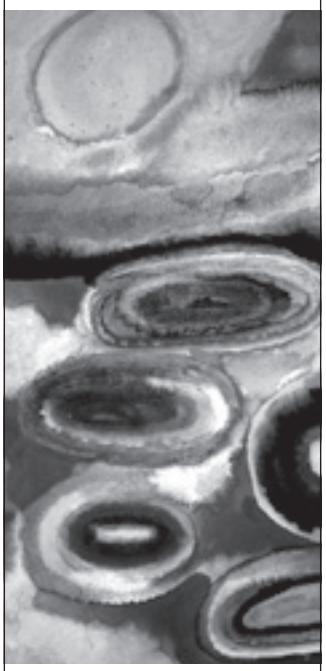
In Reutlingen, der Partnerstadt von Bouaké, gibt es einen Hilfsverein. Der Freundeskreis St. Camille sammelt Spenden und kauft damit Medikamente für die Patienten. Zurzeit wird eines der Zentren für psychisch Kranke renoviert und erweitert.

Dringend gesucht werden Ärzte, Pflegekräfte, Ergotherapeuten oder andere Helfer, die französisch sprechen und das Projekt ehrenamtlich unterstützen wollen.
Ansprechpartner ist Wolfgang Bauer: Email: wbauer7194@aol.com.

Spenden an:
Freundeskreis St. Camille, Kontonr.: 9795, BLZ 640 500 00, Kreissparkasse Reutlingen.

Weitere Informationen unter:
www.kettenmenschen.de

DGSP
Deutsche Gesellschaft
für Soziale Psychiatrie e.V.



**Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder**

**Das Kurzfortbildungsprogramm 2012**

enthält über 60 Seminarangebote mit einem breiten Spektrum (sozial-) psychiatrischer, therapeutischer & psychiatriepolitischer Themen.

Die zwei- bis dreitägigen Fortbildungen finden an vierzehn verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Umgang mit Suizidalität, Krisenintervention, Umgang mit Psychopharmaka, Psychose und Sucht, Soziotherapie, Stimmen hören, Empowerment, Angehörigenarbeit u.v.a.

*Bestelladresse*
**Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.**
**Zeltinger Str. 9 · 50969 Köln**
**Tel.: (02 21) 51 10 02**
**Fax: (02 21) 52 99 03**
**dgsp@netcologne.de**
**www.psychiatrie.de/dgsp**

## Berichtigungen Kerbe 4/2011 Spiritualität in der Psychiatrie

In der Ausgabe 4/2011 der Kerbe wurde versehentlich ein Teil des Beitrages: *Erst die spirituellen Erfahrungen gaben mir ein Gefühl von Ganzheit zurück, von Carola Fricke* nicht abgedruckt. Auch die Angaben zur Autorin waren falsch: Frau Fricke ist Diakonin und Fachkraft für Religion und Gestaltung im Paritätischer Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e. V., Oldenburg. Dass in dieser Ausgabe Sibylle Prins als Mitbegründerin des Psychose Seminars bezeichnet wurde, ist ebenfalls unrichtig. Sie war über mehrere Jahre in Bielefeld an der Moderation beteiligt.

Wir bitten die Autorinnen noch einmal nachdrücklich um Entschuldigung. Der vollständige Beitrag von Carola Fricke kann auf der Internetseite der Kerbe unter diesem Link nachgelesen werden: http://www.kerbe.info/files/Kerbe_ausgaben/2011/2011-10-20-Kerbe4_2011_CarolaFricke



## Bundeskongress für Führungskräfte im BeB fragt: „Wer macht Inklusion?“

Der nächste Bundeskongress für Führungskräfte (BKF) findet vom 22. bis 24. April 2012 im Kardinal-Schulte-Haus in Bergisch Gladbach statt und greift ein Thema auf, das in aller Munde ist. Teils schillernd, teils inflationär wird der Begriff Inklusion gebraucht. Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die hier als Quelle und Richtschnur dienen kann, wird instrumentalisiert. Und es stellen sich viele Fragen: „Wie kommen wir zu einer inklusiven Gesellschaft? Wer ist dafür zuständig? Kann man Inklusion eigentlich isoliert als ein Thema der Eingliederungshilfe verstehen?“

