

# SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung,  
Therapie und  
psychosozialem Management

Jahrgang 30

September 2014

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>S. Lüscher, T. Froböse, D. Schwerthöffer, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml</i> <b>Psychoedukative Gruppen bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis für Patienten mit geringer Krankheitseinsicht: Praktische Erfahrungen in Bezug zum APES Manual.....</b>	<b>05</b>
<i>Dorothea Jäckel</i> <b>Was bringt psychisch Kranke in Arbeit - Fortschritte in der Arbeitsrehabilitation.....</b>	<b>23</b>
<i>Thomas Becker</i> <b>Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? .....</b>	<b>44</b>
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i> <b>Psychische Erkrankungen und Psychotherapie bei Migrantinnen und Migranten.....</b>	<b>58</b>
<i>Matthias Hammer, Irmgard Plößl</i> <b>Irre verständlich: Wann wird Angst zur Störung?.....</b>	<b>72</b>

Mitteilungsorgan der *gfts*

## Impressum

**Herausgeber:** Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“, *gfts e.V.*

**Redaktionsteam:** W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost  
M. Boonen, LVR-Klinik Bonn

**Gestaltung:** W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost

**Druck:** I. Plößl, Reha-Zentrum Rudolf-Sophien-Stift

**Webseite:** [www.gfts.de](http://www.gfts.de)

**ISSN-Nr.** 0938 -2720

# SCHIZOPHRENIE

---

Inhalt	Seite
Kongressankündigungen.....	02
Neuerscheinungen Bücher.....	03
<i>S. Lüscher, T. Froböse, D. Schwerthöffer, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml</i> <b>Psychoedukative Gruppen bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis für Patienten mit geringer Krankheitseinsicht: Praktische Erfahrungen in Bezug zum APES Manual.....</b>	<b>05</b>
<i>Dorothea Jäckel</i> <b>Was bringt psychisch Kranke in Arbeit - Fortschritte in der Arbeitsrehabilitation.....</b>	<b>23</b>
<i>Thomas Becker</i> <b>Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? .....</b>	<b>44</b>
<i>Jan Ilhan Kizilhan</i> <b>Psychische Erkrankungen und Psychotherapie bei Migrantinnen und Migranten.....</b>	<b>58</b>
<i>Matthias Hammer, Irmgard Plößl</i> <b>Irre verständlich: Wann wird Angst zur Störung?.....</b>	<b>72</b>

### Kongressankündigungen

September 2014 bis September 2015

Tagungen unter: [www.zbmed.de](http://www.zbmed.de) >> Kongresskalender  
[www.iupsys.net](http://www.iupsys.net)  
 ZPID Kalender

<b>Datum</b>	<b>Name der Veranstaltung</b>	<b>Tagungsort</b>
09.09.2014 13.09.2014	44th Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) ( <a href="mailto:office@eabct.eu">office@eabct.eu</a> )	Den Haag (NL)
11.09.2014 13.09.2014	8. Kongress der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DTPPP)( <a href="mailto:office@ce-management.com">office@ce-management.com</a> )	Wien (A)
12.09.2014 13.09.2014	23. Jahrestg. der Dtsch.Gesell. für Klin. Psychotherapie und Psychosom. Rehabilitation (DGPPR) ( <a href="mailto:fkshwerin@ahg.de">fkshwerin@ahg.de</a> )	Lübsdorf (D)
14.09.2014 18.09.2014	XVI. WPA World Congress of Psychiatry ( <a href="mailto:secretariat@wpamadrid2014.com">secretariat@wpamadrid2014.com</a> )	Madrid (ESP)
30.09.2014 02.10.2014	Deutscher Suchtkongress ( <a href="mailto:sucht2014@cpo-hanser.de">sucht2014@cpo-hanser.de</a> )	Berlin (D)
09.10.2014 10.10.2014	Jahrestagung der gfts ( <a href="http://www.gfts.de">www.gfts.de</a> )	Regensburg (D)
07.11.2014 09.11.2014	23. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin ( <a href="mailto:info@dgsuchtmedizin.de">info@dgsuchtmedizin.de</a> )	Berlin (D)
13.11.2014 15.11.2014	Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ( <a href="mailto:dgsp@hille-kruckenberg.de">dgsp@hille-kruckenberg.de</a> )	Bremen (D)
26.11.2014 29.11.2014	DGPPN 2014: Herausforderungen durch den demograph. Wandel – psych. Erkr. heute und morgen ( <a href="http://www.dgppn.de">www.dgppn.de</a> )	Berlin (D)
12.12.2014 13.12.2014	19. Weißenauer Schizophrenie-Symposium ( <a href="mailto:Joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de">Joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de</a> )	Köln (D)
04.03.2015 07.03.2015	XXXIV Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) ( <a href="http://www.dgkjp.de">www.dgkjp.de</a> )	München (D)
28.03.2015 31.03.2015	European Congress of Psychiatry (European Psychiatric Association) EPA 2015 ( <a href="mailto:epa@kenes.com">epa@kenes.com</a> )	Wien (A)
12.04.2015 24.04.2015	65. Lindauer Psychotherapiewochen, 1.Woche 12.04.-17.04. 2.Woche 19.04.-24.04.2015 ( <a href="http://www.lptw.de">www.lptw.de</a> )	Lindau (D)
16.05.2015 20.05.2015	2015 APA Annual Meeting - American Psychiatric Association ( <a href="http://www.apa-igd.com">www.apa-igd.com</a> )	Toronto (Ontario)
04.06.2014 06.06.2014	20th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology ( <a href="http://www.cinp.org">www.cinp.org</a> )	Dublin (Ireland)
14.06.2015 18.06.2015	12th World Congress of Biological Psychiatry ( <a href="mailto:wfsbp2015@cpo-hanser.de">wfsbp2015@cpo-hanser.de</a> )	Athen (GR)
07.07.2015 10.07.2015	14th European Congress of Psychology (ECP 2015) ( <a href="http://www.ecp2015.eu">www.ecp2015.eu</a> )	Mailand (I)
31.08.2015 03.09.2015	45th Annual European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) ( <a href="mailto:congress@isas.co.il">congress@isas.co.il</a> )	Jerusalem (Israel)
24.09.2015 26.09.2015	5th European Conference on Schizophrenia Research ( <a href="mailto:schizophrenia@cpo-hanser.de">schizophrenia@cpo-hanser.de</a> )	Berlin (D)

### SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**  
 Jahrgang 30 (2014)

---

### Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2013 und 2014

- Friedenstab, Tanja:  
Psychotherapie sozialer und emotionaler Defizite bei psychisch kranken Straftätern : mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen / Tanja Friedenstab. - Lengerich : Pabst Science, 2013. - 181 S. - (SEKT im Maßregelvollzug ; 1) ISBN 978-3-89967-889-5 / 3-89967-889-3 15,00
- Friedenstab, Tanja:  
Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) : für psychisch kranke Straftäter mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und komorbiden Störungen wie Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen ; Trainingsmanual zum Begleitband Soziales und emotionales Kompetenztraining (SEKT) im Maßregelvollzug, Band 1 / Tanja Friedenstab. - Lengerich : Pabst Science, 2013. - 250 S. : graph. Darst. + CD-rom - (SEKT im Maßregelvollzug ; 2) ISBN 978-3-89967-890-1 / 3-89967-890-7 30,00
- Bernet, Brigitta:  
Schizophrenie : Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900 / Brigitta Bernet. - Zürich : Chronos-Verl., 2013. - 390 S. : Ill. Zugl.: Zürich, Univ., Diss., 2010 ISBN 978-3-0340-1111-2 / 3-0340-1111-3 39,50
- Braun-Scharm, Hellmuth ...:  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie : mit Patientengesprächen auf Video-CD-rom / Hellmuth Braun-Scharm ; Arno Deister ; Gerd Laux. - 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. - Stuttgart : Thieme, 2013. - 658 S. : Ill. und graph. Darst. + Video-CD-rom - (Duale Reihe) ISBN 978-3-13-128545-4 / 3-13-128545-1 49,99
- Hales, Robert E. (Ed.):  
The American Psychiatric Publishing Text book of Psychiatry : DSM-5 edition / ed. by Robert E. Hales ; Stuart C. Yudofsky ; Laura Weiss Roberts. - 6. ed. - Washington <DC> : American Psychiatric Publ., 2014. - XXXVII, 1473 S. : Ill. und graph. Darst. ISBN 978-1-58562-444-7 / 1-58562-444-6 189,991-58562-444-6 189,99
- Kowarowsky, Gerd: Der schwierige Patient : Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag / Gert Kowarowsky. - 2., überarb. Aufl. - Stuttgart : Kohlhammer, 2011. - 202 S. : Ill. und graph. Darst. ISBN 978-3-17-021571-9 / 3-17-021571-X 27,90
- Institut für Systemische Therapie <Wien>:  
Vreni Shizzo : wie die Schizophrenie siegt und wie sie scheitert / Institut für Systemische Therapie Wien. - Heidelberg : Carl Auer Verlag, 2013. - DVD, 44 min ISBN 978-3-89670-565-5 / 3-89670-565-2 ca. 24,95
- Wienberg, Günther ...:  
PEGASUS : psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen / Günther Wienberg ; Christoph Walther ; Michaela Berg. - 6., erw. Neuausg. - Bonn : Psychiatrie-Verl., 2013. - 256 S. + CD-rom - (Psychosoziale Arbeitshilfen ; 30) ISBN 978-3-88414-562-3 / 3-88414-562-2 49,95
- Roder, Volker ... (Hrsg.):  
INT - Integrative neurokognitive Therapie bei schizophren Erkrankten : mit CD-rom / Volker Roder ; Daniel R. Müller (Hrsg.). Unter Mitarbeit. von S. J. Schmidt und M. Lächler. - Berlin : Springer, 2013. - XI, 218 S. : zahlr. Ill., graph. Darst. + CD-rom ISBN 978-3-642-21439-4 / 3-642-21439-8 49,99
- Rom, Josi:  
Schizophrenien: Wissen - Verstehen - Handeln : Brücken bauen zwischen Wahnwelten und Realität / Josi Rom. - Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2013. - 236 S. ISBN 978-3-525-46265-2 / 3-525-46265-4 29,99
- Bock, Thomas ...:  
Sinnsuche und Genesung : Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen / Thomas Bock ; Kristin Klapheck ; Friederike Ruppelt. - 1. Aufl. - Bonn : Psychi-

atrie-Verl., 2014. - 320 S. : graph. Darst. ISBN  
978-3-88414-577-7 / 3-88414-577-0  
29,95

Hansen, Hartwig (Hrsg.):

Der Sinn meiner Psychose : zwanzig Frauen  
und Männer berichten / Hartwig Hansen (Hg.).  
- Neumünster : Paranus-Verl., 2013. - 200  
S. ISBN 978-3-940636-24-9 / 3-940636-24-  
X 19,95

Bock, Thomas:

Basiswissen: Umgang mit psychotischen Pati-  
enten / Thomas Bock. - 8., aktualis. Aufl. -  
Bonn : Psychiatrie-Verl., 2013. - 155 S. -  
(Basiswissen ; 2) ISBN 978-3-88414-570-8 /  
3-88414-570-3 16,95

Becker, Kalle:

Als Papa mit den Kerzen tanzte : ein Buch für  
Kinder über die Krankheit Schizophrenie / Kal-  
le Becker. - Köln : atp-Verl., 2013. - 38 S. :  
überw. Ill. - (Kindern verstehen helfen) ISBN  
978-3-943064-03-2 / 3-943064-03-4 16,80

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Di-  
sorders : DSM-5 - 5. ed. - Washington <DC> :  
American psychiatric Association, 2013. -  
XLIV, 947 S. ISBN 978-0-89042-555-8 / 0-  
89042-555-8 128,40

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Di-  
sorders : DSM-5 - 5. ed. - Washington <DC> :  
American psychiatric Association, 2013. -  
XLIV, 947 S. ISBN 978-0-89042-555-8 / 0-  
89042-555-8 128,40

Desk reference to the Diagnostic Criteria from  
DSM-5 - Washington <DC> : American psy-  
chiatric Association, 2013. - XLVIII, 395 S.  
ISBN 978-0-89042-556-5 / 0-89042-556-  
6 63,79

Laux, Gerd ; Dietmaier, Otto:

Psychopharmaka : übersichtlich und verständ-  
lich ; für Patienten, Angehörige und Profis in  
der Pflege / Gerd Laux ; Otto Dietmaier. - 9.,  
vollst. überarb. Aufl. - Berlin : Springer, 2013. -  
XIII, 232 S. : Ill. und graph. Darst. ISBN 978-3-  
642-19850-2 / 3-642-19850-3 19,99

## Psychoedukative Gruppen bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis für Patienten mit geringer Krankheitseinsicht: Praktische Erfahrungen in Bezug zum APES Manual

S. Lüscher, T. Froböse, D. Schwerthöffer, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml

### Einleitung

Die Psychoedukation zählt laut den S-3-Leitlinien der DGPPN (2005/2012) unter Einbeziehung der Angehörigen und gemäß den APA-Leitlinien (2004) zu den allgemein empfohlenen Behandlungsmaßnahmen bei schizophren erkrankten Patienten.

Wie bei allen psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen hängt auch bei psychoedukativen Gruppen für schizophren erkrankte Patienten die Akzeptanz des Gruppenangebotes und die Teilnahmebereitschaft in erheblichem Maße von der Krankheits- und Behandlungseinsicht der Patienten ab.

„Fehlende Krankheitseinsicht“ wird im Manual der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie definiert als das „Unvermögen des Patienten, seine krankhaften Erlebnis- und Verhaltensweisen als krankheitsbedingt anzuerkennen“. Fehlendes Krankheitsgefühl ist laut AMDP wie folgt definiert: „Wenn der Patient spontan oder auf Befragen verneint, dass er sich krank fühle“ (AMDP, 2000). In der Literatur wird der Anteil von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, die aufgrund einer mangelhaften Krankheitseinsicht nicht daran glauben, an einer Krankheit zu leiden,

auf 50-80% geschätzt (Raffard et al. 2008) und als geradezu charakterisierend für diese Erkrankung beschrieben (Xia et al. 2011). Eine mangelhafte Krankheitseinsicht kann ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer medikamentösen Non-compliance sein (Cavelti et al. 2012; Beck et al. 2011) mit großem Einfluss auf die langfristige Behandlungsperspektive. Während es in der Regel bei krankheitseinsichtigen und hochmotivierten Patienten keines größeren Aufwandes bedarf, um sie für die Teilnahme zu gewinnen, gleicht dieser Einladungsprozess bei wenig bis nicht einsichtigen Erkrankten geradezu einer „Quadratur des Kreises“. Denn warum sollte jemand, der sich nicht krank fühlt, zumindest nicht „schizophren erkrankt“, an einer Gruppe teilnehmen, die eine Erkrankung zum Thema hat, die auf ihn gar nicht zutrifft? Zudem spielt auch die Teilnahmequalität an einer psychoedukativen Gruppe eine Rolle, wobei auch Patienten mit geringer Teilnahmequalität in der Literatur von der Gruppe profitieren (Bäuml et al 2012). Daher kommt der Umsetzung von psychoedukativen Interventionen, gerade bei schizophren erkrankten Patienten mit geringer Krankheitseinsicht, eine Schlüsselfunktion zu und stellt für jeden Leiter von Psychoedukativen Gruppen eine der größten Herausforderungen dar.

Die Psychoedukation soll über die Förderung von Compliance und Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung das Auftreten von Rückfällen mit stationärem Aufenthalt verhindern und damit einen Zuwachs an sozialer Kompetenz und Zufriedenheit mit der Therapie ermöglichen und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem reduzieren (Xia et al. 2011). Dies bekommt vor allem vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie eine noch größere Relevanz (PEPP 2013).

Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (Bäumel, Pitschelwatz, 2008) ist fehlende Krankheitseinsicht keinesfalls eine Kontraindikation für die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen. Allerdings stellt die Freiwilligkeit der Teilnahme eine unverzichtbare Grundvoraussetzung der Psychoedukation dar. Im Rahmen der „doppelten Buchführung“ (Bäumel 2008) ist es immer wieder möglich, auch zunächst sehr ablehnende Patienten auf dem Boden einer guten therapeutischen Beziehung zumindest für einige Probesitzungen zu gewinnen.

