

4/2013 – 43. Jahrgang

sozialpsychiatrische informationen

Zeitschrift für kritische Psychiatrie seit 1970



das leid mit den leitlinien

... und wie man es vermeidet

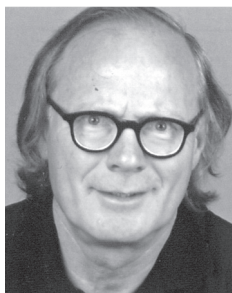
Praxisleitlinien in Sozialpsychiatrie und Rehabilitation
Rezept, Vision, Korsett?

Vorhang auf, Bühne frei
Von der Kraft des Improvisierens

Das Leid mit den Leitlinien

Für die Redaktion

Gunther Kruse



Liebe Leserinnen und Leser,

zunächst einmal haben wir allen Grund, uns bei Frau Kroll, der Geschäftsführerin und bei der Kestnergesellschaft herzlich zu bedanken, dass man die Redaktion bei einer ihrer Sitzungen beherbergte, mehr aber noch, dass wir das Titelbild vom Künstler Jonas Burgert aus der Ausstellung »schutt und futter« gratis überlassen bekommen haben. Die Kestnergesellschaft wurde 1916 gegründet als moderner Gegenpart gegen den damals obwaltenden Kunstgeschmack. Besonders hervorhebenswert scheint mir, dass der damalige Direktor, Justus Bier, ein Jude, sich zu Beginn der Hitlerzeit weigerte, sich an NS-Kunst-Anweisungen zu halten und dass die Kestnergesellschaft sich nicht in den NS-Kultur-Betrieb einreihen ließ, sich stattdessen selbst auflöste, aber 1948 zur Neugründung schritt. Justus Bier konnte durch Flucht den Nazis entkommen.

Jetzt zum Heft:

Dem Titelblatt kann man entnehmen, dass es bei diesem Schwerpunktheft um Leitlinien gehen soll, deren Notwendigkeit zu beschwören wir nicht nötig oder aufgerufen sind, während wir hingegen uns die Aufgabe gesteckt haben, Normierungen kritisch zu hinterfragen, und zugleich Vorschläge und Ideen zu unterbreiten, die die Individualität und variables Vorgehen unterstützen.

Die Psychiatrie ist ein Fachgebiet, das stolz darauf zu sein scheint, absurderweise, sich der Medizin mit Erfolg angedient und eine Zugehörigkeit erzielt zu haben, ohne die mindesten Voraussetzungen dafür erfüllt zu haben. Wo käme man in der Chirurgie hin, wenn man für ein- und dieselbe Symptomatik einen Knorpelschaden, einen Muskelfaserriss oder eine Appendizitis als Diagnosen stellen dürfte, ein Geschehen, was in der Psychiatrie, wie man z. B. als Gutachter bei Sichtung der Krankenakten erleben muss, nicht unüblich ist, heute Schizophrenie, morgen bipolar, übermorgen Persönlichkeitsstörung, es fehlt nur noch Borderline plus Sucht und zuletzt Doppel/Dreifachdiagnose.

Hielt man vor 100 Jahren das dauerhafte Wegsperrn für die Therapiemethode der Wahl, war dies vor 30 Jahren überholt durch massenhafte (pseudo)freiheitspendierende Maßnahmen, Freiheit heilt! Hatte man zunächst überhaupt keine Medikamente, mit denen man glaubte, psychisch Kranke behandeln zu können,

hielt man, kaum dass solche Medikamente auf dem Markt waren, das entgegengesetzte Verfahren, die Übersättigung der Patienten mit Medikamenten, für richtig. Es war die Rede von adäquater individueller Hochdosistherapie, ein Widerspruch in sich, die Elektroschockbehandlung wurde früher insgeheim als zusätzliches Disziplinierungsinstrument gefeiert und führt jetzt ein anerkanntes (?) klammheimliches Nischendasein. Werden in anderen medizinischen Fächern Krankheiten besiegt, verschwinden in der Psychiatrie, ohne dass jemand nach meiner Kenntnis wüsste, warum, oder sich jemand Gedanken gemacht hätte, weshalb, epochemachende Diagnosen, zum Beispiel die Hysterie oder Katatonie, die Wachsäle füllte, aber auch Hörsäle, in denen der Ordinarius in entwürdigender Weise die Patienten zurechtbog, um katatone Symptome gekonnt zu demonstrieren. Jetzt erfreut die Psychiatrie die Posttraumatische Belastungsstörung, die Fibromyalgie und immer noch das Borderline-Syndrom, wodurch sie Anschluss fand an internationale Ausdrucksformen, schon wieder ein Minderwertigkeitskomplex weniger!!