Der Bundeskongress für Führungskräfte im BeB 2012 steht unter der Überschrift: „Wer macht Inklusion?“, wohl wissend, dass Inklusion gerade eben nicht einfach so „gemacht“ werden kann. Und doch besteht Handlungsbedarf, wenn man ernst nehmen will, wozu sich auch die Bundesrepublik Deutschland mit der Unterzeichnung der UN-BRK verpflichtet hat. Es besteht Handlungsbedarf, wenn wir unserem diakonischen Auftrag gerecht werden wollen, so wie wir ihn heute verstehen. Es besteht Handlungsbedarf, wenn wir das, was wir fachlich als richtig ansehen, auch Wirklichkeit werden lassen wollen. Auf der Konferenz 2012 fragen wir nach den Rollen von Politik, Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Akteuren in der sozialen Landschaft bei der Beförderung von Inklusion. Erfahrungen aus Holland sollen ebenso zur Sprache kommen wie ein soziologischer Blick darauf, wie inklusionsaufgeschlossen und -bereit unsere Gesellschaft ist. Referentinnen und Referenten werden u. a. sein: Brigitte Lampersbach (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin), Prof. Dr. Albrecht Rohrmann (Universität Siegen), Martin Georgi (Vorstand Aktion Mensch, Bonn), Peter Martin Thomas (SINUS Institut, Stuttgart), Dr. Brigitte van Lierop (Wissens- und Kompetenzzentrum Crossover, Maastricht/Niederlande).

Workshops bieten Raum für Vertiefung und Konkretion sowie die Beschäftigung mit Beispielen aus der Praxis. Und nicht zuletzt ist Bergisch Gladbach wie immer auch Ort für die Begegnung mit alten Freunden und neuen interessanten Menschen.

Das endgültige Programm zur Tagung wird Anfang 2012 an die BeB-Mitglieder versandt werden (siehe auch: www.bebnet.de, Rubrik „BeB-Veranstaltungen“).

## Diakonie startet Azubi-Blog

Wer Nachwuchsgewinnung für die sozialen und pflegerischen Berufe im Sinn hat, kann die aufgeklärte Jugend von heute mit Berufeflyern und Werbesprüchen nicht besonders beeindrucken. Junge Leute informieren sich im Internet über Ausbildungsmöglichkeiten, und vor allem wünschen sie sich ehrliche Informationen und authentische Einblicke. Ein zeitgemäßes Mittel zur Nachwuchsgewinnung ist daher das Azubi-Blog (Online-Tagebuch), in dem Schülerinnen und Schüler in Wort und Bild über ihren Ausbildungsalltag berichten. Die Diakonie hat jetzt auch eins!

Unter der URL www.sozialeberufe.wordpress.com geht es um Fragen wie: Was ist das Spannende an der Arbeit mit Menschen? Welche Unterrichtsfächer hat man eigentlich als Altenpflege-Schüler? Oder: Wie läuft das beim ersten Praxiseinsatz in der Wohngruppe für Menschen mit Behinderung? Auch kritische Bemerkungen sind erlaubt, denn nicht jeder Tag in der Ausbildung ist Friede-Freude-Eierkuchen.

### Mitten aus dem Azubi-Leben

„Eigentlich wusste ich schon immer, dass ich mal mit Menschen arbeiten möchte, und das nicht einfach oberflächlich, halbfreundlich, muss-orientiert – sondern aus voller Seele, mit ganzem Herzen!“, schreibt Candy aus Berlin über ihre Motivation, eine Ausbildung zur Sozialassistentin am Evangelischen Johannesstift Spandau zu machen. „Ein Kinderlachen, ein Danke, eine Geste, ein Blick, das wonnige Gefühl nach einer guten Tat bewegt uns, einen sozialen Beruf zu wählen, auch wenn nicht immer alles toll und rosarot ist.“