Im Folgenden sollen einige praktische Ratschläge und Bewältigungsstrategien berichtet werden, die sich bei der Inklusion in die Psychoedukativen Gruppen von zunächst sehr abwehrend reagierenden Patienten in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München bewährt haben. Diese Erfahrungen basieren auf dem APES-Manual orientierten Konzept, das

bei der Durchführung dieser Gruppen zu Grunde lag („Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie“ / Bäumel et al. 2010). Die Themen der insgesamt acht Sitzungen sind in Tabelle 3 skizziert.

## **Allgemeine Motivationsstrategien zur Gruppenteilnahme von Patienten mit mangelhafter Krankheitseinsicht**

Patienten mit mangelhafter Krankheitseinsicht zeigen meist wenig Motivation an den angebotenen psychoedukativen Gruppen teilzunehmen und lehnen häufig zunächst die Teilnahme ab. Die angegebenen Gründe sind vielfältig und reichen von der Äußerung „schon alles über die nur von den Ärzten angenommene Erkrankung zu wissen“ bis hin zu oft etwas vorgeschoben wirkenden Gründen „dies sei zusätzlich zum restlichen Programm auf Station einfach zu viel...“. Oft erfolgt die formale Zusage zur Gruppe, ohne dann an den vereinbarten Terminen tatsächlich teilzunehmen. Zur Motivation dieser Patienten ist ein sehr hohes Maß an Zeit und Geduld nötig, obwohl gerade diese Patienten erfahrungsgemäß sehr von den psychoedukativen Gruppen profitieren können.

Besonders wichtig ist aus unserer Sicht die feste Integration der psychoedukativen Gruppe in den Stationsalltag, welche auch durch alle Mitarbeiter der Klinik so kommuniziert werden muss. So können die eigentlich „unerwünschten und lästigen“, an zwei Tagen der Woche stattfindenden Termine von Beginn an als obligatorische Programmpunkte vermittelt und begriffen werden, die fest im Wochenplan der Stationen und den individu-

ellen Tagesplänen der Patienten verankert sein sollten und für alle Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis verbindlich sind. Hierbei hat sich die Implementierung einer routinemäßig stattfindenden fortlaufenden Gruppe bewährt! Ebenso wie das Fernbleiben von anderen Therapieangeboten ohne triftigen Grund führt auch das Vermeiden der Psychoedukativen Gruppe zu Nachfragen und therapeutischer Bearbeitung des Fernbleibens. Überprüft werden kann dies anhand der Unterschrift der Gruppenleiter auf dem Wochenplan der Patienten, so dass auch für die betreuenden Ärzte auf Station ein leichter Überblick über die Teilnahme möglich ist. Es hat sich auch bewährt, bei der Einladung den „Seminarcharakter“ und die Allgemeingültigkeit vieler Themen für psychische Erkrankungen ganz generell hervorzuheben und zu erwähnen, dass auch die Informationsvermittlung aus den Themen Nebenwirkungen, Medikamente

sowie psychotherapeutische Verfahren und sozialpädagogische Interventionsmöglichkeiten abgehandelt würden und man sich dies „ja mal im Rahmen einer Schnupperstunde anhören könne“. Die Aushändigung des Terminplanes schon bei Aufnahme und die regelmäßige Erinnerung an die Teilnahme bei allen Patienten versteht sich von selbst. Bewährt hat sich hierbei die solidarische Mitarbeit von allen an der Behandlung Mitwirkenden, wie Pflegekräften, Sozialpädagogen, Spezialtherapeuten, Psychologen, Ärzten, Oberärzten und, wenn möglich, motivierten Studenten oder Praktikanten. Die allgemeinen Motivationsstrategien sind in Tabelle 1 dargestellt.

### **Strategien und Eckpunkte für das Gelingen einer Psychoedukativen Gruppe unter dem besonderen Aspekt der Einbeziehung von Patienten mit wenig Krankheitseinsicht**

Feste Integration der Gruppe in Stationsalltag
Fortlaufende, routinemäßige Termine
Betonung des „Seminarcharakters“
Betonung der Allgemeingültigkeit der Themen für viele psychiatrische Erkrankungen
Aushändigung des Terminplanes bei Aufnahme
Abzeichnen der Teilnahme im Tagesplan durch Gruppenleiter
Regelmäßige Erinnerung an Teilnahme
Nachfragen und stete Motivation bei Nichtteilnahme

#### *Wohlwollende Grundstimmung*

Bei der Gruppenleitung ist die Schaffung eines wertschätzenden „Gruppenklimas“ von herausragender Wichtigkeit, bei dem jeder Teilnehmer, unabhängig von einer eventuellen kritischen Grundhaltung, zu Wort kommen kann und soll. Ohne den „roten Faden“ einer strukturierten Informationsvermittlung aus den

**Tabelle 1:** Allgemeine Motivationsstrategien

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 30 (2014)

Augen zu verlieren, sollte jeder Patient mit seinen individuellen Ansichten ernst genommen werden, ohne dysfunktionale Sichtweisen dabei zu verstärken. Um eine Reaktanzbildung zu verhindern, sind suggestive Äußerungen wie „auch Sie müssen doch zugeben, dass die Medikamente Ihnen seit vorletzter Woche geholfen haben“, zu vermeiden. Alternativ kann die vorsichtige Einbeziehung anderer Patienten erwogen werden mit beispielsweise der Frage: „Wenn Sie sich bitte einmal vorstellen, Sie würden sich in einer ähnlichen Situation befinden wie gerade Herr Müller. Wer von Ihnen würde dann die Medikation absetzen? Wer wäre eher für eine Erhöhung?“

Bei einer anhaltenden kritischen Einstellung kann diese zunächst paraphrasiert, auf einen späteren Zeitpunkt der Reevaluation verwiesen oder auch die Meinung von anderen Gruppenmitgliedern eingeholt werden, um auch deren Argumentation und Sichtweisen zu sammeln. Das rigide Beharren auf der schulmedizinischen Sichtweise oder die sthenische Entkräftung dysfunktionaler Aussagen durch wissenschaftliche Gegenargumente kann strikt ablehnende Patienten kränken, was unbedingt vermieden werden muss, um der Entwicklung von Depressionen und Resignation entgegenzuwirken (Cavelti et al. 2011). In derartigen Fällen empfiehlt sich eine wohlwollende und liberale Gruppenleiterhaltung; eine denkbare Intervention könnte z.B. folgendermaßen lauten: „Es führen eben viele Wege nach Rom und es ist die Aufgabe dieser Expertenrunde, verschiedene Alternativen zu sammeln, sie hier zu

diskutieren und anhand der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage Empfehlungen auszusprechen, an denen sich die einzelnen Teilnehmer dann orientieren können...Ich finde es klasse, dass Sie trotz Ihrer Bedenken in die Gruppe gekommen sind und ich würde mich sehr freuen, wenn Sie uns auch in Zukunft mit Ihrer kritischen Haltung begleiten würden!“

### *Wiederholungsrunde zu Beginn jeder Gruppe*

In der klinischen Praxis hat sich gezeigt, dass Patienten mit niedrigerer kognitiver Leistungsfähigkeit und damit einhergehenden ausgeprägteren psychopathologischen Auffälligkeiten oftmals länger stationär behandelt werden und somit die Möglichkeit zur wiederholten Teilnahme an einer weiteren Psychoedukationsgruppe erhalten mit der damit verbundenen Chance, das bisher nur fragmentarisch vorhandene Wissen zu erweitern und zu vertiefen.

Besonders wirksam ist für diese Teilnehmergruppe, aber auch für alle anderen Teilnehmer, die im Arbeitsbuch PsychoEdukation empfohlene regelmäßige Wiederholung der relevanten Wissensbausteine zu Beginn der Gruppe. Die regelmäßige und kompakte Wiederholung aller vorangegangenen Stundeninhalte mit Hilfe der an der Flipchart gemeinsam erarbeiteten Schaubilder erlaubt eine einprägsame Vertiefung und Verfestigung des bisher erarbeiteten Wissens. Sofern die Rekapitulation des Wissens nur den sich freiwillig meldenden Patienten überlassen bliebe, bestünde die Gefahr, dass sich jene mit ausgeprägter

Krankheitsuneinsichtigkeit weitgehend ausblenden und zurückhalten würden. Deshalb hat es sich bewährt, diese Rekapitulation ganz selbstverständlich reihum ablaufen zu lassen. Der neben dem Gruppenleiter sitzende Teilnehmer darf beginnen; um dem Prinzip des „die Treppe nur Hinaufstolperns“ entsprechendes Gewicht zu verleihen, werden die anfänglichen Fragen sehr einfacher Natur sein wie z.B. „Wie heißt die Erkrankung, um die es in dieser Runde in erster Linie geht?“ Die nahezu immer richtige Antwort „Psychose“ wird entsprechend verstärkt und bekräftigt. Dieses Auftakt-Erfolgsereignis verschafft den so Befragten eine garantierte Anerkennung und Verstärkung und führt in Kürze dazu, dass die Plätze ganz vorne bei den Gruppenleitern rasch begehrt sind und nicht gemieden werden, wie dies bei derartigen Anlässen häufig der Fall sein kann. Bei anspruchsvolleren Fragen wie „Welche Faktoren beeinflussen die Vulnerabilität eines Menschen?“ oder „Welche Neurotransmitter sind bei der Entstehung der Minussymptomatik von Bedeutung?“ kann es in den anfänglichen Stunden bei einem Teil der Befragten durchaus zu einem Schulterzucken oder verlegenem Lächeln kommen, was selbstverständlich psychodidaktisch geschickt gelöst werden muss mit einer humorvollen Leiterintervention wie „das habe ich beim letzten Mal offensichtlich nicht gut erklärt...“ oder „das ist jetzt eine Frage, bei der die Medizinstudenten auch immer ins Stottern geraten!“ etc. Um nicht eine überproportionale Dominanz von einigen Fortgeschrittenen zu sehr zu fördern, darf die Beant-

wortung nicht automatisch an die besser Informierten weitergegeben werden. Manchmal empfiehlt sich eine prägnante Erklärung durch den Gruppenleiter selbst, um besonders komplexe Sachverhalte durch eine nochmalige kurze Vertiefung entsprechend verständlich werden zu lassen. Umgekehrt erleben sich bei dieser Vertiefungsrunde die Wiederholer der Gruppe als zunehmend sachkundig und genießen sichtlich ihren Kompetenzzuwachs. Durch die reihum Worterteilung werden auch diese Patienten ganz selbstverständlich einbezogen, die sich zumindest zunächst nicht spontan melden würden. Angesichts des sichtlichen Bemühens der meisten anderen Teilnehmer, sich möglichst gut zu präsentieren und ihr Mehrwissen zu demonstrieren, lassen sich auch viele von ihnen von dieser konstruktiven Stimmung berühren und machen meist ohne größeres Herumreden mit. Durch die interaktive Vorgehensweise bereits bei dieser Wiederholungsrunde ergeben sich immer wieder spontane Gelegenheiten für die Gruppenleiter, besonders diese Patienten verstärkend hervor zu heben, die sich entweder aus prinzipiell krankheitsverleugnenden Motiven heraus oder aufgrund krankheitsbedingter kognitiver Einbußen besonders schwer tun, dem aktuellen Gruppengeschehen positiv gestimmt zu folgen und entsprechend zu rekapitulieren.

*Betonung des „Seminarcharakters“ der Gruppen als Einstiegshilfe für ambivalente Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht*

Besonders Patienten mit einem ausgeprägten Mangel an Krankheitseinsicht

kann die Zustimmung zum Besuch einer diagnosespezifischen Gruppe außerordentlich schwer fallen. In diesen Fällen kann der Verweis auf den übergeordneten „Seminarcharakter“ der Gruppen eine niederschwellige Einstiegshilfe darstellen. Sich ganz allgemein über „Medikamente, Psychotherapie und psychosoziale Hilfen“ informieren zu lassen kann oft wesentlich leichter akzeptiert werden als die Zustimmung, eine Gruppe zur Thematik der Schizophrenie zu besuchen. Auch wenn es mittel- und langfristig sehr wesentlich ist, dass sich die Patienten ihrer Erkrankungswirklichkeit stellen und die sich daraus ergebenden Behandlungskonsequenzen akzeptieren, muss mit dieser Ambivalenz zu Beginn, ganz besonders bei Erstmanifestationen, taktvoll und human umgegangen werden. Es ist wesentlich besser, wenn ein Patient zunächst nur „unter Vorbehalt“ bereit ist, einige Male teilzunehmen bevor er den Besuch der Gruppe generell ablehnt.

### *Begriffsklärung Psychoedukation*

Zu Beginn der ersten Stunde hat sich die Erklärung des Begriffes „Psychoedukation“ mit „Edukation“ im Sinne von „Herausführen“ bewährt um der vorschnellen, und oftmals manipulativ empfundenen, Interpretation als „Seelenerziehung“ zuvorzukommen.

### *Interaktive Erarbeitung eines konsensfähigen Diagnosebegriffs in der Gruppe*

Aufgrund der heute in der Regel sehr kurzen stationären Verweildauer wird in gewissem Widerspruch zum vorherigen Kapitel im APES empfohlen, gleich in

der ersten Stunde mit der Diagnosenerarbeitung zu beginnen, um keine Zeit zu verlieren. Hierbei wird vor allem die Nomenklatur und Einteilung psychiatrischer Erkrankungen besprochen sowie das heutige Verständnis der Erkrankung „Schizophrenie“. Um besonders kritischen, das Gruppeklima belastenden Äußerungen von Beginn an den Wind aus den Segeln zu nehmen, kann der Hinweis auf die Vermittlung von Wissen nach dem heutigen Stand der Wissenschaft, ohne Anspruch auf absolute Vollständigkeit, vertrauensbildend sein und konfrontative Zuspitzungen vermeiden helfen.

Nach Abschluss der Informationsvermittlung zur Frage „Um welche Erkrankung geht es hier?“ sollten sich, wie beschrieben, alle von den Teilnehmern genannten Diagnosebegriffe gesammelt an der Flipchart wieder finden, um die Meinungsvielfalt der Gruppenmitglieder transparent abzubilden und den Anschein von „Unterschlagung“ in jedem Fall zu vermeiden. Sollte ein die Diagnose „Psychose“ negierender Patient lediglich „Depression“ oder ein anderes erlebnisreaktives Störungsbild nennen, kann dieses – mit Zustimmung des Betroffenen - in Bezug zur Schizophrenie gesetzt werden (z.B. depressive Symptomatik als Teil der Minussymptome bei Schizophrenie). Sofern keinerlei Kompromiss möglich sein sollte und Patienten trotz Nennung eindeutiger Erst-rangsymptome sich die „Unterstellung“ einer schizophrenen Erkrankung verbiten, so sollte unter Einführung einer Metaebene folgender Vorschlag gemacht werden: „Wenn ich als Psychiater Ihre

Beschwerden – anklagende Stimmen, die von einem Sender ausgestrahlt werden – höre, würde ich ohne weitere Information über Ihre Person schon an eine Plussymptomatik im Rahmen einer schizophrenen Erkrankung denken. In Ihrem Falle spüre ich jedoch einen großen Widerstand dagegen, den ich so auf den ersten Blick noch nicht richtig einordnen kann, der für Sie aber sehr, sehr wichtig zu sein scheint. Deshalb schlage ich folgendes Vorgehen vor: Auf der persönlichen Ebene ordnen Sie Ihre Beschwerden dem Bereich „Niedergeschlagenheit und Erschöpfung“ zu, auf der fachlichen Ebene würde man eher von einer „Plussymptomatik im Rahmen einer Psychose“ sprechen. Dabei wollen wir es vorerst belassen; wir werden uns in den nächsten Stunden bemühen, Ihnen unsere Einschätzung näher zu erklären und Sie sollen uns sagen, inwieweit Sie unsere Erklärungsversuche als hilfreich erleben...“ Außerdem hat sich die Erklärung des Begriffes „Psychose“ im Sinne einer „schweren seelischen Erkrankung, die nicht aus eigener Kraft zu bewältigen ist“ bewährt, mit anschließender Erklärung der Unterteilung in exogene und endogene Psychosen um der prinzipiellen Gleichsetzung des Begriffes „Psychose“ mit „Schizophrenie“ zuvorzukommen.

Patienten mit hohem prämorbidem Ausbildungsniveau, welche oft besonders unter der „Stigmatisierung“ durch die Diagnose „Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“ leiden und mit

Verdrängung und daraus folgender Incompliance oder Krankheitsuneinsichtigkeit reagieren, können erfahrungsgemäß oftmals dadurch für die weitere Teilnahme an der Gruppe gewonnen werden, indem schon frühzeitig das eigentlich phantastische Phänomen der „Realitätserweiterung“ von psychotisch erkrankten Menschen zum Thema gemacht wird. Dass diese Begabung „in Maßen“ wohl erforderlich sei, um als z.B. als Künstler die üblichen Konventionen bei der Schaffung von herausragenden Kunstwerken zu überschreiten.