Damit wäre der Übergang to the international classifications of diseases gefunden, heiße, wir sind (wieder) wer!!! Die deutsche Psychiatrie spielte ja mal eine gewisse Vortänzerrolle, jetzt wenigstens immerhin noch im eilfertigen Nachmachen.

Es ist förmlich logisch, dass solch ein Fach es sich nicht nehmen lässt, auch durch Leitlinien zu glänzen, gewonnen an einwilligungsfähigen Patienten, wo einerseits jeder Experte und Pförtner weiß, dass das nicht die Problemgruppe ist, andererseits wenigstens dem Durchblicker dadurch deutlich wird, dass es in der Psychiatrie um Menschen geht, die nicht lei(d)tlinifiziert werden können.

Man sieht ihn/sie förmlich vor sich, den Psychiater, die Psychiaterin (das musste jetzt sein), die erst mit AMDP die catchwords erfasst, dann im ICD nachzählt, ob genügend Schlagworte für die Diagnose ausgemacht wurden, sodann, noch bevor die jeweiligen Leitlinien gezückt werden, aufguckt, ob es sich beim Patienten, den man nach Symptomen abgefragt hat, um Mann oder Frau handelt, dann Medikamente verordnet und fortan, wie vorgeschrieben, wochenlang

Fortsetzung des Editorials auf Seite 2

Themenschwerpunkt:
Das Leid mit den Leitlinien

Zur Titelabbildung	3	Regulationstraining	
Jonas Burgert, Schutt und Futter (2012)		Michaela Joswig	41
380 x 600 cm, Öl auf Leinwand		Die Hilfeplanverfahrenmaschine	
© Jonas Burgert/Courtesy Blain/Southern		Renate Fischer	45
Foto: Lepkowski Studios		Ein nichtleitlinienkonformer Amtsarzt	
Die Verdrängung des Individuums aus der Medizin		Gunther Kruse	47
Heinz-Harald Abholz	4	Alternativen zur Psychiatrie – wie geht das?	
DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien		Fünf Jahre »Maison d'Espérance« in Südfrankreich	
bei schweren psychischen Erkrankungen –		Martin Urban	48
Überblick, Chancen und Grenzen		Termine	50
Thomas Becker, Katrin Arnold, Uta Gühne,		Immer noch »Mit 'nem Pott voll Sympathie!«	
Steffi G. Riedel-Heller, Markus Kösters	9	Reinhold Hemmesmann	51
Praxisleitlinien in Sozialpsychiatrie und Rehabilitation		Der Tanz auf dem Seil	
Rezept, Vision, Korsett?		Uwe Reichertz-Boers	54
Annette Theißing	15	Die Erfahrungen von uns Betroffenen müssen	
Gibt es gute und schlechte Leitlinien?		angehört und ernst genommen werden	
Bernd Hontschick	18	Dorothea Buck auf dem deutschen	
Bericht aus dem gemeindepsychiatrischen Alltag		Evangelischen Kirchentag 2013	
Anne Sprenger	19	Dorothea Buck	55
Die Kunst der kleinen Schritte		Stereotyp »unberechenbar und gefährlich«	
Reinhold Hemmesmann	21	Messer-Attacke an der Isar – Tödliche Polizeischüsse	
Die soziale Identität in der prismatischen Psychologie		am Neptunbrunnen	
Alfred Drees	24	Asmus Finzen	57
Vorhang auf, Bühne frei: Von der Kraft des Improvisierens		Aktuell: Die Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems	
Improvisationstheater mit Menschen mit psychischer		Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ist abzulehnen	60
Erkrankung – Inhalte, Erfahrungen und (Neben)Wirkungen		Immer die Nase im Wind	
Michael Domes	27	Nachrichten aus dem Netzwerk	
Experienced Involvement – die gelebte Utopie		Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland	62
einer Tagesklinik		Nachruf	
Eine Evaluation der psychiatrischen Tagesklinik		Mark Richartz (1936–2013)	63
Charlottenstraße des Ernst-von-Bergmann Klinikums		Alte Texte – neu gelesen	
Potsdam durch Studierende der Sozialen Arbeit		Mit dem Umgang umgehen	
Jutta M. Bott, Christine Krüger,		Karl Peter Kisker	64
Christian Kieser, Thomas Willeke	30	Buchbesprechungen	
Alice auf Probezeit		Illigen M (2012): Ich oder ich	
Performative Theaterarbeit mit Langzeitpatienten		Sibylle Prins	67
in der Psychiatrie		Boden M, Feldt D (2012): Krisen bewältigen, Stabilität erhalten,	
Malte Ludwig, Matthias Bittner	36	Veränderungen ermöglichen	
Es werde Licht		André Nienaber	68
Uwe Reichertz-Boers	39	Abonnenten aufgepasst!	70
		Hinweise für Autorinnen und Autoren ■ Impressum	71