Die 24-jährige Mutter zweier Kinder ist die erste Bloggerin, die für das Diakonie Azubi-Blog gewonnen werden konnte. Die Zusammenarbeit mit vier weiteren diakonischen Einrichtungen ist in Vorbereitung, sodass demnächst auch Erzieher-, Altenpflege-, Heilerziehungspflege- und Physiotherapie-Schülerinnen und -Schüler berichten werden. Außerdem gibt es im Blog eine Interview-Rubrik, in der die Redaktion Tipps & Infos rund um Ausbildung & Berufseinstieg aufbereitet. Sobald das Azubi-Blog läuft, soll ein Studi-Blog mit ähnlichem Konzept folgen, in dem Studierende des Bachelor Soziale Arbeit oder des Bachelor Pflegewissenschaften über ihren Hochschul-Alltag schreiben.

### Facebook und Twitter

Die beschriebenen Angebote sind Teil des ESF-Projekts „Mit Neuen Medien Jugendliche für die Diakonie gewinnen“, das Anfang des Jahres im Diakonie Bundesverband angelaufen ist. Gefördert mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds‘ (ESF) für Deutschland sowie finanziell und durch fachliche Mitarbeit unterstützt von den Fachverbänden BeB (Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V.), DEKV

(Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.) und DEVAP (Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V.) werden auch die Kanäle www.facebook.com/SozialeBerufe und www.twitter.com/SozialeBerufe betrieben.

### Portal zur Berufsorientierung

Ende des Jahres wird unter www.soziale-berufe.com ein Diakonie Berufsorientierungsportal online gehen. Hier finden User Video- und Textportraits über 25 soziale und pflegerische Berufe und Studiengänge, Berufstests zur Selbsteinschätzung, eine Stellenbörse, eine Datenbank diakonischer Ausbildungseinrichtungen und jede Menge Mitmach-Möglichkeiten. Die Zusammenarbeit mit der Agentur A&B One digital aus Berlin wurde bereits aufgenommen.

### Diakonieweite Beteiligung willkommen

Diakonische Ausbildungseinrichtungen, die Protagonisten für Videofilme und Textporträts oder Autorinnen und Autoren für die Blogs stellen möchten, können sich gerne melden. Auch Informationen über Berufsinformationsveranstaltungen, freie Ausbildungsplätze oder neue Ausbildungsformen (Modellprojekte) sind willkommen und werden über alle unsere Kanäle direkt an die Jugendlichen weitergeleitet.

Ansprechpartnerin:
Maja Schäfer
Referentin Jugendkommunikation Online beim DW EKD
m.schaefer@diakonie.de
Telefon: 030 830 01-104

## Mitgliederverzeichnis in neuer Auflage erschienen

Das Mitgliederverzeichnis des BeB ist in einer überarbeiteten Fassung erschienen. Aufgrund zahlreicher Neumitglieder und diverser Adress- und Rechtsträgeränderungen war eine Neuauflage notwendig geworden worden, die dank der Anzeigenschaltung verschiedener Sponsoren realisiert werden konnte.

Das Verzeichnis kann in der Geschäftsstelle des BeB (unter der E-Mail-Adresse info@beb-ev.de) bestellt oder im bebnet (in der Rubrik „Geschäftsstelle“) heruntergeladen werden. Eine Mitgliedersuche ist nach wie vor auf der Homepage des BeB verfügbar.

## Handwerksbuch „Interessen vertreten“ bereits in zweiter Auflage erschienen

In der letzten Ausgabe der BeB-Informationen haben wir Ihnen das Handwerksbuch „Interessen vertreten. Erkennen – ausdrücken – durchsetzen“ ausführlich vorgestellt. Auf 120 Seiten enthält das Handwerksbuch das Konzept, die Methoden und Materialien eines Fortbildungsprogramms für Menschen mit Behinderung zur Verbesserung ihrer Selbstvertretungsmöglichkeiten, das der BeB im Rahmen eines von Aktion Mensch geförderten Projekts in Kooperation mit Bildung & Beratung Bethel und der Bundesakademie für Kirche und Diakonie durchgeführt hatte. Die Schulungsmaterialien basieren auf der Erkenntnis, dass eine gute Verständigung, die „nur in wechselseitiger Aufmerksamkeit und beidseitiger Bereitschaft, sich aufeinander einzulassen, gelingen“ (aus der Einleitung des Handwerksbuchs) kann, Grundvoraussetzung dafür ist, Menschen mit Behinderung dabei zu unterstützen, ihre Interessen umzusetzen.