Dass diese kreative Begabung jedoch auch einhergehen könne mit dieser Erkrankung und dass „nur 1% der Gehirne überhaupt zu solch einer grenzüberschreitenden Wahrnehmung fähig seien“. Selbstverständlich muss hier sehr darauf geachtet werden, einer laienhaften Bagatellisierung und Verniedlichung der Erkrankung nicht das Wort zu reden! Und nicht wenige Patienten äußern dabei spontan, dass sie auf diese „Begabung“ gerne verzichten könnten. Trotzdem wird bei dieser interaktiven Sequenz einem Teil der Erkrankten zum ersten Mal wohl-tuend bewusst, dass es sich bei ihrem Problem nicht nur um einen banalen Defekt oder ein Defizit handelt, sondern dass eben bei der Koordination der komplexen Informationsverarbeitung ein Verarbeitungsfehler, ein „Netzwerkproblem“ aufgetreten sei, das bei „schlichter gestrickten Denkapparaten“ erst gar nicht zum Vorschein kommen könne...

## *Erarbeitung der Symptomatik bei Patienten mit mangelndem Krankheitsgefühl*

Im APES-Manual wird in der zweiten Sitzung versucht, die zur Klinikaufnahme führende Symptomatik zu besprechen, um einerseits sowohl die individuelle Vielfalt als auch die allen psychotischen Beschwerden zugrundeliegenden Gemeinsamkeiten vor Augen zu führen. In der Regel beginnen die Teilnehmer nach behutsamer Motivation ganz unverblümt die dominierenden Beschwerden der Reihe nach aufzuzählen. Die Aufgabe des Gruppenleiters besteht darin, die individuellen Beschreibungen kurz und prägnant in einen schlagwortartigen Kurzsatz einzupassen, damit er an der Flipchart visualisiert werden kann. Die annähernd wörtliche Wiedergabe muss mit dem Betroffenen so lange angepasst werden, bis er sich mit einer Formulierung einverstanden erklärt.

Wenn ein Teilnehmer z.B. berichtet, er habe sich verbarrikadiert und die Wohnung nicht mehr verlassen aus Angst vor den Giften seiner Verfolger, dann bietet sich die Formulierung an: „Vergiftungs- und Verfolgungsängste“. In der Regel funktioniert dieses Vorgehen sehr gut. Das sich sukzessive ergebende Symptomprofil durch den von den Gruppenleitern vorgenommenen Eintrag der geschilderten Beschwerden je nach Zugehörigkeit in die obere Hälfte der Flipchart als „Plus-Symptomatik“ oder unten im Bereich als „Minus-Symptomatik“ überrascht die Betroffenen immer wieder hinsichtlich der sich abzeichnenden Gemeinsamkeiten, bei aller individueller Vielfalt.

Allerdings kann es passieren, dass be-

sonders krankheitsverleugnende Teilnehmer berichten, sie hätten keinerlei Beschwerden gehabt und zur Aufnahme sei es nur durch den Druck der Angehörigen oder das polizeiliche Eingreifen gekommen. In diesen Fällen empfiehlt sich ebenfalls eine Metaebentechnik mit der Bemerkung, dass eben jedes Geschehen unterschiedlich interpretiert werden könne und dass es einen Versuch wert sei, einmal die Perspektive der Angehörigen einzunehmen: „Wenn wir jetzt Ihre Mutter fragen würden, warum sie den Krankenwagen gerufen hat, was würde sie uns erzählen?“ Häufig berichten die Angesprochenen dann z.B. ganz unumwunden, „dass die Mutter natürlich wieder in ihrer naiven Sichtweise anführen und berichten würde, dass sie von dem Gas gar nichts gerochen habe und deshalb auch nicht verstanden habe, dass er, der Patient, gegen Mitternacht alle Fenster und Türen in der Wohnung aufgerissen habe, um Schlimmeres zu verhüten!“ In einem derartigen Fall kann der Gruppenleiter den Vorschlag machen, dass dieser Vorfall aus Sicht der Mutter dann in der Hälfte der Plussymptome unter dem Begriff „Angst vor einem Gasunfall“ angebracht wäre.“ Auch wenn nicht alle Gruppenmitglieder von der ersten Stunde an alle vorgetragenen Inhalte akzeptieren können, so trägt dieses Sammeln der individuellen Beschwerden dazu bei, die vermeintliche Einmaligkeit der eigenen Erlebnisse etwas zu relativieren und sich mit dem Gedanken zu beschäftigen, dass hinter dem eigenen Erleben vielleicht doch eine übergeordnete Gesetzmäßigkeit stehen könnte.

## *Unaufdringliche, ganz natürliche Repe- tition der Unverzichtbarkeit von Medikation*

Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht stehen in der Regel besonders der medikamentösen Therapie ablehnend gegenüber, was im Hinblick auf die Rückfallprophylaxe eines der größten Probleme bei der Langzeitbehandlung dieser Patienten darstellt (Xia et al. 2011; Droulout et al. 2003). Auch hier muss ein kluger Mittelweg zwischen dem Phänomen der Reaktanzbildung durch autoritäres Pochen auf Medikation und dem von Verdrängung geprägten Wunschenken der Erkrankten nach Absetzen der Medikamente gefunden werden.

Deshalb sollte von der ersten Stunde an ganz natürlich immer wieder eingeflochten werden, dass sich nach heutigem Wissen eine wirklich erfolgreiche Langzeitstabilisierung bei mindestens 80% der Patienten nicht ohne Medikation erreichen lässt. Dass etwa 20% der Patienten auch ohne Medikation zurecht kämen, sei bekannt. Dass aber zu Beginn einer Erkrankung niemand wisse, wer zu diesen 20% gehöre und es ein Gebot der Vernunft sei, nach einer Ersterkrankung alles zu unternehmen, um nicht rasch wieder zu erkranken. Unter Bezugnahme auf das Vulnerabilitäts-Stress-Modell kann hier erläutert werden, dass die geschickte Vermeidung von Stress einer der Grundpfeiler einer langfristigen Gesundheit sei. Wer also mit dem Absetzen der Medikation spekuliere, sollte zumindest über alle Register von psychotherapeutisch verankerten Stressbewältigungstechni-

ken verfügen. In der Regel sei hierzu ein mehrjähriger Vorlauf von Nöten; wer dann unter medikamentösem Schutz und gleichzeitiger psychotherapeutischer Begleitung es schaffe, langfristig stabil zu bleiben, der könne dann zusammen mit einem erfahrenen Psychiater überlegen, ganz vorsichtig und in kleinsten Schritten reduzierend sich diesem Ziel anzunähern.

Wer aber erst kürzlich – wie die Teilnehmer der Gruppe auf Station – einen Erkrankungsrückfall erlitten habe, für den stelle sich die Frage des Absetzens in den nächsten Jahren ganz sicher nicht. Diese Sicht kann umso glaubwürdiger vermittelt werden, wenn die Notwendigkeit der neuroleptischen Therapie bereits von der ersten Stunde an von allen an der Gruppenleitung Beteiligten konsequent und konsistent weitergegeben wird. Besonders vorteilhaft erweist sich hierbei die gemischte Gruppenleitung aus Ärzten und psychotherapeutisch tätigen Psychologen, vor allem wenn letztere bei der meist sehr früh aufkommenden Forderung nach Psychotherapie die Notwendigkeit einer vorherigen und dann auch weiter beizubehaltenden Medikation unterstreichen.

## *Entkräftung des Vorwurfes der „Einbildung“ anhand des Synapsenmod- elles*

Die dritte Stunde des APES-Manuals mit der Vermittlung des „Synapsen-Modelles“ zur Erklärung der Neurotransmitterhypothese stellt das „Kernstück“ der Psychoedukation dar. Daher sollte für diese Stunde lieber etwas mehr Zeit eingeräumt werden um die Zusammenhänge

der Reizweiterleitung beim Gesunden, im Unterschied zu schizophren Erkrankten an der Flipchart zu visualisieren und den Dopaminüberschuß im synaptischen Spalt graphisch darzustellen. Hier kann verdeutlicht werden, dass die halluzinatorischen Erlebnisse im akuten Krankheitsgeschehen als vollständig real erlebt werden und es sich hiermit um keine „Einbildungen“ sondern um, aus Sicht der Betroffenen, völlig „normale“ Sinnesreize handelt, die nicht aus eigener Kraft als Epiphänomene einer inneren Informationsfehlverarbeitung erkannt werden können. Das Gehirn „könne nicht anders“ als diese übermäßige Stimulation aufgrund der vermehrten Dopaminausschüttung als neue Realität einzuordnen. Vielen krankheitsuneinsichtigen Patienten verschafft diese Erklärung eine gewisse Erleichterung, da damit der Vorwurf, „man bilde sich doch alles nur ein“ entkräftet wird. Vor allem auch bei Angehörigen kann dies einen nachhaltigen „Aha-Effekt“ bewirken und einer Stigmatisierung entgegenwirken.

Dieses Erklärungsmodell erleben viele Betroffenen als sehr entlastend und rehabilitierend in dem Sinne, dass das Zustandekommen dieser Halluzinationen nicht einem selbst zu verantwortendem Versagen geschuldet sei. Gerade Patienten mit einer verminderten Krankheitseinsicht erlaubt diese für beide Seiten akzeptable Metaebene, bei diesen auf den ersten Blick nicht erklärbaren Phänomenen ohne Gesichtsverlust auch die Möglichkeit einer Erkrankung in Erwägung zu ziehen. Durch die weitgehende Identifikation der

meisten Gruppenmitglieder mit diesem Modell kann in der Gruppe das weitere Gespräch über die eigene Krankheit gefördert und erleichtert werden.

### *Betonung der positiven Aspekte einer erhöhten Vulnerabilität*

Während der vierten Stunde wird das Vulnerabilitäts- Stress Modell behandelt mit gezieltem Focus auf die unzweifelhaft bei allen Patienten bestehenden Ressourcen. Die Frage nach den positiven Aspekten einer höheren Vulnerabilität wird von den meisten Patienten zunächst mit einer gewissen Überraschung aufgenommen, da sie es nicht gewohnt sind, ihre Erkrankung auch mit positiven Aspekten in Verbindung zu bringen. Gerade bei misstrauischen Patienten sollte hierbei genügend Zeit eingeräumt werden, um deren Skepsis und Verwunderung entsprechend Rechnung tragen zu können. Das im APES-Manual vorgestellte Schiffsmodell vergleicht die individuelle Vulnerabilität eines jeden Menschen mit dem Kiel eines Segelschiffes und demonstriert sehr anschaulich und einleuchtend, dass ein eigentlich die Seetüchtigkeit steigernder langer Kiel, im Sinne einer hohen Vulnerabilität, bei Untiefen zum Handicap werden kann (siehe Bild 1 folgende Seite). Der Analogieschluss zur eigenen Erkrankung führt vor Augen, dass eigentlich aufgrund ihrer Vulnerabilität und Sensibilität besonders „wertvolle“ und begabte Menschen unter die Räder kommen können, sofern durch Stresskumulation oder körperliche Erkrankungen etc. die erforderliche Fahrwinde zu stark „eingengt“ und dadurch eine „Grundberührung“ herbeigeführt wird.

Um die Vorurteile gegenüber der medikamentösen Therapie weiter abzubauen, kann in diesem Kontext die „Schutzfunktion“ der Neuroleptika in Form eines „Kielschutzes“, neben den anderen Therapiemöglichkeiten, erneut besonders herausgestellt werden. Besonders affirmativ kann hierbei die Darstellung des medikamentösen Schutzes durch die psychologischen Psychotherapeuten selbst wirken.

### Offensives Ansprechen der Nebenwirkungen statt Bagatellisierung

Wie im APES Manual beschrieben, hat

es sich bewährt, den „Neuroleptika-Teil“ der fünften Stunde direkt mit den Nebenwirkungen der Medikation zu beginnen, da von vielen Patienten unausgesprochen „unterstellt“ wird, dass diese von den Therapeuten bagatellisiert und verharmlost würden. Dies trifft vor allem für Patienten mit wenig Krankheitseinsicht, die der Medikation ohnehin oft äußerst kritisch gegenüber stehen, in besonderem Maße zu (Mohamed et al. 2009). Somit kann man diesen Vorwürfen zuvor kommen und durch die Vorwegnahme der vom Patient ja tatsächlich oft sehr stark wahrgenommenen Nebenwirkun-

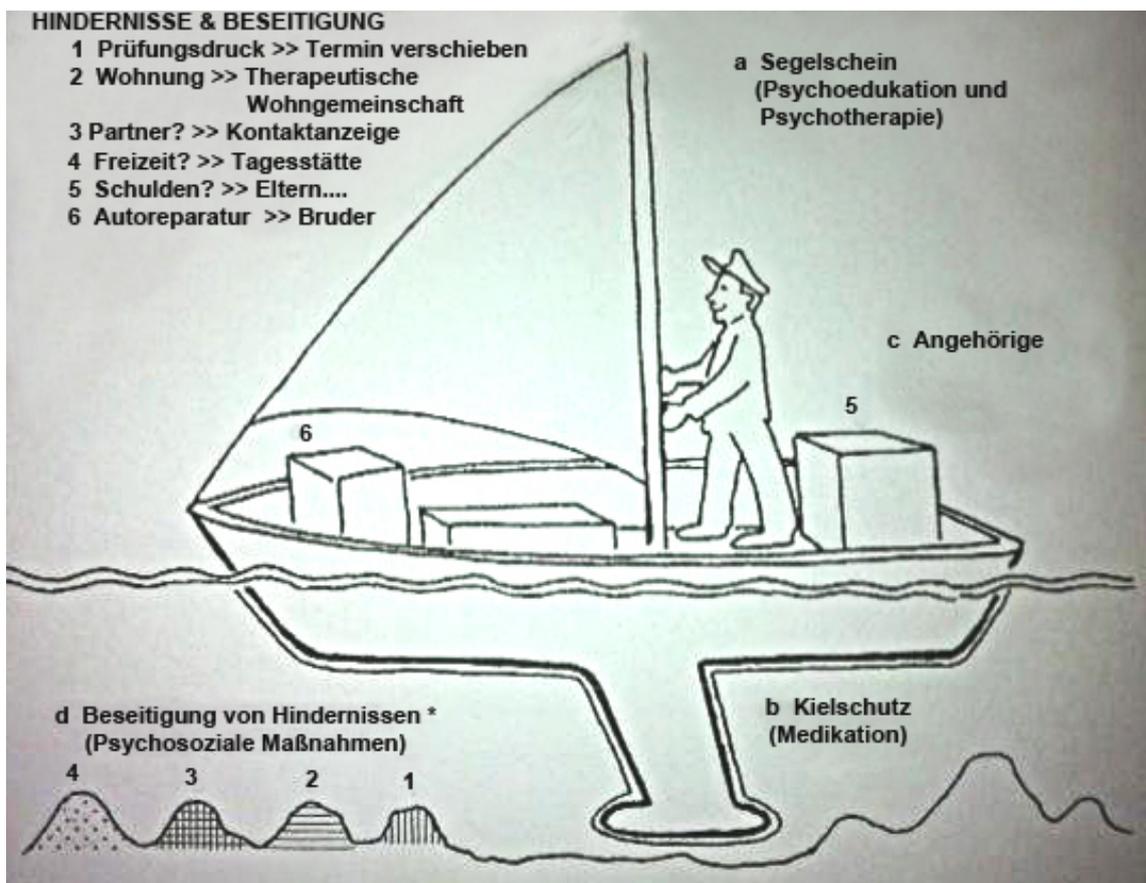


Abbildung 1: Schiffmodell der Vulnerabilität

gen den Boden für einen positiven Stundenverlauf ebnen. Auch haben Studien gezeigt, dass Patienten, die sich an den medikamentös-therapeutischen Entscheidungen auch nach eigenen Präferenzen, im Gegensatz zur Entscheidung rein nach Empfehlung des Arztes, beteiligen können, deutlich zufriedener mit diesen sind (Mendel et al. 2012). Als mögliche Erweiterung kann in dieser Stunde auch die Möglichkeit der, oft von Patientenseite zunächst zu Unrecht mit Vorurteilen besetzten, Depotgabe besprochen werden (Heres S et al 2011). Auch hier hat sich zunächst die offensive Auflistung der Kontra- Punkte (v.a. die nötige Injektion) bewährt und anschließend die Auflistung der Pro-Punkte, die meist, nicht nur aus Therapeutesicht, überwiegen. Da in der fünften Stunde keine einzelnen Therapieempfehlungen, sondern vor allem die Klassifikation der Neuroleptika hinsichtlich unterschiedlicher Wirkungsschwerpunkte und den damit einhergehenden unterschiedlichen Nebenwirkungsprofilen generell besprochen werden, kann dies der Einstieg zu einer kooperativen Arzt-Patienten-Beziehung im Sinne des „shared decision making“ mit langfristig höherer Therapiezufriedenheit und, aufgrund besserer Compliance, mit niedrigerer Rückfallrate sein (Hamann J et al. 2012) (Hamann J et al. 2011) (Leucht S et al. 2012). Zudem kann in dieser Einheit die wechselseitige Notwendigkeit von Pharmako- und Psychotherapie nochmals sehr anschaulich erklärt werden und auf das pathoplastische Synapsenmodell der dritten Stunde verwiesen werden. Die postsynaptische Kontrolle des endogen hervorgerufenen

Dopaminüberschusses durch eine intelligent dosierte Medikation findet ihr präsynaptisches Pendant in einer klug arrangierten Stressverminderung durch eine psychologisch optimal ausgeklügelte Psychohygiene. Dieser etwas idealistisch formulierte Sachverhalt kann aber tatsächlich sehr überzeugend und einprägsam inszeniert werden durch das im APES-Manual ausführlich beschriebene Vorgehen. Vor allem bei Skeptikern gegenüber der Medikation kann durch dieses Modell die Synergie von Chemie und psychologischen Interventionen sehr überzeugend demonstriert werden.