abwartet, ob die Dosis oder die Medikamente richtig sein könnten, während der Parkinson fröhlich Urständ feiert oder die Patienten jeden dritten Tag den Gürtel drei Löcher weiter machen müssen.

Wo alles so gut und wunderbar formiert, normiert, entmenschlich herkommt, juckt es das INFO ein klein wenig, gegen diesen Strich zu bürsten, zunächst mit Abholz, der umfangreich und beweiskräftig beschreibt, wie der Mensch gewissermaßen mechanistisch aus der Medizin entfernt wird. Da das INFO sich nicht der Einseitigkeit zeihen lassen möchte, kommen mit einem Votum für die Leitlinien auch Becker u. a. zu Wort. Frau Theißing gibt feinziselierteste Erwägungen und ihre gestalterische Verwobenheit in die Leitlinienproduktion preis, während Herr Hontschik wuchtig seine Vorbehalte und Kritik an den Leitlinien anhand verschiedener Beispiele überaus deutlich zu begründen versteht.

Ein wunderbarer Bericht aus der Gemeindepsychiatrie von Frau Sprenger ergänzt die vorangehenden Beiträge, um dann mit vier Volten und Vignetten die Herren Reichertz-Boers und Hemmesmann aus der sozialpsychiatrischen Praxis zu Wort kommen zu lassen.

Herr Drees leistet erneut einen Beitrag, der uns in dieses Heft zu passen scheint, indem er auf die vermutlich nichtleitlinienkonforme Rolle der prismatischen Psychologie aufmerksam macht. Schließlich kommen Beiträge zum Abdruck, in denen es um Theater – im engeren Sinne – in der Psychiatrie geht, sodass Herr Domes den Vorhang auf und die Bühne frei macht, während Bittner und Ludwig ihre performative Theaterarbeit mit Langzeitpatienten darstellen können. Aus der Tagesklinik in Potsdam ist über Frau Bott auch zu erfahren, dass es gelungen ist, zwei Betroffene, angehörig und psychiatriee erfahren, so in das Team zu integrieren, dass es sogar zu einer regulären Anstellung kommen konnte, trotz der sicherlich laut gewordenen Vorbehalte.

Besonders aufregend fand ich die Idee, in der Psychiatrie auch Box-Veranstaltungen abzuhalten, die jedoch vorsichtshalber von der Autorin Joswig als Regulationstraining beschrieben werden. Sehr amüsant und zugleich tieferschürfend ist der Beitrag von Frau Fischer über die Benutzung einer Hilfeplanverfahrensmaschine. Sodann wird noch über absonderliche, aber letztlich erfolgreiche Verhaltensweisen eines Amtsarztes berichtet und zu guter Letzt eine besondere Lebensform für psychisch Kranke in Südfrankreich von Herrn Urban geschildert.

Von Dorothea Buck sind mit einführenden Worten von R. Schernus zehn bedenkenswerte Thesen nachzulesen. Asmus Finzen verdanken wir noch einen zusätzlichen, höchst aktuell erstellten Beitrag zur Gewalt (im weitesten Sinne) gegen psychisch Kranke. Renate

Schernus stellt uns anschließend die Initiative »Weg mit PEPP« vor, die sich gegen die Einführung des Pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik einsetzt.

Am 31. Mai dieses Jahres starb der niederländische Psychiater Mark Richartz, einer der Begründer dieser Zeitschrift, uns bis zuletzt verbunden. Ralf Seidel würdigt ihn in einem Nachruf. Es folgen – wie üblich – die Nachrichten aus dem Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste.

Dem Editor war es ein großes Anliegen, in »seinem« Heft K. P. Kisker, der zu Lebzeiten sicher für dieses Heft einen Extrabeitrag verfasst hätte, zu Wort kommen zu lassen, was gelingt in »Alte Texte – neu gelesen« über den »Umgang mit dem Umgehen«.