Die mit Aktion Mensch vereinbarten 1.000 Exemplare der ersten Auflage, die der BeB kostenfrei abgeben konnte, waren innerhalb kürzester Zeit vergriffen. Da die Nachfrage ungebrochen blieb, hat sich der BeB dazu entschlossen, eine zweite Auflage in Druck zu geben. Da dies außerhalb der Aktion Mensch Förderung geschieht, wird diese Auflage zu einem Kostenbeitrag von 10,- Euro pro Exemplar zzgl. Porto abgegeben, um die Druckkosten refinanzieren zu können.

Bitte nutzen Sie für Ihre Bestellung das Bestellformular am Ende der BeB-Informationen oder bestellen Sie Ihr(e) Exemplar(e) direkt in der BeB-Geschäftsstelle telefonisch unter 030 83001-270 oder per E-Mail unter info@beb-ev.de


## Impressum

**Herausgeber und Redaktionsadresse:**
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Postfach 330220, 14172 Berlin,
Email: kerbe@beb-ev.de,
Internet: www.kerbe.info:

**Redaktion:**
Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg;
Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart;
Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Dr. Michael Swiridoff, Altenburg; Cornelie Class-Hähnel (Redaktionsassistenz), Stuttgart.

**Verlag und Bestelladresse:**
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH,
Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart,
Telefon (07 11) 6 01 00-0,
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

**Bezugspreis:**
Jahresabonnement für vier Hefte
26 Euro (einschließlich Versandkosten),
ISSN 0724-5165

**Anzeigen:**
Anzeigengemeinschaft Süd,
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart,
Tel. (0711) 60100-41, Fax -76.
Email: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 28 vom 1. Januar 2011.

**Layout:**
Atelier Reichert, Stuttgart

**Druck:**
Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

**Erscheinungstermine:**
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November


Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

## Verantwortung übernehmen für „die Schwierigsten"! Brauchen wir dazu die geschlossene Heimunterbringung?

**Fachtagung beim Landschaftsverband Rheinland in Köln-Deutz**
**23. – 24. März 2012**

Der Ruf nach geschlossener Heimunterbringung für betreute Menschen auf der Grundlage des § 1906 BGB wird immer lauter und zahlreicher.
- Welcher Kreis von Betreuten ist betroffen?
- Was sind die Gründe für diese Entwicklung, wer erhebt diese Forderung, und wie wird diesem Verlangen nach Ausgrenzung und Einschluss in der Praxis entsprochen?
- Was geschieht im Vorfeld einer geschlossenen Heimunterbringung?
- Werden alle Möglichkeiten zur Vermeidung dieses massiven Eingriffs in die Grundrechte genutzt?
- Welche Verfahrensregeln sind bei der geschlossenen Heimunterbringung zu beachten?
- Welche Herausforderung an konzeptionelle Ansprüche, an die Qualität professionellen Handelns und an die Haltung der Helfenden gehen mit einer Maßnahme der geschlossenen Heimunterbringung einher?
- Wer nimmt wie und an welchem Punkt der Maßnahme welche Verantwortung wahr?
- Was geschieht nach Beendigung der Maßnahme?

Diese Fragen und weitere Aspekte zu diesem psychiatrischen „Trendthema" wollen die veranstaltenden Verbände aus ihren jeweiligen Perspektiven zur Diskussion stellen.