### *Stabilisierung eines funktionalen Krankheits- und Therapiekonzeptes durch Psychotherapie*

Im Verlauf der sechsten Stunde wird ein kompakter Überblick über die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren, insbesondere über die tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Konzepte, gegeben. Gerade von sehr kritischen und an der Wirksamkeit der medikamentösen Therapie zweifelnden Patienten wird die relativ späte Abhandlung der psychotherapeutischen Interventionen und die aus ihrer Sicht zu starke Betonung von pharmakologischen Therapien zu Ungunsten der Psychotherapie argwöhnisch kommentiert. Hierbei kann es unter Verweis auf das Synapsenmodell sehr hilfreich sein, die Wichtigkeit einer initialen Beruhigung des Neurotransmittersystems immer wieder geduldig zu erklären, damit die später folgenden psychotherapeutischen Interventionen ihre volle Wirkung entfalten könnten und nicht zu einer Zunahme der

inneren Reizüberflutung führen würden (siehe APES-Manual, 6. Stunde).

Als sehr anschauliches Erklärungsmuster bietet sich hierbei die Schilderung eines Partnerkonfliktes an, der in einer sehr lauten Diskothek ausgetragen wird. Um den Konflikt vernünftig zu klären, müssten sich beide Partner sehr bemühen und versuchen, die Sichtweise des anderen einzunehmen. Wenn man sich gut einfühlen kann und die Bereitschaft vorhanden ist, auch die Meinung des anderen gelten zu lassen, kann mancher Konflikt gütlich beigelegt werden. Dieses Prinzip ist im Grunde dem psychotherapeutischen Vorgehen sehr ähnlich. Damit dieses Bemühen aber auch zum Erfolg führt, müssen sich die beiden Partner akustisch gut verstehen können. Deshalb müssen sie vorher die laute Disko verlassen und sich in einen ruhigen Nebenraum zurückziehen können. So ähnlich kann das Behandlungsprinzip bei Psychosen erklärt werden; damit psychotherapeutische Ansätze ihre volle Wirkung entfalten können, müssen die begleitenden akut psychotischen Symptome durch Medikamente soweit gelindert sein, dass die Konzentration auf das Wesentliche im Gespräch wieder möglich ist.

### *Praxisnahe und individuelle Besprechung sozialer Probleme*

In der siebten Stunde werden die wesentlichen sozialpädagogischen Hilfen erläutert. Aufgrund ihrer Praxisnähe bietet diese Stunde ohne den Fokus auf die spezielle Diagnose „Schizophrenie“ die Chance, vor allem Patienten mit wenig Krankheitseinsicht fester in die Gruppe einzubinden und sie aktiv in den Diskus-

sionsprozess einzubeziehen und dabei auch entsprechend zu verstärken. Hierbei kann dann deren Kompetenz in den Bereichen der nichtpharmakologischen Unterstützungsverfahren speziell herausgestellt und gewürdigt werden. Dieses Erfolgserlebnis kann die generelle Bindung an die Gruppe und die dort abgehandelten Themen bessern und somit helfen, die anfängliche Kluft zwischen den eigenen idiosynkratischen Krankheitskonzepten und dem von der Klinik empfohlenen Vorgehen zu verringern.

### *Betonung der Selbstverantwortung unter Berücksichtigung der Evidenzen*

In der achten und abschließenden Stunde ist nach Erfahrung der Autoren die Stimmung innerhalb der Gruppe meist entspannter und lockerer als zu Beginn. Dennoch birgt gerade die dezidierte Empfehlung einer längerfristigen Rezidivprophylaxe nochmals erhebliches Konfliktpotential und wird von vielen Patienten auch als belastend empfunden. Deshalb ist es in dieser Situation wichtig, die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit der Patienten zu betonen. Dass niemand „gezwungen“ werden könne, die neuroleptische Therapie dauerhaft fortzuführen, diese Empfehlungen aber auf langjährigen Erfahrungen beruhen würden und es empfehlenswert sei, sich hierzu auch die Meinung von langjährig stabilen und mit der Erkrankung erfolgreich zu-rechtkommenden Patienten anzuhören. Bei der hier exemplarisch herangezogenen Äußerung eines Patienten „man könne sich ja nicht 2 Jahre nur mit Medikamenten vollpumpen lassen“ könnte eine wertschätzende Paraphrasierung wie

„ich höre bei ihrer Reaktion auch heraus, dass Sie sich nicht nur ruhig stellen lassen wollen und sich auch Sorgen um die Nebenwirkungen machen“ lauten. Durch die Einbeziehung anderer Teilnehmer wie „Kann jemand aus der Runde auf diese Befürchtung antworten?“ wird einer unfruchtbaren Rivalisierung zwischen Gruppenleiter und Betroffenen vorgebeugt. Regelmäßig finden sich immer einige Teilnehmer, die den Wert der Langzeitprophylaxe mit der Aussicht auf eine geringere Rückfallgefährdung aus ihrer persönlichen Erfahrung begründen können, was gerade für ambivalente und zweifelnde Patienten am überzeugendsten sein kann...

Gleichzeitig ist es wichtig zu unterstreichen, dass auch nach Jahren- bis Jahrzehnten ein „positiver Knick“ auftreten könne, der oft nicht mehr für mög-

lich gehaltene Verbesserungen der Erkrankung und der allgemeinen Lebensqualität zur Folge haben könne. Die Vermittlung von Hoffnung, vor allem „Langzeithoffnung“, in Kombination mit einem exzellenten Krisenmanagement zählen zum Höhepunkt der Psychoedukativen Gruppen! Während der Gruppensitzungen erfahren die Patienten eine auch vom zeitlichen Aufwand her gesehen sehr hohe Wertschätzung, die zusätzlich zu den therapeutischen Einzelterminen als wertvolle „Starthilfe“ für einen gelingenden Beziehungsaufbau gesehen werden können. Auch die selbstregulierenden, gruppodynamischen Kräfte innerhalb einer Psychoedukationsgruppe bei einer ausgewogenen Zusammensetzung von krankheitseinsichtigen und -uneinsichtigen Patienten können zum Erfolg der Gruppe beitragen.

Wertschätzendes Gruppenklima
Empathische Grundhaltung
Wiederholungsrunde zu Beginn jeder Stunde
Informationscharakter als Einstiegshilfe
Interaktive Gestaltung der Gruppe
Unaufdringliche Repetition der Bedeutung der Medikamente
Entkräftung des Vorurteils der Einbildung der Symptome
Betonung der positiven Aspekte der Vulnerabilität
Offensives Ansprechen der Medikamentennebenwirkungen
Positive Verstärkung jedes Teilnehmers in der Abschlussrunde

Bei der abschließenden Besprechung des Krisenplanes hat sich das Verteilen eines Vordruckes bewährt, in welchen die Patienten bereits während der Stunde beispielsweise die Notfallnummern und individuelle Ansprechpartner eintragen können, gleichzeitig aber auch den „Auftrag“ bekommen, die Notfallmedikation etc. mit dem jeweils behandelnden Arzt nochmals gesondert zu besprechen. Somit kann die achte und letzte Stunde als „Türöffner“ für einen intensiven und weiterführenden Dialog mit dem direkt behandelnden Arzt dienen.

**Tabelle 2:** Bewährte Strategien und Grundhaltung

Die Einbettung der gesamten Informationsvermittlung in ein engagiertes und von großem Wohlwollen geprägtes Gruppenklima stellt vermutlich einen der wesentlichen Wirkfaktoren der Psychoedukation dar zusammen mit dem Faktum der „Schicksalsgemeinschaft“, die in dieser konzentrierten und von individueller Selbstkompetenz geprägten Atmosphäre in Sachen Psychosenbehandlung vermutlich nirgends sonst anzutreffen sein wird.

## Resümee und Ausblick

Trotz der anfänglich sehr schwierigen Gruppensituation mit krankheitsuneinsichtigen Patienten kann deren Teilnahme oftmals den Einstieg in eine langfristig erfolgreiche Beziehungsgestaltung bedeuten. Bei einer die Realitätswahrnehmung derartig verzerrenden Erkrankung braucht es immer wieder ein Forum, in dem geduldig und angemessen auf diese krankheitsimmanente Krankheitsverleugnung reagiert wird. Mittel- und langfristig kommt es dadurch zum Aufbau einer stabilen und belastbaren therapeutischen Beziehung, auf deren Boden eine weitgehende Überwindung der Erkrankung mit schrittweisem Übergang in eine gewisse Gesundheit im Sinne des heutigen Recovery-Verständnisses möglich erscheint.

Im wissenschaftlichen Bereich sollte weiter untersucht werden, durch welche zusätzlichen Strategien die Psychoedukation gerade bei Krankheitsuneinsichtigkeit noch effektiver eingesetzt werden kann, um vor allen diesen oft zu kurz kommenden und vorschnell als nicht therapiewil-

lig- oder fähig abgestempelten Menschen angemessene Interventionsformen zur Verfügung stellen zu können.

## Zusammenfassung

Krankheitsuneinsichtige Patienten stellen eine große Herausforderung für jeden Leiter von psychoedukativen Gruppen dar. Umso mehr kommt gerade deren Einbeziehung in die Gruppen eine Art Schlüsselfunktion zu beim Aufbau einer langfristig erfolgreichen Beziehungsgestaltung. Wo sonst wenn nicht in einer Klinik während eines stationären Aufenthaltes sollte es besser möglich sein, diese Menschen konstruktiv zu unterstützen, ein funktionales und hilfreiches Krankheitskonzept aufzubauen? Der mögliche Einwand, dass jeder Patient ein „Recht auf seine Krankheit“ habe wird dadurch entkräftet, dass er dann keine stationäre Behandlung benötigen sollte, wenn seine Art der bisherigen Krankheitsbewältigung erfolgreich wäre. Auch und gerade Patienten mit einer mangelhaften Krankheits- und Behandlungseinsicht haben ein Recht darauf, geduldig und umfassend über die heutigen Möglichkeiten einer effizienten Psychosenbehandlung informiert und aufgeklärt zu werden. Die daraus resultierende Complianceförderung mit Reduktion der Rückfallraten kann nicht nur einen Beitrag zur Reduktion der Kosten für das Gesundheitssystem leisten sondern auch zu einer individuellen Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen führen. Wichtige Elemente stellen hierbei die Schaffung eines wertschätzenden, liberalen Gruppenklimas, die wohlwollende

Paraphrasierung von überkritischen Patientenäußerungen, die regelmäßige Repetition von relevanten Inhalten und die konsequente Vermeidung von Reaktanz bildenden Interaktionen dar. Künftig gilt es zu prüfen, durch welche zusätzlichen Strategien die Psychoedukation gerade bei krankheitsuneinsichtigen Patienten noch effektiver eingesetzt werden kann.

### Abstract

**Psychoeducational groups for patients who suffer from schizophrenic psychosis- A wasted effort in pati-**

**ents with lack of insight, or the key to a successful long term therapeutic relationship? Practical experience in relation to the „APES-Manual“**

Patients with lack of insight in schizophrenia are a challenge for every leader of psychoeducational groups. All the more the inclusion of these patients is key for establishing a long-term successful therapeutic relationship. Where else, if not during an inpatient stay in a psychiatric ward, it is possible to support the development of a functional and helpful disease concept in a constructive way?

SITZUNG	THEMEN	TYPISCHE FRAGEN
1.	Begrüßung und Einführung Vorstellung der Teilnehmer Organisatorisches Aktuelle Probleme Krankheitsbegriff	„Bin ich hier richtig?“
2.	Symptomatik	„Ist das überhaupt eine Psychose?“
3.	„Somatische Brücke“ (Synapsen-Modell)	„Wie ist das Zustandekommen dieser Beschwerden zu erklären“
4.	Ursachen Vulnerabilitäts-Stress –Bewältigungs-Modell	„Woher kommt diese Erkrankung?“
5.	Medikamente und Nebenwirkungen	„Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“
6.	Psychotherapie	„Kann man den inneren Knackpunkt finden?“
7.	Psychosoziale Massnahmen (WAFFFF...) Wohnen, Arbeit, Freizeit, Finanzen, Freunde, Familie, Future.....	„Unterstützungsmassnahmen—wie und was kommt infrage?“
8.	Rezidivprophylaxe Frühwarnzeichen Krisenplan Verabschiedung	„Wie lange muss ich jetzt das Gras wachsen hören?“

**Tabelle 3:** Grundstruktur der 8 Sitzungen im APES-Manual

The possible objection, that every patient has „the right to his own disease“ can be opposed by the fact, that in the case of sufficient disease management, no inpatient stay would be necessary. Especially patients with a lack of insight have the right to be informed about the current possibilities in the treatment of psychosis in a comprehensive and caring way. The resulting improvement of compliance and reduction of relapse rates can not only reduce costs for the health system but lead to an improved quality of life for the concerned patients. Important elements are the creation of a liberal, appreciative atmosphere, sympathetic paraphrasing of overcritical comments, repetition of the relevant contents and avoidance of any interactions which could lead to reactance. In future, the challenge lies in finding further strategies in psychoeducation and making these useful to patients with lack of insight.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (2000) Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, 7. unveränd. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- American Psychiatric Association (2004) Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2. Aufl. American Psychiatric Association, Arlington
- Bäumel J, Pitschel-Walz G (Hrsg) (2008) Psychoeducation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Bäumel J, Pitschel-Walz G, Berger H et al (2010) Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES), 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart (2005)
- Beck EM, Cavelti M, Kvrjic S et al (2011) Are we addressing the „right stuff“ to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitude towards medication. *Schizophr Res* 132:42–49
- Cavelti M, Beck EM, Kvrjic S et al (2012) The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychol*. DOI 10.1002/jclp.20872
- Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM et al (2011) Self-stigma and its relationship with insight, demoralization and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 53:468–479
- Droulout T, Liraud F, Verdoux H (2003) Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale* 29:430–437
- Hamann J, Mendel R, Bühner M et al (2012) How should patients behave to facilitate shared decision making--the doctors' view. *Health Expect*. 15(4):360-6
- Hamann J, Mendel R, Meier A et al. (2011) "How to speak to your psychiatrist": shared decision-making training for inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 62(10):1218-21

---

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*  
Jahrgang 30 (2014)

- 
- Heres S, Reichhart T, Hamann J et al (2011) Psychiatrists' attitude to antipsychotic depot treatment in patients with first-episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2011 Jul-Aug;26(5):297-301
- Leucht S, Tardy M, Komossa K et al (2012) Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* Jun 2;379(9831):2063-71
- Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS et al (2003) Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 59:41–47
- Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D et al (2012) Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? *Health Expect* 15:23–31
- Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J et al (2009) Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 35:336–346
- PEPP Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/ Psychosomatik. Definitions handbuch Version 2013. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK), Siegburg, Germany (Hrsg.)
- Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T et al (2011) Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie. *Nervenarzt*. DOI 10.1007/s00115-011-3383-7
- Raffard S, Bayard S, Capdevielle D et al (2008) Lack of insight in schizophrenia: a review. Part I: theoretical concept, clinical aspects and Amador's model. *Encephale* 34:597–605
- Xia J, Merinder LB, Bellgamwar MR (2011) Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 37:21–22
- Korrespondenzadresse der Autoren:**  
Sandra Lüscher  
Assistenzärztin  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar der TU München  
sandra.luescher@lrz.tum.de

---

## Was bringt psychisch Kranke in Arbeit - Fortschritte in der Arbeitsrehabilitation

Dorothea Jäckel

### Zusammenfassung

Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Störungen sind in besonderem Umfang von beruflicher und sozialer Exklusion betroffen. Der Artikel beschreibt nach einem Problemaufriss den gegenwärtigen Forschungsstand in der Arbeitsrehabilitation, stellt traditionelle Stufenmodelle (Erst trainieren - dann platzieren) und aktuelle Ansätze beruflicher Eingliederung wie das Supported Employment (Erst platzieren - dann trainieren) gegenüber, zeigt Möglichkeiten der Implementierung und Weiterentwicklung auf und schließt mit einem Ausblick.