Wir hoffen, mit diesem Themenschwerpunktheft deutlich gemacht zu haben, dass es noch eine Welt jenseits von Leitlinien gibt, womit wir aber beim aufgeklärten INFO-Leser offene Türen eingearannt haben dürften?!!

Wie immer finden Sie auch in diesem Heft die Haselbeck'schen Anmerkungen zur Titelabbildung, Terminankündigungen, Nachrichten aus dem Netzwerk der Sozialpsychiatrischen Dienste und Rezensionen.

Es grüßt Sie herzlich im Namen der Redaktion,
Gunther Kruse

PS: Kurz vor Fertigstellung des Leitlinienfragestellungheftes erreichen mich noch zwei Presseartikel, die die werte Leserschaft ebenfalls interessieren könnten.

1.: FAZ, 28.8.2013, Autorin: Martina Lenzen-Schulte: »Was die Leitlinien den Ärzten verschweigen. Millionen Herzkranker folgen dem Rat eines Betrügers«.

2. Deutsches Ärzteblatt, 35-36, 2. September 2013, S. 575ff, Verfasser u. a.: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: »Besteht ein Einfluss pharmazeutischer Unternehmen auf Leitlinien? Zwei Beispiele aus Deutschland«, Kernaussagen: Am Beispiel von Gabapentin ergeben sich Hinweise, dass von pharmazeutischen Unternehmen manipulierte Daten Eingang in Empfehlungen von Leitlinien finden. Die Mehrzahl der Autoren von Leitlinien, die von Fachgesellschaften verfasst werden, haben Interessenkonflikte. Es ergibt sich der Hinweis, dass Leitlinien mit Beteiligung von Experten mit Interessenkonflikten neue Wirkstoffe günstiger bewerten und damit eher den Interessen pharmazeutischer Unternehmen entgegenkommen als Leitlinien von Autoren ohne Interessenkonflikte.

Zur Titelabbildung

Jonas Burgert, Schutt und Futter, 2013

Schutt und Futter

Die Redaktion der Sozialpsychiatrischen Informationen trifft sich gelegentlich im Museum. Nicht weil wir uns mit Blick auf das Alter unserer Zeitschrift und eines Teils der Redaktionsmitglieder dort einen Platz sichern wollen, sondern weil gerade Kunstmuseen wie die Kestnergesellschaft in Hannover anregende und inspirierende Orte sind. Auch Künstler sind oft Menschenkundler auf der Suche nach unseren existenziellen Grundlagen zwischen Metaphysik, Illusion und Realität. Bei unserem Redaktionstreffen im April dieses Jahres begegneten wir in der Kestnergesellschaft den Bildern des 1969 in Berlin geborenen und dort lebenden Jonas Burgert, einem »Shootingstar« der internationalen Kunstszene. Seine wandgroßen alpträumhaften, mit einer Fülle von beziehungsreichen Formen und Farben erfüllten Gemälde sind beeindruckend, sie irritieren, stoßen vielleicht ab, aber sie lassen den Betrachter nicht unberührt.

Das vier mal sechs Meter große Gemälde »Schutt und Futter«, das der Ausstellung den Titel gegeben hat, zeigt eine detailreiche Szenerie mit einem ekelerregenden gigantischen Müllhaufen in der Mitte eines ummauert wirkenden Raumes mit Figuren, bei denen es schwerfällt, sie als lebende Wesen oder gar Menschen zu identifizieren. Sie nehmen weder untereinander noch mit dem Betrachter Blickkontakt auf und ihre Tätigkeiten erschließen sich uns nicht wirklich. Eine über den Schuttberg gebeugte überdimensionierte, mit bunten Bändern umwickelte Figur mit leeren Augen ist von anderen umgeben, die in Schlamm und Schutt wühlen und schon von Gift gezeichnet wirken. Perspektive und Größenverhältnisse sind verwirrend verzerrt. Eine weibliche Figur mit Kopftuch hält einen blattreichen Zweig wie beschwörend über die Szene. Das erinnert an die Müllberge in Städten wie Mumbai, in denen die Slumbewohner nach noch Verwertbarem suchen. Also im »Schutt« der Zivilisation auf die Suche nach Nahrhaftem, nach »Futter« gehen, um zu überleben, aber vielleicht auch, um etwas Neues entstehen zu lassen?