Veranstalter:
Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie im Rheinland e.V.
Betreuungsgerichtstag e.V.
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de

## Begegnung mit süchtigen Klienten – eine unvermeidbare Herausforderung zum gemeinsamen Handeln

**4. Gemeinsamer Fachtag am 1. März 2012 und 2. Gemeinsamer Intensivworkshop am 2. März 2012 in Leipzig**

Auf der Tagung werden Fragen zum Umgang mit süchtigen Menschen außerhalb des Suchthilfesystems erörtert. Sie soll auch denjenigen Mut machen, die manchmal mit dem Gefühl der Aussichtslosigkeit bei der Unterstützung ihrer Klientel kämpfen. Die Veranstaltung soll ermutigen zum Hinsehen und Handeln. Mit Fachtag und Intensivworkshop wollen die veranstaltenden Verbände zur Verbesserung der Lage Abhängiger beitragen. Die Intensivworkshops bieten Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit der Vertiefung des fachspezifischen Grundwissens für eine offene Wahrnehmung Suchtkranker.

Veranstalter:
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) e.V.
Betreuungsgerichtstag (BGT) e.V.
BAG Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V.
Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) e.V.
DBH e.V. – Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik
HTWK – Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur, Leipzig.
In Kooperation mit der Stadt Leipzig

Anmeldung und Information:
DGSP-Bundesgeschäftsstelle, Zeltinger Str. 9, 50969 Köln, Tel.: (02 21) 51 10 02
Fax: (02 21) 52 99 03
E-Mail: dgsp@netcologne.de

## Netzwerke = Nutzwerke? Kooperationen auf dem Prüfstand

**Fachtagung der Lebenshilfe Kooperation der Landesverbände Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden Württemberg**
**19. – 20. Juni 2012 Herrsching am Ammersee.**

Was haben sich Kommunalpolitiker, Leiter von sozialen Organisationen und Unternehmen zu sagen?
Anmeldung und Information: www.lebenshilfe-bayern.de.

## Bundesfachakademie Bufa / GFO / Region Süd

**SHIATSU – heilsame Berührung Aktivierung – Ausgleich – Entspannung**
- 13.-16.03.2012, Rothenburg o.d.T.

**Immer ruhig und gelassen – das Sekretariat als Informationszentrale des Unternehmens**
- 27.-28.03.2012, Pforzheim-Hohenwart

**Ein Team führen – Teams entwickeln im Bereich der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie**
- 25.-27.04.2012, Rothenburg o.d.T.

**Doppeldiagnose – geistig behindert und psychisch krank**
- 02.-04.05.2012, Rothenburg o.d.T.

**Inklusion trifft Systemische Strategieentwicklung**
- 07.-08.05.2012, Rothenburg o.d.T.

**Der Wald als Raum für Kreativität, pädagogische und therapeutische Möglichkeiten**
- 09.-11.05.2012, Löwenstein-Reisach

**Mit der ABC-Strategie die besten Mitarbeiter finden und halten**
- 04.-05.06.2012, Hösbach

**Gesund und leistungsfähig im Beruf**
- 11.-13.06.2012, Hösbach

**„Ich sehe (k)ein Land (!) ...". Effektives Selbstmanagement als Voraussetzung für berufliche und persönliche Zufriedenheit**
- 25.-28.06.2012, Hösbach

**Kommunikation als Führungsinstrument – Keine Führung ohne Kommunikation. Kommunikationskompetenzen als Führungskraft**
- 27.-29.06.2012, Rothenburg o.d.T.

**Die Praxis der Achtsamkeit – mehr Stärke und Gelassenheit bei der Arbeit Balance zwischen Engagement und Abgrenzung, Selbstregulierung und Psychohygiene**
- 02.-06.07.2012, Rothenburg o.d.T.

**Bewegen und bewegt werden Führungskräfte pilgern auf dem Jakobsweg**
- 09.-13.07.2012, Rothenburg o.d.T.

**Heimlich zähle ich die Tage … Seminar für Menschen, die in den nächsten Jahren in den Ruhestand wechseln**
- 10.–11.07.2012, Pforzheim-Hohenwart

**Bildung im Dialog. Sozialarbeitsorientierte Erwachsenenbildung im Anschluss an Paulo Freire**
- 16.–19.07.2012, Hösbach

Informationen und Anmeldung:
Bundesakademie für Kirche und Diakonie gGmbH, Bundesfachakademie (Bufa)/ GFO Region Süd
Sudetenweg 92, 74523 Schwäbisch Hall
Telefon: 0791 500 282,
Fax: 0791 500 300
Email: moser@bundesakademie-kd.de, moser@bufa-gfo.de.