### 1 Einleitung

Menschen mit schweren psychischen Störungen wollen arbeiten, wie andere auch, am liebsten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt statt in Sondernilieus wie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Der Wunsch nach normaler Arbeit d.h. nach einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt, rangiert an erster Stelle - noch vor dem Wunsch nach einer Partnerschaft und dem nach einer eigenen Wohnung (Cahn & Baer, 2003; Dunn et al., 2008; Kilian, 2012).

In der UN-Behindertenrechtskonvention heißt es im Artikel 27 zu Arbeit und Beschäftigung:“(1) Die Vertragsstaaten an-

erkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschließlich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschließlich des Erlasses von Rechtsvorschriften (...)” (Vereinte Nationen, 2006)

Immer noch sind psychisch Kranke in erheblichem Umfang von fehlender Teilhabe am Arbeitsleben und sozialer Exklusion betroffen. Die Beschäftigungsraten von Menschen mit schweren psychischen Störungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liegen mit 24% massiv unter denen von Menschen mit physischen Behinderungen, die bei 65% liegen (Bezborodovs & Thornicroft, 2013; Kilian, 2012). Mindestens zwei Drittel der in psychiatrischen Kliniken behandelten PatientInnen im erwerbsfähigen Alter sind arbeitslos, im langfristigen Sozialhilfebezug oder frühberentet. Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsalltag nimmt der Lebensbereich der Erwerbsarbeit allenfalls eine marginale Rolle ein, so dass auch im Langzeitverlauf - trotz sich verringernder Krankheitssymptomatik

und Verbesserung der sozialen Funktionalität - die Teilhabe am Arbeitsleben für psychisch Kranke gering bleibt (Richter et al., 2006; Zanarini et al., 2010). In Deutschland und der Schweiz zählen psychische Störungen mittlerweile zu den häufigsten Ursachen für eine Neuerberntung. Die Rentensprechnung infolge eines psychischen Leidens hat sich seit den 90er Jahren mehr als verdoppelt und Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen weisen damit den größten Anstieg auf.

Für Menschen mit psychischen Störungen vollzieht sich der Ausschluss aus der Arbeitswelt und die sozialen Exklusionsprozesse schleichend und haben häufig eine lange Vorgeschichte: Ein verspäteter oder wenig gelingender Einstieg ins Arbeitsleben mit geringer beruflicher Anpassung und sozialer Rollenübernahme, Erwerbsbiografieunterbrüche durch Krankheitsphasen, häufige Stellenwechsel, temporäre Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitslosigkeit (Baer et al., 2009; Fluder et al., 2014). Die Gegenmaßnahmen wie Früherfassung und -intervention greifen - aber nicht für sämtliche Altersgruppen.

Gegenwärtig stehen junge Erwachsene mit psychischen Störungen im Fokus, bei denen im Gegensatz zum allgemeinen Trend die Neuverrentungen nicht zurück gehen. Nur vereinzelt existieren für sie wirksame Konzepte zur Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, wie das Projekt "Support 25" in Essen. Hier ist ein niederschwelliges psychiatrisches Versorgungsangebot direkt am JobCenter angeschlossen (Reissner et al., 2011).

## 2 Arbeitslosigkeit, Arbeit und psychische Gesundheit

Zusammenhänge zwischen Arbeit (slosigkeit) und Gesundheit scheinen unmittelbar plausibel, die Forschungslage zum Thema hingegen ist komplex und nicht immer eindeutig. Sicher ist jedoch, dass lang dauernde Arbeitslosigkeit mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht. Häufig werden zwei Erklärungsansätze heran gezogen:

- Gesundheitlich beeinträchtigte ArbeitnehmerInnen haben ein höheres Risiko aus ihrer Arbeitsstelle entlassen zu werden, sie bleiben überdurchschnittlich lange arbeitslos und haben geringere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung. Dies wird als Selektionseffekt bezeichnet.
- Umgekehrt stellt Arbeitslosigkeit einen Risikofaktor für die Gesundheit dar und beeinflusst das gesundheitsbezogene Verhalten negativ. Durch die Exklusion aus der Arbeitswelt können z.T. nur schwer reversible psychosoziale Beeinträchtigungen entstehen. Diesen Ansatz bezeichnet man als Kausaleffekt. (Kieselbach & Beelmann, 2006)

Selektions- und Kausaleffekt sind miteinander verschränkt und können sich wechselseitig verstärken. Bei einer Person, die krankheitsbedingt arbeitslos wird verschlechtert sich - nach einer Phase der kurzfristigen Erholung - der Gesundheitszustand durch die ungünstigen Lebensbedingungen der Arbeitslosigkeit noch weiter. Es handelt sich um eine Ab-

wärtsspirale und die Chancen auf berufliche Wiedereingliederung vermindern sich je länger die Arbeitslosigkeit bestehen bleibt (Paul & Moser, 2009; Schubert et al., 2013).

Wenngleich lang dauernde Arbeitslosigkeit nachteilig auf den Gesundheitszustand wirkt, kann allerdings nicht geschlussfolgert werden, dass ihr Gegenteil, die Erwerbsarbeit - quasi automatisch - positiv auf die Gesundheit wirkt. Es sind nicht nur die Bedingungen eines bestimmten Arbeitsplatzes sondern ebenso die Kontexte der Arbeitswelt zu bedenken. Durch den Strukturwandel in den westlichen Industrienationen verlieren Berufsverläufe ihre Kontinuität. Die Anforderungen an den arbeitenden Menschen hinsichtlich seiner Selbstorganisation, Flexibilität, Mobilität und Selbstregulation steigen, wie sie im Typus des "Arbeitskraftunternehmers" ihren Ausdruck finden (Angerer et al., 2014; Haubl & Voß, 2009). Allesamt Anpassungsleistungen, die von schwer psychisch Kranken kaum erbracht werden können und die ihre soziale Exklusion noch verstärken (Richter, 2010).

Arbeit nimmt - auch in ihrer Abwesenheit - im Leben eines erwachsenen Menschen einen zentralen Stellenwert ein und ist kaum durch andere Aktivitäten in ihrer Funktionalität zu ersetzen, wie seit der viel zitierten Marienthal Studie allgemein bekannt ist (Jahoda et al., 2008). Einen Überblick zu den Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit findet sich bei Pech & Freude:

- Arbeitslose schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich häufiger als Erwerbstätige als mittelmäs-

sig bis sehr schlecht ein.

- Der Anteil von Arbeitslosen mit Störungen der psychischen Gesundheit (Major Depression, Dysthymie, Panikstörungen, Phobien, Somatoforme Störungen) ist gegenüber Erwerbstätigen um den Faktor 2 bis 4 erhöht.
- Die Zahl der Krankenhaustage von Arbeitslosen übersteigt die von Erwerbstätigen sowohl insgesamt als auch hinsichtlich vieler Einzeldiagnosen um das Mehrfache (z. B. Medikamentenabhängigkeit: 22-fach, Alkoholabhängigkeit: 9-fach)
- Das Mortalitätsrisiko bei Personen mit zwei oder mehr Jahren Arbeitslosigkeit ist um den Faktor 3,8 erhöht.
- Das Suizidrisiko arbeitsloser Männer und Frauen ist gegenüber Erwerbstätigen um den Faktor 2 bis 3 erhöht. (Pech & Freude, 2010)

Umgekehrt erweist sich das Verlassen der Arbeitslosigkeit in das Erwerbsleben und die Teilhabe am Arbeitsleben als förderlicher Faktor für die psychische Gesundheit (Allott et al., 2012; Paul & Moser, 2009). Mittlerweile liegen auch eine Reihe von wissenschaftlichen Evidenzen für die Recovery begünstigenden Effekte von Arbeit bei Menschen mit schweren psychischen Störungen vor (Bell & Lysaker, 1997; Drake et al., 2009b; Kukla et al., 2012; Marshall et al., 2014; Schenach et al., 2012; Warner, 2009; Zhang et al., 2011). Dabei mehren sich die Hinweise, dass das Arbeiten in den Sonder-

milieus beschützter Werkstätten - trotz Bereitstellung einer Tagesstruktur - nicht die gleichen positiven Effekte bewirkt, die sich bei einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einstellen. Eine Arbeit in der freien Wirtschaft entfaltet im Rehabilitationsprozess offenbar eine protektive Wirkung für die psychische Stabilität und reduziert die Anzahl und Dauer (teil)stationärer psychiatrischer Behandlungen (Hoffmann et al., in press; Kilian et al., 2012).

Umgekehrt können sich ungünstige Arbeitsbedingungen nachteilig auf die psychische Gesundheit auswirken. Was in der Arbeits- und Organisationspsychologie seit den 70er Jahren unter dem Oberbegriff "Humane Arbeitsbedingungen" konzeptualisiert und beforscht wird, hat dank Burnout-Debatte nun auch Eingang in den Fachbereich Psychiatrie gefunden. Eine umfassende Übersicht findet sich im Werk "Arbeitspsychologie" von Ulich (2011). Erfreulicherweise ist in der neu überarbeiteten und erweiterten Auflage ein Kapitel zum Supported Employment enthalten (p. 506f). Auch die Arbeitspsychologie öffnet sich punktuell dem klinischen Bereich.

### 3 Evidenzbasierung in der Arbeitsrehabilitation

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 bevorzugt an einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Um dieses Ziel zu erreichen, kommen in

der psychiatrischen Rehabilitation eine Reihe von spezifischen Verfahren, Programmen und Interventionen zum Einsatz. Rehabilitation findet statt unter den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen, der UN-Behindertenrechtskonvention, Vorgaben der Leistungsträger und institutionellen Gegebenheiten der Leistungserbringer. Rehabilitative Prinzipien z.B. das Stufenmodell "Erst trainieren - dann platzieren", Konzepte wie das Supported Employment (SE) bzw. Individual Placement and Support (IPS), gewachsene Strukturen, Erfahrungswissen und nicht zuletzt Gewohnheiten prägen ebenfalls die Angebote und das praktische rehabilitative Vorgehen. Ob der Rehabilitationsprozess erfolgreich verläuft, die psychisch Kranken tatsächlich ihre Teilhabe verbessern können, ist in wesentlichen Punkten von der Wirksamkeit der rehabilitativen Maßnahmen abhängig. In der Versorgungsrealität sieht es nicht allzu positiv aus: Deutlich weniger als die Hälfte aller psychisch kranken Menschen, die Angaben in der Literatur variieren zwischen 10%-40%, erhalten eine wissenschaftlich nachgewiesenermaßen effektive Behandlung und Rehabilitation. Insbesondere Menschen mit schweren und lang andauernden psychischen Störungen laufen Gefahr, von wirksamer Versorgung ausgeschlossen zu sein (Baer et al., 2009; Bertelsmann Stiftung, 2014; Bond et al., 2001; BPtK, 2013; Drake et al., 2009a; Torrey et al., 2001). Allerdings steigt die Behandlungsrate mit Dauer der Erkrankung und Anzahl der Diagnosen an (Jacobi et al., 2014).

## 3.1 Forschungs-Praxis Graben

War in der Vergangenheit von einem Theorie-Praxis Graben die Rede, wird jetzt von einem Graben zwischen Forschung und Praxis gesprochen. Die Kernfrage, wie akademisches Wissen und Forschungsergebnisse Eingang in die Praxis finden können, ist geblieben. Psychiatrische Rehabilitation hat sich aus der Sozialpsychiatrie und weitgehend unabhängig von akademischen Standards und psychiatrisch-psychotherapeutischem Fachwissen entwickelt, so dass beide Disziplinen nur punktuell die Erkenntnisse der jeweils anderen nutzen können. Hinzu kommt, dass in der Rehabilitation im Vergleich zur klinischen Versorgung geringere Ansprüche an eine durch wissenschaftliche Studien gezeigte Wirksamkeit und Evidenzbasierung gestellt werden. In der Praxis bleiben die beiden Versorgungswelten häufig getrennt. Konkret bedeutet das, dass die klinische Psychiatrie und Psychotherapie rehabilitative Ansätze wenig berücksichtigt und in der Rehabilitation psychiatrische und psychotherapeutische Ansätze kaum konzeptionell eingebunden sind.

## 3.2 Überwindung des Forschungs-Praxis Grabens: Leitlinien und Fidelity Scales

Leitlinien und Programm-Fidelity-Scales sollen unterstützen, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis zu bringen und damit die Behandlungs- und Rehabilitationsqualität für die von psychischer Störung betroffenen Personen zu ge-

währleisten bzw. zu verbessern. Das Konzept der Evidenzbasierung und die Formulierung von Leitlinien sind miteinander insofern verschränkt, als dass Leitlinien die beste zur Verfügung stehende Evidenz in Handlungsempfehlungen übersetzt. Für die Fachbereiche Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie liegen mittlerweile 21 klinische Leitlinien vor. Auch für die psychiatrische Rehabilitation sind in den letzten Jahren Leitlinien entwickelt worden, in denen für die Arbeitsrehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen aus der Evidenz abgeleitet und systematisch aufgearbeitet sind und Leistungsträgern, -erbringern, Programmverantwortlichen und natürlich den Betroffenen Orientierung und Entscheidungshilfen in der psychiatrischen Rehabilitation bieten (DGPPN, 2013; Jäckel et al., 2010). Werden die Empfehlungen aus Leitlinien in die Praxis umgesetzt d.h. wird die Evidenz in die Versorgung implementiert, wird dies als Leitlinienkonformität bezeichnet und stellt ein Merkmal psychiatrischer Versorgungsqualität dar. Die flächendeckende Implementierung von Leitlinien in die Praxis der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen steht - anders als im klinischen Bereich - noch am Anfang.

## 4 Strukturen und Prozesse in der Arbeitsrehabilitation

### 4.1 Strukturen: Versorgungslandschaft Arbeitsrehabilitation

In den deutschsprachigen Ländern gibt es ein ausgebautes und differenziertes

Angebot für psychisch Kranke aus ambulanten und stationären Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen sowie Werkstätten für behinderte Menschen. Allerdings bestehen teilweise erhebliche regionale Unterschiede in der Gestaltung der Versorgungslandschaften und unterschiedliche Ausprägungen in der Diversifizierung, Integration und Vernetzung der Angebote. Die medizinischen und rehabilitativen Systeme sind fragmentiert, wenig aufeinander abgestimmt, was die bedarfsgerechte Rehabilitation psychisch Kranker behindert .

Moderne und evidenzbasierte Rehabilitationsangebote wie das Supported Employment sind, aufgrund der noch nicht flächendeckenden Implementierung, bislang nur einem Teil psychisch Kranker zugänglich. Konkret bedeutet das für die berufliche Rehabilitation, dass die traditionellen Ansätze beruflicher Wiedereingliederung für psychisch Kranke der Strategie des „Erst trainieren – dann platzieren“ gängiger Standard und damit wesentlich besser zugänglich - aber eben weniger wirksam sind. Struktur und Ablauf dieser Maßnahmen sind an somatischen Krankheitsmodellen orientiert, die dem schwankenden Verlauf psychischer Störungen und ihren besonderen Bedarfen nicht gerecht werden. Außerdem setzen sie häufig spät ein, nämlich erst nach der Ausgliederung aus dem Arbeitsleben, wenn die Chronifizierung bereits fortgeschritten und die Prognose auf erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung sich ungünstig entwickelt hat.