Zu wiederkehrenden Bildelementen bei Jonas Burgert zählen Bänder. Bänder oder Bandagen, einfache, reduzierte, flexible, dünne Formen, die vieles zu symbolisieren vermögen, sie fixieren, verbinden, schützen, verknoten, schmücken, verhüllen usw. Dazu dominante, grell leuchtende, künstlich wirkende Farben, die durch den bewusst gewählten Kontrast warmer und kalter Farben chaotisch wirken und die Augen schmerzen.

Viele seiner Figuren sind bemalt, verkleidet oder wirken wie maskiert. Das erinnert an archaische Stammeskulturen, die mit der Bemalung des menschlichen Körpers die Grenze zwischen Natur zu Kultur überschreiten, was von Lévi-Strauss als Geburtsstunde der Malerei beschrieben wurde. Durch die Bemalung werde der Körper zur Verkörperung eines Subjekts, das durch diesen Akt der Bezeichnung eine soziale Definition und Zuordnung erhält. Durch die künstliche und später künstlerische Besetzung werde der Körper dem Bereich der Natur entzogen und zum Element eines sozialen und geistigen Systems.

Im rechten Vordergrund des Bildes hält eine muslimisch wirkende Figur eine Stange hoch, auf deren mit einer kleinen Plattform versehenen Spitze ein mit bunten Bändern umschlungener Affe wie gekreuzigt verharrt. Eine Figur aus dem Hintergrund senkt mit einer Art Angel ein Lot in die Mitte des Bildes. Was wird ausgelotet? Die Mitte der Welt? Das Wesen der Menschen? Oder ...?

Diese verstörende Bildwelt von Jonas Burgert ist geprägt von einer enzyklopädischen Fülle an beziehungsreichen Details mit ethnologischen und kulturhistorischen Anspielungen, deren hermeneutische Unerschöpfbarkeit vermutlich noch zahllose Kunsthistoriker beschäftigen wird. Er selbst schreibt zum sinnstiftenden Potenzial der Malerei, der symbolischen Funktion von Ritualen und den Bedeutungszusammenhängen in seinen Bildern:

Die Rituale sind Teil unserer Suche, ich mache nichts anderes, als das Schlachtfeld zu malen, auf dem das stattfindet. Dazu greife ich kei-

ne historisch benennbaren Themen auf. Bei meinen Bildern geht es nicht um konkrete Geschichten, beispielsweise aus religiösen Zusammenhängen. Das Gefühl des Bekannten rührt daher, dass ich versuche zu malen, was uns sowieso schon immer beschäftigt, da es existenziell ist. Wir meinen einem Ritus beizuwohnen, obwohl wir den gar nicht erkennen, nicht wissen was die Figuren da eigentlich tun. Doch die Illusion ist Teil unseres Lebens, die Sehnsucht, etwas mehr zu finden als das, was wir eigentlich sind. Das ist auch einer der Aspekte des Titels der Ausstellung, Schutt und Futter. Ich nehme eigentlich Abfall, Müll oder Banalitäten und versuche daraus Szenarien herzustellen, in denen sich die Figuren geistig erhöhen – aus nichts. Es bleibt bestenfalls schöner Dreck. Es ist ein interessantes Phänomen, dass Malerei eine Illusion ist, von der wir glauben, dass sie zu uns gehört. Malerei ist nichts völlig Artifizielles, Abgehobenes, keine reine Fiktion, sondern die Illusion ist Teil unserer Realität, wir leben damit. Wir weinen im Kino, obwohl wir wissen, dass es Betrug ist.

Jonas Burgert möchte keine Ideen illustrieren, er will irritieren, Empfindungen provozieren, den Betrachter zur Suche nach einem Subtext anregen und dazu eine Atmosphäre oder, wie er sagt, ein Klima in seinen Bildern schaffen, das zur Selbstreflexion auffordert. Aby Warburg charakterisierte wirkliche Kunstwerke als »Ausdrucksformen des maximalen inneren Ergriffenseins«. Die Betrachter werden am Ende entscheiden, ob dies Jonas Burgert mit den von ihm gewählten Mitteln in seinen Bildern gelungen ist. Die Mitglieder der Redaktion waren unterschiedlicher Meinung, aber vieles spricht dafür.

Literatur

GÖRNER, V. u. H. DIETZ (Hg.) »Jonas Burgert – Schutt und Futter«. Ausstellungskatalog Kestnergesellschaft, Verlag Walther König, Hannover (2013)

LÉVI-STRAUSS, C. »Traurige Tropen«. Suhrkamp, Frankfurt a.M. (1982)

Helmut Haselbeck

Praxisleitlinien in Sozialpsychiatrie und Rehabilitation

Rezept, Vision, Korsett?