## Bundesfachakademie Bufa / GFO / Region Nord

**Krisen bieten Chancen – Kriseninterventionen in der Sozialpsychiatrie**
- 13.6.–15.6.2012, Münster

**Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing) in der sozialen Arbeit mit Personen** Theoretische Grundlagen und praktische Anregungen für eine gelingende Inklusion
- 11.06.–12.06.2012, Fulda

**Forum Quartiermanagement**
- 21.3.–23.3.2012, Kronberg

**Community Organizing – eine Einführung**
- 26.3.–28.3.2012, Berlin

**Psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung**
- 19.09.2011 und 21.09.2011, Steinfurt

**Krisenintervention in der Sozialpsychiatrie**
- 13.10.2011–15.10.2011, Münster

Information und Anmeldung
Veranstaltungsorganisation der Akademien
Heinrich-Mann-Str. 29, 13156 Berlin
Telefon: 030 488 37 488
Fax: 030 488 37 300
Email: info@bundesakademie-kd.de
www.bundesakademie-kd.de


# ÜberLeben

»Zu diesem Handbuch über Betreutes Wohnen im sozialpsychiatrischen Kontext gibt es keine Alternative. Es sollte in jeder Bibliothek der Sozialen Arbeit stehen. Für Ausbildungszwecke sind viele Aufsätze direkt zu brauchen, als Einführung bei Fortbildungen und zur Vorbereitung auf eine Bewerbung.
PraktikerInnen können sich damit von der Enge der jeweiligen Arbeitsstelle lösen, um zu sehen, dass es weiter entwickelte Ansätze gibt.«
Rudolf Schmitt, socialnet.de

**Rosemann, Konrad (Hg.): Handbuch Betreutes Wohnen**
**Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung**
**978-3-88414-595-1, 352 S., 39,95 Euro**

## Notfälle meistern

Professionell auf Krisensituationen reagieren. Mit vielen Praxisbeispielen und Checklisten

**Manuel Rupp**
**Basiswissen**
**Psychiatrische Krisenintervention**
**ISBN 978-3-88414-534-0**
**140 Seiten, 14.95 Euro**

## Hoffnung macht Sinn

Aktualisierte Ausgabe mit neuen Ergebnissen der Recoveryforschung

**Michaela Amering, Margit Schmolke**
**Recovery**
**Das Ende der Unheilbarkeit**
**978-3-88414-540-1,**
**320 S., 29.95 Euro**

Psychiatrie Verlag

www.psychiatrie-verlag.de •
eMail: verlag@psychiatrie.de

**Bundesministerium**
**für Arbeit und Soziales**

# Bürgertelefon

Montag bis Donnerstag 8 - 20 Uhr

**Rente**
01805 6767-10

**Unfallversicherung/Ehrenamt**
01805 6767-11

**Arbeitsmarktpolitik und -förderung**
01805 6767-12

**Arbeitsrecht**
01805 6767-13

**Teilzeit/Altersteilzeit/Minijobs**
01805 6767-14

**Infos für behinderte Menschen**
01805 6767-15

**Ausbildungsförderung/-bonus**
01805 6767-18

**Europäischer Sozialfonds**
01805 6767-19

**Mitarbeiterkapitalbeteiligung**
01805 6767-20

**Bildungspaket**
01805 6767-21

**Gehörlosen/Hörgeschädigtenservice**

E-Mail info.oehoerlos@bmas.bund.de
Gebärdentelefon gebaerdentelefon@sip.bmas.buergerservice-bund.de
Schreibtelefon 01805 6767-16 Fax 01805 6767-17

Festpreis 14 Cent/Min. aus den Festnetzen und max. 42 Cent/Min. aus den Mobilfunknetzen.

http://www.bmas.de | info@bmas.bund.de