## 4.1.1 Versorgungsstrukturen WfbM

Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zählt zwar nicht zu den bevorzugten Arbeitsplätzen psychisch kranker Menschen, für diejenigen die dort arbeiten ist die Beschäftigungslage jedoch stabil. Nur 0,11% der Beschäftigten gelingt es pro Jahr die WfbM zu verlassen und eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufzunehmen (BAG WfbM, 2013; Detmar et al., 2008).

*[Die Werkstätten geraten im Zuge eines sich verändernden Behindertenverständnisses, den Forderungen nach Inklusion und Teilhabe am Arbeitsleben in der freien Wirtschaft, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention formuliert und 2009 in Deutschland und 2014 in der Schweiz ratifiziert wurde, zunehmend in eine Doublebind-Situation mit zwei sich widersprechenden Anforderungen: 1. Die Kernaufgabe einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) liegt in der Bereitstellung von Arbeitsplätzen für behinderte Menschen. 2. Die Werkstätten müssen wirtschaftlich geführt werden. Hingegen gehört die Vermittlung von Arbeitsplätzen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sowie die langfristige Begleitung von ArbeitnehmerInnen mit psychischen Störungen nicht zu ihrem Kernprofil. ]*

Um die Durchlässigkeit zwischen WfbM und freier Wirtschaft zu verbessern, sind die Konzepte der virtuellen WfbM und der unterstützten Beschäftigung entwickelt worden (Axt, 2008; Doose, 2012; Schulz & Bungart, 2013). Für eine wirk-

same Rehabilitation mit dem Ziel der nachhaltigen Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind jedoch weder WfbM noch traditionelle Rehabilitationsmaßnahmen, die nach dem Ansatz "Erst trainieren - dann platzieren" vorgehen, wenig geeignet. Heute stehen Konzepte wie das Supported Employment, das seine Wirksamkeitsüberlegenheit in randomisierten kontrollierten Studien zeigen kann, zur Verfügung.

## 4.2 Prozesse: Desintegration und Früherkennung beruflicher Problemlagen

Die Behandlung und vor allem aber die Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen setzen häufig erst spät im Krankheitsprozess ein oder bleiben ungünstigenfalls ganz aus, so dass die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit (AU) schließlich ohne Wiedereingliederungsversuch in die Berentung oder den dauerhaften Sozialhilfe- oder Hartz IV-Bezug mündet.

Dabei benötigen nach krankheitsbedingter AU bereits 80% derjenigen Personen mit sechs Wochen oder länger dauernder Arbeitsunfähigkeit Unterstützung bei der Rückkehr zum Arbeitsplatz. Die Wahrscheinlichkeit der Rückkehr zur Arbeit nach einer krankheitsbedingten Arbeitsabwesenheit von drei bis sechs Monaten liegt bereits bei weniger als 50% und bei einer AU von mehr als zwölf Monaten sind es keine 20% mehr. Berufliche Desintegration entwickelt sich innerhalb weniger Monate und die Zeitfenster, in denen die Voraussetzungen der Reintegration noch günstig sind,

sind beschränkt. In einem ersten Schritt ginge es darum, diejenigen Personen zu identifizieren, die von drohender beruflicher Desintegration besonders bedroht sind. Hier stehen seit einigen Jahren Screeningverfahren zur Verfügung, die vor allem im Umfeld der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt wurden.

Die mangelnde Früherkennung beruflicher Problemlagen wurde bereits 2004 durch das Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation, Köln in ihrem Abschlussbericht „Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung“ aufgegriffen und es wurde bilanziert: "Bislang sind Ansätze zur systematischen frühzeitigen Erkennung gefährdeter Beschäftigter bzw. zur Identifikation von Risikopotenzialen in der Arbeitswelt unzureichend entwickelt oder der hohe Stellenwert von prognostischen Aussagen und Wirkungskettenmodellen bleibt in den zu Grunde gelegten methodischen Überlegungen existenter Ansätze häufig unberücksichtigt." (IQPR, 2004, p. 119) Zehn Jahre später besteht die Problemlage weiterhin und die Berichte "Mental Health and Work" (OECD) bemängeln praktisch unisono, die unzureichend ausgeprägten Identifikations- und Frühinterventionskonzepte und -aktivitäten am noch bestehenden Arbeitsplatz. Die BPtK Studie zur "Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung" hält fest, dass 50% der aufgrund psychischer Störungen vorzeitig Berenteten in den fünf Jahren vor dem Rentenbescheid keine Rehabilitationsleistungen erhalten haben. Insgesamt sind die Re-

habilitationsmaßnahmen nicht im gleichen Maß angestiegen wie die Zahl der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen. Obwohl im Jahr 2011 psychische Erkrankungen für rund 40% der neuen Frührenten verantwortlich waren, wurden lediglich 20% der Rehabilitationsleistungen für die Personengruppe der psychisch Kranken eingesetzt (BPtK, 2013). In der Schweiz sah es bis vor kurzem nicht viel besser aus: Personen mit psychischen Störungen wurden in weniger als der Hälfte der Fälle im Vorfeld ihrer Berentung Arbeitsrehabilitation empfohlen und bei 13% tatsächlich durchgeführt (Apfel & Riecher-Rössler, 2008; Baer et al., 2009). Obwohl auf der einen Seite die AU-Zeiten bei psychischen Störungen zunehmen und ihr Anteil an Neuberentungen wächst, wird auf der anderen Seite offenbar noch nicht genug getan die bestehenden Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe zu identifizieren und gezielt anzugehen.

Für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungs- und Rehabilitationspraxis bedeutet dies konkret, dass psychisch erkrankte ArbeitnehmerInnen auch während einer ambulanten oder stationären Behandlung nicht unbedingt damit rechnen können, in ihrer beruflichen Problemsituation wahrgenommen zu werden. Erste Interventionen z.B. die Kontaktaufnahme zum Arbeitgeber werden während des Klinikaufenthalts spät oder gar nicht hergestellt, der noch bestehende Arbeitsplatz mit seinen Möglichkeiten und Belastungen für den/die erkrankte MitarbeiterIn wird nicht zum Inhalt der Behandlung. Krankentagegel-

der oder ähnliche Überbrückungsleistungen werden i.d.R. über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ausgerichtet und die berufliche Wiedereingliederung wird oft erst dann begonnen, wenn das Ende der Versicherungszahlungen absehbar ist. Das Dilemma besteht darin, dass menschliches Erleben und Verhalten - in diesem Fall die krankheitsbedingten AU-Zeiten - nicht vorschnell pathologisiert und zum Stigma werden sollen - andererseits weisen die geschilderten Befunde in die entgegengesetzte Richtung, dass nämlich nicht zu früh sondern zu spät interveniert wird und wirksame Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen angeboten werden.

In der Schweiz will die Invalidenversicherung das Prinzip "Eingliederung vor Rente" konsequent umsetzen u.a. durch die Implementierung eines Früherfassungssystems und Maßnahmen der Frühintervention, die die Rehabilitation am noch bestehenden Arbeitsplatz durchführen. Der Bedarf für dieses Vorgehen bekam weitere Bestätigung durch eine Befragung bei ArbeitgeberInnen zu "schwierigen MitarbeiterInnen". Diese ergab, dass 25% der MitarbeiterInnen psychische Auffälligkeiten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweisen. Von besonderer Bedeutung sind Auffälligkeiten im zwischenmenschlichen Bereich. Die Vorgesetzten reagieren unspezifisch auf die gezeigten „schwierigen Verhaltensweisen“ ihrer Mitarbeitenden und fühlen sich häufig überfordert. Die Invalidenversicherung (IV) wird dabei kaum als mögliche Unterstützung wahrgenommen. Am Ende des Prozesses wird die Auflösung des Arbeitsverhältnis-

ses meist als einzige Lösung gesehen (Baer, 2013). Schlussfolgerungen aus diesen Studienergebnissen sind, dass die Betriebe über psychische Störungen und ihre Auswirkungen am Arbeitsplatz besser informiert und im Umgang mit psychisch erkrankten MitarbeiterInnen unterstützt werden sollen mit dem Ziel Kündigungen zu vermeiden und Beschäftigungsverhältnisse zu erhalten.

In Deutschland ist das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) seit zehn Jahren im SGB IX gesetzlich verankert. Und die Deutsche Rentenversicherung hat den Bedarf einer Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und besonderen beruflichen Problemlagen (in der Neurologie und Psychosomatik betrifft dies 50% der RehabilitandInnen) aufgegriffen und spezifische Angebote im Rahmen der medizinisch-beruflich-orientierten Rehabilitation (MBOR) entwickelt (Müller-Fahrnow et al., 2005). Auch wenn es diverse inhaltliche Überschneidungen gibt, bleiben psychiatrische und psychosomatische Rehabilitation - wie auch in der Akutversorgung - weitgehend separiert und Programme der einen Disziplin sind der anderen meist nicht bekannt.

Ein weiterer erschwerender Aspekt für die frühzeitige Identifizierung von arbeitsbezogenen Problemlagen und Frühintervention liegt in der Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialsystems. Eine wirklich integrierte Versorgung, in der sich die unterschiedlichen Leistungsträger und -erbringer an den Bedarfen des einzelnen psychisch erkrankten Menschen orientieren und in eine auf Nahtlosigkeit und Nachhaltig-

keit ausgerichteten psychiatrischen Frührehabilitation umsetzen, wird bereits im Konzept RPK angegangen.

## 5 Prinzipien und Konzepte in der Arbeitsrehabilitation

Psychische Störungen umfassen nicht nur die Ausprägung der Psychopathologie sondern auch funktionelle Defizite in wichtigen Lebensbereichen wie Arbeit, Wohnen und Lernen. Damit werden psychische Störungen zu schweren psychischen Erkrankungen, in der Literatur als Severe Mental Illness (SMI) bezeichnet (Anthony et al., 2002).

Ein Teil dieser psychisch Kranken ist aufgrund ihrer Störungen durch arbeitsrehabilitative Angebote nur schwer erreichbar und etwa ein Drittel bricht die Maßnahmen ab, noch ehe eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederungsfähigkeit erreicht werden konnte (Watzke et al., 2006). Die MaßnahmeabbrecherInnen haben eine bis zu 4-fach schlechtere Prognose hinsichtlich ihrer beruflichen Wiedereingliederung (Harding et al., 2008; Lamberti et al., 1998). Eine weitere Ursache für unbefriedigende Integrationsergebnisse liegt darin, dass nicht alle psychisch Kranken auf Arbeitsrehabilitation in gleicher Weise ansprechen. Watzke et al. (2005) finden in ihrer Untersuchung vier verschiedene Respondergruppen, die sich in den Verbesserungsmöglichkeiten ihrer Arbeitsfähigkeit, ihrer Lernfähigkeit und so in ihrer Ansprechbarkeit auf Arbeitsrehabilitation unterscheiden. Die Gruppen weisen zudem unterschiedliche Resultate in der berufliche Teilhabe auf. In der Studie

zum Berner Job Coach Projekt zeigte sich, dass ein Abbruch in den ersten Wochen der beruflichen Maßnahme auch zu einem späteren Zeitpunkt innerhalb des Untersuchungszeitraums von zwei Jahren in keine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mündete und die Inklusion nicht gelang (Hoffmann et al., 2012).

Häufig beschreiben RehabilitandInnen das Training in einem geschützten Arbeitsbereich mit Übungsaufgaben oder handwerklicher Kleinserienproduktion als unrealistisches Umfeld und im Hinblick auf das anvisierte Ziel der beruflichen Eingliederung in die freie Wirtschaft als stigmatisierend sowie demotivierend und stehen einer Beteiligung kritisch gegenüber (Riedel et al., 1998). Skepsis ist durchaus angebracht, denn der Integrationserfolg bei Eingliederungsmaßnahmen, die nach dem Stufenmodell "Erst trainieren - dann platzieren" vorgehen, ist bescheiden und liegt – auch bei hoher Eintrittsselektion – lediglich zwischen 5-30%. Kommt es zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft, sind die Möglichkeiten der rehabilitativen Begleitung und wenn nötig der konkreten Unterstützung am Arbeitsplatz zeitlich befristet und enden mit Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme. Das Risiko ist hoch, die Stelle innerhalb eines Jahres bereits wieder zu verlieren. Zusammengefasst muss dieser Ansatz bezüglich seiner Integrationsresultate als unbefriedigend und nicht nachhaltig bezeichnet werden.

## **6 Supported Employment: Erst platzieren - dann trainieren**

Supported Employment verfolgt nun den umgekehrten Weg des traditionellen Rehabilitationsansatzes und wendet das Vorgehen „Erst platzieren – dann trainieren“ an. Traditionelle Maßnahmen, wie sie im letzten Abschnitt beschrieben wurden, folgen der Logik eines Stufenmodells: Von der Tagesklinik/Arbeitstherapie über einen Trainingsarbeitsplatz in einer Institution gelangen die RehabilitandInnen - sofern sie sich in diesem Rahmen bewährt haben - über ein Praktikum in eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Anders im Supported Employment: Ohne vorheriges Training in einem geschützten Arbeitsbereich tritt der/die RehabilitandIn im Anschluss an eine zwei- bis vierwöchigen Abklärung einen Arbeitsplatz unter Wettbewerbsbedingungen in der freien Wirtschaft an. Die TeilnehmerInnen erhalten einen Leistungslohn, der mindestens dem gesetzlichen Mindestlohn entspricht. Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet und die rehabilitative Begleitung, häufig als Job Coaching bezeichnet, zeitlich nicht beschränkt. Supported Employment erzielt signifikant höhere Eingliederungsraten. Bis zu 60% der RehabilitandInnen können auf diese Weise eingegliedert werden, und der Integrationserfolg ist nachhaltig (Bond & Drake, 2014). Wissenschaftliche Untersuchungen zum Supported Employment in Europa konnten die Ergebnisse der angloamerikanischen Studien replizieren (Bond et al., 2012; Burns et al., 2007; Hoffmann et al., 2012; Hoffmann et al., in press; Marino & Dixon, 2014). Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt das Konzept des Supported Employment als „Good Prac-

tice“ (Harnois & Gabriel, 2000) und ein aktueller Cochrane Review findet in 14 randomisiert kontrollierten Studien mit gesamthaft 2265 TeilnehmerInnen erneut die Überlegenheit des Supported Employment.

Die Studienlage zeigt klar, dass Rehabilitation nach dem Supported Employment mehr als doppelt so wirksam hinsichtlich der Wiedereingliederungsquoten und auch in der Nachhaltigkeit der Erwerbstätigkeit den traditionellen Maßnahmen überlegen ist. Im langfristigen Verlauf zeigt sich ein weiterer Vorteil des Supported Employment, der in der 5-Jahres-Katamnese zum Berner Job Coach Projekt gefunden wurde: Das Supported Employment ist auch in ökonomischer Hinsicht dem traditionellen Ansatz beruflicher Rehabilitation überlegen. Hierfür wurde der "Social Return on Investment" (SROI) berechnet<sup>1</sup>, ein Maß, das Verdienst und direkte Kosten<sup>2</sup> (medizinische und nicht-medizinische Kosten) gegenüber stellt und anzeigt, wie hoch der soziale Rückfluss einer Investition an die Gesellschaft in Form von Kaufkraft und zu versteuerndem Einkommen ist. Im Supported Employment ist der SROI durchschnittlich dreimal so hoch, wie in der Kontrollgruppe (Hoffmann et al., in press). Diese Be-

funde decken sich mit Untersuchungen, die ebenfalls Cost-Benefit-Analysen zum Supported Employment angestellt haben (Cimera, 2012; Knapp et al., 2013; Salkever, 2013).

## 6.1 Praktische Umsetzung Supported Employment: IPS Fidelity Scale

Für das Supported Employment hat sich die Kurzformel "Erst platzieren - dann trainieren" in Abgrenzung zu dem traditionellen Ansatz des "Erst trainieren - dann platzieren" durchgesetzt. Dieser Slogan ist einerseits griffig, andererseits drohen damit die für die Wirksamkeit entscheidenden Bestandteile des Programms aus dem Blickfeld zu geraten. Sicher ist, für die Eingliederung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist ein Arbeitsplatz notwendig aber keinesfalls hinreichend. Die hohen Integrationsquoten des Supported Employment sind das Resultat der Summe von Programmcharakteristika, wie sie im "Individual Placement and Support Model" kurz IPS, konzeptionalisiert sind. Diese Programmmerkmale sind operationalisiert in der sogenannten "IPS Fidelity Scale (IPS-15)", die in drei Bereiche 1. Personal, 2. Organisation und 3. Leistungen/Services gegliedert ist (Bond et al., 1997). Die

1) Formel für den SROI:

$$\text{Social Return on Investment (in \%)} = \frac{\text{Benefits}}{\text{Investments}} \times 100$$

Der Wert kann im Minimum 0% nicht unterschreiten.