Autorin: Annette Theißing



Zusammenfassung Gibt es für den außerklinischen sozialpsychiatrischen Bereich empirisch überprüfte Empfehlungen, die praxistauglich sind? Aus der sozialpsychiatrischen Rehabilitation haben sich die Praxisleitlinien »Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen« (Jäckel/ Hoffmann/Weig 2010) und »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2013) dieser anspruchsvollen Aufgabe gewidmet. Die Autorin untersucht, welche Chancen, Stolpersteine und Nebenwirkungen sich bei diesem Vorhaben ergeben haben.

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

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 Leitlinien und

Therapiestandards über Literaturrecherche und die Auswertung von therapeutischen Leistungen und Ergebnissen von Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt.

Im psychiatrischen außerklinischen Bereich der psychosozialen und rehabilitativen Therapien spielen Leitlinien bislang eine untergeordnete Rolle. Die Orientierung an Leitlinien wird im sozialpsychiatrischen Feld eher kritisch beäugt, als Gängelung empfunden und als wenig nutzbringend für den Alltag im Betreuten Wohnen oder in der psychiatrischen Rehabilitation gesehen. Die therapeutische Begleitung von Klienten in ihren besonderen und oft komplizierten Lebens-

situationen scheint sich nicht in Leitlinien wiederzufinden. Die ambulante sozialpsychiatrische Betreuung erfordert häufig individuelle und systemische Lösungsansätze.

In meiner täglichen Arbeit als Leiterin einer Rehabilitationseinrichtung RPK zeigt sich auch 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 zurate gezogen, unsystematisch Literaturrecherche betrieben und in Hospi-

tationen und Fachgruppen von den Erfahrungen anderer Einrichtungen profitiert. Fachtagungen und Vorgaben von Leistungsträgern geben weitere Impulse zur Fortentwicklung der therapeutischen Konzeption. Erfahrungsgeleitet und scheinbar unabhängig von jeglicher Evidenz haben wir bisher unser Angebot bedarfsorientiert stetig weiterentwickelt. Der Blick in die Vorgaben von Rehabilitationsleitlinien verwandter Indikationsbereiche wie zum Beispiel der Suchtrehabilitation (DRV 2011) wirkt eher befremdlich. Die dort präsentierten statistisch gewonnenen Vorgaben haben wenig Bezug zu unseren praktischen Erfahrungen mit komplexen Rehabilitationsprozessen.

Andererseits beschleichen uns auch Zweifel. Haben nicht gerade Menschen mit schwerwiegenden psychischen Störungen ein Anrecht darauf, die therapeutischen Leistungen zu bekommen, die für sie nachweislich am wirksamsten sind? Ist es nicht fahrlässig, hier alleine auf Erfahrungswissen, soziale Umgebung und Beziehungsqualität zu bauen? Wer würde sich nach einer schweren körperlichen Erkrankung freiwillig in innovative, aber wissenschaftlich nicht fundierte Rehabilitationsprogramme begeben?

Zwei Leitlinienprojekte in der psychiatrischen Rehabilitation haben sich genau dieses Spannungsfeld zur Aufgabe gemacht: Ist es möglich, für den außerklinischen sozialpsychiatrischen Bereich empirisch überprüfte Empfehlungen zu entwickeln, die praxistauglich sind?

- Die Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen (S1) Niveau, (D. Jäckel, H. Hoffmann, W. Weig 2010) initiiert von der BAG RPK und die
- DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (T. Becker, S. Riedel-Heller, S. Weinmann 2013)

Beide Leitlinien gehen von einem multi-professionellen, prozesshaften und sozialpsychiatrischen Rehabilitationsverständnis aus. Als Vertreterin der Bundesarbeitsgemeinschaft der RPK-Einrichtungen (BAG RPK e.V.) hatte ich die Gelegenheit, in beiden Projekten in der Leitlinienentwicklung für den Bereich der psychiatrischen Rehabilitation mitzuwirken.

Der Konsensprozess

Die Entwicklung von Leitlinien verbindet die Aufbereitung von wissenschaftlichen Studien mit der gebotenen wissenschaftlichen Neutralität auf der einen Seite mit der Beteiligung von erfahrenen Experten aus unterschiedlichen Institutionen und Fachorganisationen andererseits. Es wird im Verfahren in unterschiedlichen Phasen versucht, einen weitgehenden Konsens für die Empfehlungen herzustellen. Die praktische Erfahrung aus den Institutionen in die Leitlinienentwicklung einzubringen, ohne sich von institutionellen Interessen leiten zu lassen, ist in diesem Prozess eine große Herausforderung.

Insbesondere bei der Entwicklung der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien« mit über 40 beteiligten Experten und Organisationen aus allen Himmelsrichtungen der psychiatrischen Versorgung beeindruckte daher 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. Gefährdet wurde dieser mühevoll Einigungsprozess allerdings bisweilen durch Ermüdungserscheinungen aller Beteiligten und infolge des Drangs nach schneller Konsensfindung.

Beispiel Arbeitsrehabilitation: eindeutige Studien – zweideutige Empfehlungen?

In beiden Leitlinien-Prozessen entwickelten sich besonders hitzige Diskussionen im Bereich der Arbeitsrehabilitation und dem Konzept des »Supported Employment«, in Deutschland bekannt unter dem Stichwort »Erst platzieren – dann trainieren«. Rehabilitation beginnt direkt am Arbeitsplatz, ohne Vortraining im geschützten Bereich. Klienten werden ohne zeitliche Befristung durch einen Jobcoach begleitet. Die sozialrechtlichen Bedingungen, in denen dieses Konzept umgesetzt wird, sind länderspezifisch sehr unterschiedlich.

Die Studien zeigen: Supported Employment übertrifft herkömmliche Rehabilitationskonzepte: Klienten mit schweren psychischen Beeinträchtigungen finden mit Sup-

ported 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.

Mit dieser eindeutigen Studienlage findet sich das Supported Employment als empfohlenes Konzept der Arbeitsrehabilitation in beiden oben genannten Leitlinien wieder.

Ein Konzept, das – radikal zu Ende gedacht – in Deutschland viele bestehende Einrichtungsstrukturen und sozialrechtliche Bedingungen infrage stellt.

Die deutsche Arbeitsrehabilitation mit dem Facettenreichtum ausgefeilter beruflicher Rehabilitationskonzepte taucht in den Empfehlungen beider Leitlinien nicht auf. Etwas ratlos bleibt man auch mit der Frage der Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse zurück. Wichtige Elemente des Supported Employment wie ein fließender Übergang von Erwerbsminderungsrente und Arbeitslohn und eine zeitlich nicht befristete therapeutische Begleitung durch einen Jobcoach sind bisher in Deutschland nicht ohne Weiteres umsetzbar. Auch die in Deutschland gesetzlich verankerte sogenannte »Unterstützte Beschäftigung« nach § 38 a SGB IX kann diese Rahmenbedingungen nicht nutzen und ist somit nicht vergleichbar mit dem Konzept des Supported Employment.

Interessanterweise entwickeln sich genau an dieser Stelle nach Abschluss der Konsensrunden der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien« Turbulenzen und eine Herabstufung der ursprünglichen Empfehlungsstärke. Das Supported Employment wird nach nochmaliger Abstimmung nun in den S3-Praxisleitlinien nur noch für einen Teil der Klienten empfohlen und nicht mehr mit Empfehlungsstärke »A« für die meisten Klienten gefordert. Begründet wird diese Herabstufung mit der (noch) fehlenden Evidenz für die Übertragbarkeit des Konzepts auf deutsche Verhältnisse.

Diese Herabstufung kommt sicher auf der einen Seite starken institutionellen Vorbehalten von Rehabilitationsanbietern entgegen. Der im Supported Employment liegende Kerngedanke, Inklusion im Bereich Arbeitsrehabilitation für schwer beeinträchtigte Menschen voranzutreiben, ist für deutsche Rehabilitationseinrichtungen fachlich eine hohe Herausforderung und erfordert von Praxis und Gesetzgebung ein radikales

institutionelles und sozialrechtliches Umdenken.

Die nachträgliche Herabstufung der Empfehlungsstärke in diesem Bereich der Leitlinien kann den notwendigen Veränderungselan bremsen und als Einigung auf den Status Quo missverstanden werden. An dieser Stelle wäre mit »mehr Evidenz« auch mehr Innovationskraft und Vision möglich gewesen. Die fehlende Evidenz in Deutschland erweist sich an unterschiedlichen Stellen als unübersehbarer Stolperstein.

Stolpersteine

In Deutschland gibt es verhältnismäßig wenige Studien im ambulanten psychiatrischen Bereich. Ob Wohnunterstützung, Arbeitsrehabilitation oder ambulante psychiatrische Behandlung: in allen Bereichen wird in den Leitlinien auf angelsächsische Studien zurückgegriffen. Die in den angelsächsischen Studien häufig als Kontrollgruppe herangezogene »psychiatrische Standardbehandlung« ist aber nur mit Einschränkungen auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar. Damit bleibt eine wichtige weitergehende Aufgabe der Leitlinien im psychosozialen und rehabilitativen Bereich, Studien im ambulanten Bereich in Deutschland voranzutreiben.

Hier wartet dann schon der nächste Stolperstein: Je besser die psychiatrische Versorgung im Sinne einer komplexen, personenzentrierten und wohnortnahen Hilfe ist, umso schwieriger ist die Überprüfung der Evidenz. Das Konstanthalten von Faktoren ist in einer realitätsnahen Umgebung praktisch kaum möglich. Komplexe Hilfen lassen sich nicht auf eindeutige Effekte von einzelnen Bausteinen reduzieren. Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien« hat diese metho-

denkritische Aspekte ausdrücklich aufgegriffen.

Unerwünschte Nebenwirkungen

Viele Praktiker werden enttäuscht sein, wenn sie in diesen 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« (Jäckel, Hoffmann, Weig 2010) 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 Therapien« (DGPPN 2013) 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 versprechen 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 Kluft zwischen Wissenschaft und Praxis ließe sich durch geeignete qualitative Forschungsmethoden verringern. Da der indi-

viduelle Prozess und der reale soziale Kontext im Mittelpunkt stehen, 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
- BECKER, T.; RIEDEL-HELLER, S.; WEINMANN S. (2013). DGPPN S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- DRV (2011). Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung. Stand Januar 2011.
- JÄCKEL, D., HOFFMANN, H., WEIG, W. (Hg.) (2010). Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. Köln: Psychiatrie Verlag

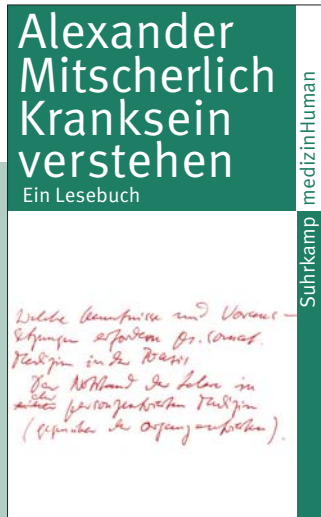
Die Autorin

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

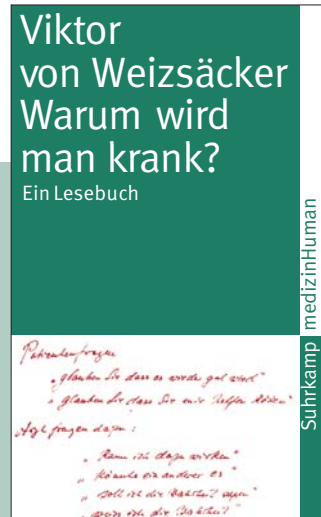
medizinHuman

Bücher über die Heilkunst

Herausgegeben von Bernd Hontschik



Timo Hoyer (Hg.)
Band 9 der Reihe
medizinHuman
st 4151. 300 S. € 10,- (D)



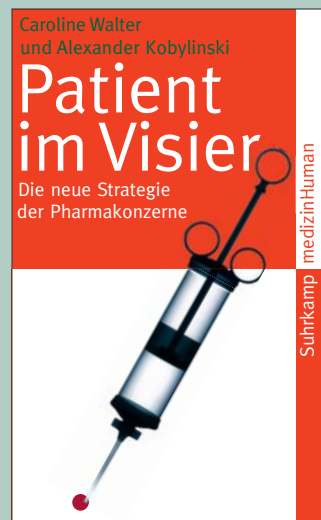
Wilhelm Rimpau (Hg.)
Vorwort: Klaus Dörner,
Band 5 der Reihe
medizinHuman
st 3936. 341 S. € 10,- (D)



Aufsätze und Vorträge
Band 10 der Reihe
medizinHuman
st 4163. 215 S. € 8,- (D)



Band 1 der Reihe
medizinHuman
st 3818. 144 S. € 7,99 (D)



Band 13 der Reihe
medizinHuman
st 4305. 268 S. € 8,99 (D)



H. Christof Müller-Busch
Band 14 der Reihe
medizinHuman
st 4368. 295 S. € 10,- (D)

suhrkamp taschenbuch

www.suhrkamp.de