2) Die Programmkosten (direkte nicht medizinische Kosten) enthalten Abklärung, berufliches Training, WfbM Arbeitsplatz, Begleitung durch den Job Coach und Lohnnebenkosten. Die direkten medizinischen Kosten beinhalten (teil)stationäre Behandlung, ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Medikamente im Untersuchungszeitraum von fünf Jahren.

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 30 (2014)

Umsetzung dieser Programmmerkmale nimmt entscheidend Einfluss auf den Outcome d.h. die Beschäftigungsraten und -dauer in Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Darüber hinaus wird die Programmtreue gesteigert, wissenschaftliche Evidenz in der Praxis verankert, verbindliche Qualitätsstandards geschaffen und die Inklusion von Menschen mit psychischen Störungen in den allgemeinen Arbeitsmarkt wesentlich verbessert. Im einzelnen umfassen die drei Bereiche der IPS Fidelity Scale (IPS-15) folgende Merkmale:

## Personal

01. Der Caseload eines Job Coachs beträgt weniger als 20 Personen.
02. Die Mitarbeitenden im Supported Employment sind ausschließlich als Job Coachs tätig.
03. Die Job Coachs übernehmen alle Aufgaben von Anfang bis Ende, d.h. von der Aufnahme, Assessment, Stellensuche, Einarbeitung und ggf. Stellenwechsel, langfristigem Support der Teilnehmenden und Vorgesetzten.

## Organisation

04. Die Job Coachs sind Teil eines gemeindepsychiatrischen Teams.
05. Die Job Coachs bilden ein Team mit gemeinsamen Sitzungen und Supervision.
06. Kein Interessierter am Supported Employment wird ausgeschlossen.

## Leistungen (Services)

07. Es finden fortlaufende Assessments am Arbeitsplatz statt.
08. Rasche (< 1 Monat) Vermittlung an

einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

09. Die Arbeitsplatzsuche erfolgt nach individuellen Bedürfnissen und Neigungen. Daraus folgt, dass
10. Stellen in verschiedenen Berufssparten angeboten werden.
11. Die Arbeitsstellen sind nicht befristet sondern langfristig.
12. Die Job Coachs helfen, wenn ein Stellenwechsel erforderlich wird.
13. Das Coaching von Teilnehmenden und Arbeitgebern ist zeitlich nicht befristet. Es kann bei Bedarf auch über Jahre hinweg bestehen.
14. Das Angebot ist gemeindeintegriert d.h. es ist weder in einer Klinik noch einer WfbM räumlich integriert und realisiert so das Normalitätsprinzip.
15. Die Job Coachs arbeiten aufsuchend: Der Support findet am Arbeitsplatz statt und richtet sich auch an Vorgesetzte und KollegInnen der Teilnehmenden.

In der praktischen Anwendung wird die Ausprägung jedes Merkmals der IPS-15 auf einer 5-stufigen Skala bewertet und die Werte anschließend addiert. Die Summe zeigt den SE-IPS Implementierungsgrad des Rehabilitationsprogramms an. Die Skala ist in einer weiterentwickelten Langform auf Englisch auf der Webseite des "Dartmouth IPS Supported Employment Center" verfügbar unter: <http://sites.dartmouth.edu/ips/fidelity/>. Die Qualität eines Supported Employment Programms wird durch die IPS-15 erfassbar. Die Skala ist wissenschaftlich abgesichert und legt so die Voraussetzungen, Programme miteinander zu ver-

gleichen, zu qualifizieren und ihre Eingliederungsergebnisse in Bezug zum Implementierungsgrad zu setzen. Die Inklusion psychisch erkrankter Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt wird durch einen hohen Implementierungsgrad der IPS-15 Standards nachweislich gesteigert (Bond et al., 2011; Kinoshita et al., 2013).

## 7 Fazit und Ausblick

Psychisch Kranke sind im Vergleich zu anderen Personengruppen mit physischen oder Lernbehinderungen besonderes von sozialer Exklusion und fehlender Teilhabe am Arbeitsleben betroffen. Berufliche Problemlagen werden nicht rechtzeitig identifiziert und Eingliederungsmaßnahmen setzen im Rehabilitationsprozess zu spät ein. Darüber hinaus wirkt erschwerend, dass nicht alle Personen, die von Invalidisierung bedroht sind Arbeitsrehabilitation erhalten. Bereits während der Akutbehandlung im ambulanten oder (teil)stationären Setting können berufliche Problemlagen und mit ihnen einhergehen das Invalidisierungsrisiko mit Screening Instrumenten identifiziert (Bürger & Deck, 2009; Löffler et al., 2008; Streibelt et al., 2007) und beispielweise durch Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und Frühinterventionsmaßnahmen angegangen werden (Angerer et al., 2014). Die Zusammenarbeit mit den ArbeitgeberInnen spielt auf der Mikro-Ebene für den/die einzelne psychisch erkrankte Person eine wichtige Rolle, auf der organisationalen Ebene im Betrieb können Personalverantwortliche

und Vorgesetzte von Information und Schulung zum Thema psychische Störungen am Arbeitsplatz profitieren (Baer, 2013; Riechert, 2011). Durch Entlastungen der ArbeitgeberInnen und Anreize sollen Kündigungen verhindert werden und der Arbeitsplatz für den/die psychisch kranke ArbeitnehmerIn erhalten bleiben.

Psychisch Kranke mit noch bestehendem Arbeitsplatz und länger als drei Monate andauernder Arbeitsunfähigkeit stellen eine Hochrisikogruppe für berufliche Desintegration dar und in dieser Situation ist dringender Handlungsbedarf gegeben. Bei der Arbeitsplatzanalyse sollten psychosoziale und psychomentale Faktoren besonders in den Blick genommen werden, da diese in Wechselwirkung mit der psychischen Störung stehen und sich auf das Arbeitsverhalten positiv oder negativ auswirken (Angerer et al., 2014).

Junge Erwachsene mit psychischen Störungen stellen für die dauerhafte Exklusion aus dem Arbeitsleben eine stark vulnerable Personengruppe dar. Eine wirksame Hilfe für die im Langzeitarbeitslosenstand befindlichen jungen Erwachsenen besteht im Abbau von Schnittstellen zwischen JobCentern bzw. Sozialdiensten und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung mit dem Ziel ihre Hilfebedarfe zu identifizieren und ihnen Behandlungs- und Rehabilitationsangebote zu vermitteln (Reissner et al., 2011). Insgesamt kann die Effektivität arbeitsrehabilitativer Interventionen durch wissenschaftliche Studien als gut gesichert bezeichnet werden. Rehabilitation, nach dem traditionellen Ansatz des „Erst trainieren - dann platzieren“ erzielt nur gerin-

ge Wiedereingliederungsraten und keine nachhaltige Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dem gegenüber hat sich der Ansatz des Supported Employment "Erst platzieren - dann trainieren" in zahlreichen wissenschaftlichen Studien als deutlich überlegen erwiesen. Rehabilitation nach dem Konzept des Supported Employment, das die Standards der IPS Fidelity Scale (IPS-15) umsetzt bewirkt a) höhere Beschäftigungsraten, b) längere Beschäftigungsdauer in der freien Wirtschaft und c) mehr Tage in irgendeiner Form von bezahlter Arbeit. Außerdem schätzen die RehabilitandInnen d) ihre Lebensqualität höher ein und e) langfristig sinkt die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von (teil)stationärer psychiatrischer Behandlung. Im Supported Employment richtet sich das Coaching nicht nur an die betroffenen Personen sondern ebenfalls auf deren Arbeitskontext. Dazu gehört die Unterstützung der ArbeitskollegInnen und Vorgesetzten im Umgang mit den psychisch kranken MitarbeiterInnen ebenso wie Anpassungen des Arbeitsplatzes und die Umsetzung notwendiger Modifikationen von Arbeitsanforderungen. Eine kritische Komponente für die Nachhaltigkeit der Inklusion im Arbeitsleben ist die prinzipiell zeitlich unbefristete Begleitung durch den Job Coach. Der Job Coach übernimmt häufig als einziger eine zentrale und kontinuierliche Vernetzungsfunktion für den/die psychisch kranken ArbeitnehmerIn (Case Management) in einem sich über Jahre erstreckenden komplexen Eingliederungs- und Stabilisierungsprozess. Dem minimalen finanziellen Aufwand eines langfristigen

Coachings, stehen hohe Kosten der Chronifizierung und mit ihr einhergehender Inanspruchnahme intensiver (teil)stationärer Behandlungen gegenüber. Ein Desiderat für Menschen mit schweren und lang anhaltenden psychischen Störungen stellen Finanzierungsmodelle dar, die auch außerhalb des Modells der Unterstützten Beschäftigung genutzt werden können, da psychisch Kranke dem Antrag auf Schwerbehinderung nicht selten kritisch gegenüber stehen. Ein niederschwelliger, individueller Hilfebedarf ist im fragmentierten System jedoch nicht ohne Weiteres finanzierbar. Bei komplexem und häufig lang andauernden Hilfebedarf besteht das Problem in der Desintegration von Leistungen, das durch Mischfinanzierungen (medizinische und berufliche Rehabilitation) angegangen werden kann, wie es in der Rehabilitation für psychisch Kranke (RPK) bereits umgesetzt wird. Allerdings fehlen auch hier Möglichkeiten der langfristigen Finanzierung.

In der Schweiz trägt die gute Evidenz und die Popularität des Supported Employment erste Früchte: Supported Employment ist in einigen Regionen (Bern, Zürich) bereits in die Regelversorgung übernommen worden. Im 2008 wurde der Verein "Supported Employment Schweiz" gegründet, der dem Europäischen Dachverband für Unterstützte Beschäftigung (EUSE) angehört. In ihm sind Einrichtungen und Maßnahmen organisiert, die sich die Eingliederung von Personen, die aus psychischen oder anderen Gründen aus dem Arbeitsleben ausgeschlossen sind, zur Aufgabe gemacht haben. Neben den EUSE Quali-

tätsstandards, die ein Phasenmodell des Eingliederungsprozesses und Anforderungen an Struktur- und Ergebnisqualität zusammenfassen, plant der Verein "Supported Employment Schweiz", die IPS Fidelity Scale (IPS-15) zu Qualitätssicherungszwecken verbindlich für sämtliche Mitgliedsinstitutionen zu implementieren. In Deutschland finden sich Supported Employment Ansätze heute in Maßnahmen der RPK (BAG RPK), in virtuellen Werkstätten und im Rahmen der Unterstützten Beschäftigung (BAG UB).

Die flächendeckende Implementierung und Zugänglichkeit zu evidenzbasierter Rehabilitation wie dem Supported Employment ist in den deutschsprachigen Ländern noch nicht realisiert. Die Identifikation rehabilitativer Bedarfe bereits in der Phase der Akutbehandlung und Frührehabilitation im Rahmen einer integrierten Versorgung ist kein Standard.

Die Entwicklung und Evaluation unterschiedlicher Konzepte für verschiedene Stadien beruflicher Problemlagen (Präsentismus, Return to Work) und im weiteren Verlauf der Exklusion aus der Arbeitswelt (Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit und Frühverrentung) steckt noch in den Anfängen und dürfte - gerade mit Blick auf die gegenwärtigen Diskussionen über die Zunahme von AU-Zeiten und Frühverrentungen aufgrund psychischer Störungen - ein großes Potenzial für die psychiatrische Rehabilitation haben (Corbière et al., 2013). Und schließlich lassen auch die Erfolge des Supported Employments noch Fragen offen, beispielsweise wie diejenigen Teil-

nehmerInnen erreicht werden können, die aus dem Programm vorzeitig ausscheiden und deren Anteil mindestens 40% beträgt. Zukünftig dürften Voraussetzungen und Bedingungen des Erfolgs von Supported Employment wie die Berücksichtigung der individuellen Veränderungsbereitschaft (Stages of Change) des/der RehabilitandIn, soziale Unterstützung, Ausprägung von Selbststigmatisierung und damit einhergehendes Vermeidungsverhalten, Selbstwirksamkeitserleben sowie die Qualität des Supports durch den Job Coach in der Programmentwicklung einen noch höheren Stellenwert einnehmen, als dies bereits heute der Fall ist (Corbière et al., 2011; Knaeps et al., 2014; Larson et al., 2007; Provencher et al., 2002; Taylor & Bond, 2014).

## Literatur

- Allott, K., Yuen, H., Garner, B., Bendall, S., Killackey, E., Alvarez-Jimenez, M., Phassoulotis, C., Markulev, C., Yun, Y., McGorry, P., & Phillips, L. (2012). Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Advance online publication. 22.11.2012. doi:2010.1007/s00127-00012-00627-00121.
- Angerer, P., Glaser, J., Gündel, H., Henningsen, P., Lahmann, C., Letzel, S., & Nowak, D. (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit: Wissenschaft, Erfahrungen und Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Landsberg/Lech: ecomed Medizin.

- Anthony, W. A., Cohen, M. R., Farkas, M. D., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2. ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Apfel, T., & Riecher-Rössler, A. (2008). Delay of diagnosis and treatment in psychiatric patients applying for a disability pension - a challenge for all of us. *Swiss Medical Weekly*, 138(23-24), 348-354.
- Axt, K. (2008). Die Virtuelle Werkstatt Saarbrücken. *Ergotherapie und Rehabilitation* (5), 11-13.
- Baer, N. (2013). Was ist schwierig an "schwierigen" Mitarbeitern? Arbeitsprobleme und Potentiale bei Menschen mit psychischen Störungen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 164 (4), 123-131.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Beratungsverläufe. Forschungsbericht Nr. 6/09*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- BAG RPK. from <http://www.bagrpk.de>  
BAG UB. from <http://www.bag-ub.de>  
BAG WfbM. (2013). Statistik. . Retrieved 24.02., 2014, from <http://www.bagwfbm.de/category/34>
- Bell, M. D., & Lysaker, P. H. (1997). Clinical benefits of paid work activity in schizophrenia: 1-year followup. *Schizophrenia Bulletin*, 23(2), 317-328.
- Bertelsmann Stiftung (Ed.). (2014). *Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Bezborodovs, N., & Thornicroft, G. (2013). Stigmatisation of mental illness in the workplace: Evidence and consequences. *Psychiatrie*, 10(2), 102-107.
- Bond, G. R., Becker, D. R., & Drake, R. E. (2011). Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: Case example of the IPS fidelity scale. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 126-141.
- 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.
- Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., & Vogler, K. M. (1997). A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of Supported Employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 40(4), 265-284.
- Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Making the case for IPS supported employment. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(1), 69-73.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry*, 11(1), 32-39.
- BPtK. (2013). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Retrieved 08.02., 2014, from [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_](http://www.bptk.de/fileadmin/user_)

- [\\_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits-\\_und\\_Erwerbsunfaehigkeit/2014\\_0128\\_BPtK-Studie\\_Arbeits-und\\_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf](#)
- Bürger, W., & Deck, R. (2009). SIBAR - ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation*, 48(4), 211-221.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of Supported Employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152.
- Cahn, T., & Baer, N. (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft*. Basel: Verlag des Kantons Basel-Landschaft.
- Cimera, R. E. (2012). The economics of Supported Employment: What new data tell us. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(2), 109-117.
- Corbière, M., Negrini, A., & Dewa, C. S. (2013). Mental health problems and mental disorders: Linked determinants to work participation and work functioning In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of work disability prevention and management* (pp. 267-288). New York: Springer.
- Corbière, M., Zaniboni, S., Lecomte, T., Bond, G., Gilles, P.-Y., Lesage, A., & Goldner, E. (2011). Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in Supported Employment programs: A theoretically grounded empirical study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 342-354.
- Detmar, W., Gehrman, M., König, F., Momper, D., Piedad, B., & Radatz, J. (2008). Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. . Retrieved 24.02., 2014, from [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f383.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsbericht-f383.pdf?__blob=publicationFile)
- DGPPN (Ed.). (2013). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Doose, S. (2012). Supported employment in Germany. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 37(3), 195-202.
- Drake, R. E., Bond, G. R., & Essock, S. M. (2009a). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 704-713.
- Drake, R. E., Skinner, J. S., Bond, G. R., & Goldman, H. H. (2009b). Social security and mental illness: Reducing disability with supported employment. *Health Affairs*, 28(3), 761-770.
- Dunn, E. C., Wewiorski, N. J., & Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: Results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59-62.
- EUSE. from <http://www.euse.org>
- Fluder, R., Salzgeber, R., Fritschi, T., Pfiffner

- ,R., Hümbelin, O., Ruckstuhl, H., Germann, U., & Koch, K. (2014). *Verläufe und Profile von IV-Neurentner/innen 2010. Analysen anhand der SHIVALV-Daten 2005-2010. Forschungsbericht Nr. 10/13*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Harding, B., Torres-Harding, S., Bond, G., Salyers, M., Rollins, A., & Hardin, T. (2008). Factors associated with early attrition from psychosocial rehabilitation programs. *Community Mental Health Journal, 44*(4), 283-288.
- Harnois, G., & Gabriel, P. (2000). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization.
- Haubl, R., & Voß, G. G. (2009). Psychosoziale Kosten turbulenter Veränderungen Arbeit und Leben in Organisationen 2008. *Positionen. Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt*(1), 2-8.
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., & Kupper, Z. (2012). A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(2), 157-167.
- Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (in press). Long-term effectiveness of supported employment: Five-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*.
- IQPR. (2004). Prävention und Rehabilitation zur Verhinderung von Erwerbsminderung. *American Journal of Community Psychology*. Retrieved 10.06., 2014, from <http://www.iqpr.de/iqprweb/public/dokumente/forschung/publikationen/>
- Textband.pdf
- Jäckel, D., Hoffmann, H., & Weig, W. (Eds.). (2010). *Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt, 85*(1), 77-87.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., & Zeisel, H. (2008). *Die Arbeitslosen von Marienthal* (18. ed.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kieselbach, T., & Beelmann, G. (2006). Psychosoziale Risiken von Arbeitsplatzverlust. *Psychotherapeut, 51*(6), 452-459.
- Kilian, R. (2012). Psychische Krankheit als soziales Problem. In G. Albrecht & A. Groenemeyer (Eds.), *Handbuch soziale Probleme* (2. überarbeitete ed., pp. 924-957). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kilian, R., Lauber, C., Kalkan, R., Dorn, W., Rössler, W., Wiersma, D., van Buschbach, J., Fioritti, A., Tomov, T., Catty, J., Burns, T., & Becker, T. (2012). The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(9), 1381-1389.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Omori, I. M., Watanabe, N., Marshall, M., Bond, G. R., Huxley, P., & Kingdon, D. (2013).

- Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(9), Art. No.: CD008297. DOI: 008210.001002/14651858.CD14008297.pub14651852.
- Knaeps, J., Neyens, I., Donceel, P., van Weeghel, J., & Van Audenhove, C. (2014). Beliefs of vocational rehabilitation counselors about competitive employment for people with severe mental illness in Belgium. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Advance online publication. 02.05.2014. doi:2010.1177/0034355214531075.
- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Kilian, R., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., Comas-Herrera, A., White, S., Wiersma, D., & Burns, T. (2013). Supported Employment: Cost-effectiveness across six European sites. *World psychiatry*, 12 (1), 60-68.
- Kukla, M., Bond, G., & Xie, H. (2012). A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 200(3), 214-222.
- Lamberti, J. S., Melburg, V., & Madi, N. (1998). Intensive Psychiatric Rehabilitation Treatment (IPRT): An overview of a new program. *Psychiatric Quarterly*, 69 (3), 211-234.
- Larson, J. E., Barr, L. K., Kuwabara, S. A., Boyle, M. G., & Glenn, T. L. (2007). Process and Outcome Analysis of a Supported Employment Program for People with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 339-353.
- Löffler, S., Wolf, H. D., & Vogel, H. (2008). Das Würzburger Screening zur Identifikation beruflicher Problemlagen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Ed.), *17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, DRV-Schriften, Bd. 77* (pp. 217-219). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV).
- Marino, L. A., & Dixon, L. B. (2014). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 210-215.
- Marshall, T., Goldberg, R. W., Braude, L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., George, P., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Supported Employment: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(1), 16-23.
- Müller-Fahrnow, W., Greitemann, B., Radoschewski, F. M., Gerwin, H., & Hansmeier, T. (2005). Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. *Rehabilitation*, 44(5), 287-296.
- OECD. from <http://www.oecd.org/employment/emp/theoecdmentalhealthandworkproject.htm>
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
- Pech, E., & Freude, G. (2010). *Zusammenhang zwischen eingeschränktem Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit* (Vol. 2011). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA).

---

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*  
Jahrgang 30 (2014)

- Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S., & Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 26*(2), 132-144.
- Reissner, V., Rosien, M., Jochheim, K., Kuhnigk, O., Dietrich, H., Holleder, A., & Hebebrand, J. (2011). Psychiatric disorders and health service utilization in unemployed youth. *Journal of Public Health, 19*(1), 13-20.
- Richter, D. (2010). Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. *Kerke Forum für Sozialpsychiatrie, 28*(2), 8-10.
- Richter, D., Eikelmann, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Gesundheitswesen, 68*(11), 704-707.
- Riechert, I. (2011). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfadens für Führungskräfte und Personalverantwortliche - von der Prävention bis zur Wiedereingliederung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Riedel, S. G., Lindenbach, I., Kilian, R., & Angermeyer, M. C. (1998). "Weg vom Fenster" - Die Selbstbeurteilung der beruflichen Situation chronisch schizophrene erkrankter in den neuen Bundesländern. *Psychiatrische Praxis, 25*(6), 286-290.
- Salkever, D. (2013). Social costs of expanding access to evidence-based Supported Employment: Concepts and interpretive review of evidence. *Psychiatric Services, 64*(2), 111-119.
- Schennach, R., Obermeier, M., Meyer, S., Jäger, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L., Gabel, W., Klosterkötter, J., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M., Rütger, E., Klingberg, S., Gastpar, M., Seemüller, F., Müller, H.-J., & Riedel, M. (2012). Predictors of relapse in the year after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services, 63*(1), 87-90.
- Schubert, M., Parthier, K., Kupka, P., Krüger, U., Holke, J., & Fuchs, P. (2013). *IAB Forschungsbericht. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit
- Schulz, J., & Bungart, J. (2013). Endauswertung (15.10.2013) 1. bundesweite Umfrage der BAG UB zur Umsetzung der Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ nach § 38a SGB IX (2009 - 2012). Hamburg: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (BAG UB).
- Streibelt, M., Gerwin, H., Hansmeier, T., Thren, K., & Müller-Fahrnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation - Analysen zur Konstruktvalidität und Prognosegüte. *Rehabilitation, 46*(5), 266-275.
- Supported Employment Schweiz. from <http://www.supportedemployment-schweiz.ch>
- Taylor, A., & Bond, G. (2014). Employment Specialist Competencies as Predictors of Employment Outcomes. *Community Mental Health Journal, 50*(1), 31-40.
- Torrey, W. C., Drake, R. E., Dixon, L. B.,

---

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der **gfts**  
Jahrgang 30 (2014)

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.

Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie* (7. neu überarbeitete und erweiterte ed.). Zürich und Stuttgart: vdf und Schäffer-Poeschel.

Vereinte Nationen. (2006). Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Behinderungen. from <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>

Warner, R. (2009). Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 374-380.

Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., & Brieger, P. (2005). Ausprägung und Veränderung der Arbeitsfähigkeiten psychisch kranker Menschen in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 32(6), 292-298.

Watzke, S., Galvao, A., Gawlik, B., Hühne, M., & Brieger, P. (2006). Massnahmenabbrecher in der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. *Psychiatrische Praxis*, 33(3), 124-131.

Zhang, J., Harvey, C., & Andrew, C. (2011). Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: A retrospective study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 578-585.

## Korrespondenzadresse der Autorin:

Dipl.-Psych. Dorothea Jäckel  
Universitäre Psychiatrische Dienste  
Bern  
Psychiatrische Rehabilitation  
Murtenstrasse 21/Postfach  
CH-3010 Bern  
Tel. +41 31 632 47 07  
[jaeckel@spk.unibe.ch](mailto:jaeckel@spk.unibe.ch)

# SCHIZOPHRENIE

---

## Wo ist der Fortschritt in der Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen? <sup>1</sup>

Thomas Becker

### Einleitung

In einem Editorial behandelt Priebe (2012) die Frage: Wo ist der Fortschritt? Er geht von der Generationenfolge im Fach Psychiatrie aus und setzt für eine Generation die gängige Dauer von 30 Jahren an. Dies führt, zwei Generationen vom Jahr des Erscheinens (2012) zurück gerechnet, in die Jahre 1982 bzw. 1952. Es sei zu verzeichnen, dass die ‚Generation‘ zwischen 1952 und 1982 mit Psychiatriereformen und Psychiatrieenquête in Deutschland, der Einführung der Neuroleptika einschließlich Clozapin, der Antidepressiva und der Lithiumbehandlung, der Gründung psychotherapeutischer Schulen (klientenzentrierte Gesprächstherapie, kognitive Therapie, lösungsorientierte Therapie, Familientherapie), mit Tageskliniken und multidisziplinären Teams einschließlich aufsuchender Hilfen (Betreuung psychisch Kranker in der Gemeinde) sowie mit randomisierten, kontrollierten Studien als Goldstandard des Effektivitätsnachweises entscheidende Fortschritte gebracht habe. Dem gegenüber zieht Priebe (2012) für die Zeit von 1982 bis zum Erscheinen des Artikels folgende Bilanz: kein neues Medikament mit entscheidend höherer Wirksamkeit (trotz Vorteilen bei Nebenwirkungsprofilen), keine Neuerungen bei bedeutsamen psychotherapeutischen Therapieschulen und in

der Weiterentwicklung soziotherapeutischer Methoden, Therapiemöglichkeiten im Großen und Ganzen gegenüber der Zeit vor 30 Jahren unverändert, Studien zeigten, dass die Hoffnung auf größere Wirksamkeit atypischer Neuroleptika vielleicht abgesehen von Clozapin in mancher Hinsicht unerfüllt geblieben sei, dass Effekte von Antidepressiva am eindrucklichsten belegt seien für schwere Depressionen und dass effektive Frühbehandlung psychotischer Störungen möglicherweise nicht überdauernd wirksam sei. Trotz dieses Überwiegens paradigmatischer Neuerungen in der ersten 30-Jahres-Periode sieht er dennoch deutliche Verbesserungen der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen. So seien massive Investitionen in bessere Einrichtungen und Personal getätigt worden, mehr Menschen würden vom Versorgungssystem erreicht, mehr Menschen erhielten bessere Behandlungen, es seien weitere Fortschritte bei der Enthospitalisierung früher langzeithospitalisierter Patienten erreicht worden, die Lebensqualität vieler Patienten sei verbessert worden, es gebe keine schwerwiegenden ‚Verschiebungen‘ von Patienten in andere Systeme (Transinstitutionalisierung), Standardbehandlungen seien effektiver geworden, die wirksamen Komponenten von Behandlungen seien flächendeckender verfügbar, die Bedeutung guter therapeutischer

Beziehung, von sozialer Unterstützung und psychologischen Hilfen werde flächendeckend bedacht. Vorangetrieben worden sei dieser enorme praktische Fortschritt durch die soziale Psychiatrie als gesundheitspolitische Bewegung, durch einen großen Konsens bei gesellschaftlichen Wertvorstellungen über die Integration psychisch kranker Menschen und durch den politischen Willen, Geld für die psychiatrische Versorgung auszugeben. Somit habe der Fortschritt weniger auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen als auf dem durchgehenden politischen Gestaltungswillen beruht.

Somit kann sein, dass die größten Fortschritte durch grundlegende gesellschaftliche Konsense und durch Konsense in Subsystemen wie etwa der Gesundheits- und Sozialpolitik sichergestellt werden. Der vorliegende Artikel nimmt sich beispielhaft grundlegende therapeutische Paradigmen vor, die heute in der Diskussion Interesse finden und behandelt im Weiteren einzelne komplexe multiprofessionelle Interventionen, die in der Gestaltung der psychiatrischen Versorgung Aufmerksamkeit finden. Der Beitrag bringt dies mit einer aktuellen Leitlinie zu psychosozialen Therapien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2013) in Verbindung und behandelt die Frage, wie weit wir den praktischen Nutzen des Vorhandenseins und der Implementierung von Leitlinien ken-

nen. Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren werden am Ende in der Diskussion verknüpft.

## Neue Paradigmen

Soziologische Forschungsansätze verweisen darauf, dass es zu einem Wandel in den Erwartungen an psychisch Kranke gekommen ist – von der passiven Patientenrolle über die aktive Beteiligung bis zur autonomen Lebensgestaltung als Zielvorgabe. Zaumseil (1997) verweist auf eine doppelte Aufgabenstellung für Betroffene, die mit der „besonderen Beschränkung und Begrenzung der eigenen Möglichkeiten zurechtkommen und sich als handlungsfähige Subjekte konstituieren“ müssen. Das Empowerment-Konzept ist ein zentrales Element moderner psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungskultur, das Konzept ist eng verknüpft mit dem Recovery-Konzept als einem neuen Behandlungskonzept, es ist davon auszugehen, dass die neue Sichtweise auf den Patienten/die Patientin als Gestalter eigenen Lebens einen erheblichen Effekt auf die professionelle Praxis hat. Einige Autoren haben auf eine Gefahr der Vereinnahmung von Empowerment im Interesse einer Reduktion des Anspruchs auf Fürsorge und soziale Unterstützung durch zunehmende Betonung von „Eigenverantwortung“ hingewiesen (Bhugra et al. 2010). Truman und Raine (2002) weisen darauf hin, dass Empowerment und Einbezug von Nutzern auf vier Ebenen bedeutsam sind: auf der individuellen Ebene, d.h. der Ebene der Professionellen und Nutzer psychiatrischer Dienste, auf der direkten Versor-

gungs- und Behandlungsebene, auf der Ebene der psychiatrischen (Versorgungs-) Forschung sowie auf der Ebene der politischen Entscheidungsprozesse. Die Grundlage des Empowerment-Konzeptes bilden sozialpsychologische Theorien zu gelernter Hilflosigkeit sowie zu Kontrollerwartungen und Selbstwirksamkeit (durch soziales Lernen). Die Grundüberlegung ist, dass Menschen aufgrund von Deprivationserfahrungen eine generalisierte Erwartung der Unkontrollierbarkeit positiver und negativer Erfahrungen entwickeln und dass die Generalisierung von Hilflosigkeits- oder Unkontrollierbarkeitserwartungen zu Zuschreibungsstilen führt, die die Möglichkeiten neuer Lernerfahrung einschränken. Genau an diesem Punkt will der Empowerment-Ansatz anknüpfen und zu neuen Lernerfahrungen und Erfahrungen der Selbstwirksamkeit beitragen.

Das Recovery-Konzept hat in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit gefunden, Kongresse haben sich der Bedeutung des Konzeptes zugewandt (Webseite: Conference "Refocus on Recovery 2014"), vielfältige Bücher zum Thema sind erschienen (z.B. Amering & Schmolke 2007; Slade 2009). Das Konzept hebt sich vom traditionellen Konzept klinischer Recovery ab, in dem das Behandlungsergebnis eher objektiv, durch Experten (Kliniker) beurteilt und überindividuell verstanden wird. Es handelt sich oft um Kombinationen aus Kriterien (siehe Textkasten 1 unten, Slade 2009). Das Konzept der persönlichen Recovery (personal recovery) meint hingegen einen tiefpersönlichen, einmaligen Prozess der Veränderung von Meinungen, Werten, Gefühlen, Zielen und/oder Rollen der von psychischer Erkrankung Betroffenen, das Konzept bezieht sich auf den individu-

## **Klinische Recovery (clinical recovery)**

- **Behandlungsergebnis (Outcome)**
- **beobachtbar (,objektiv', nicht ,subjektiv')**
- **beurteilt durch Experten (Kliniker)**
- **Definition gleich über Individuen hinweg (,überindividuell')**

## **oder (Beispiel):**

- **frühere Diagnose ,Schizophrenie'**
- **Diagnosekriterien gegenwärtig nicht erfüllt**
- **mindestens 5 Jahre nicht stationär behandelt**
- **normales psychosoziales Funktionsniveau (z.B. GAF >65)**
- **keine antipsychotische Medikation oder niedrige Dosis (<50% DDD)**

## **und das heißt:**

**wird in Langzeitverlaufsstudien von 49-68% der PatientInnen mit Psychoseerkrankungen erreicht (Studien 1975-2001)**

## **SCHIZOPHRENIE**

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 30 (2014)

ellen Weg, ein befriedigendes, hoffnungsvolles und bereicherndes Leben zu leben, wenn auch manchmal innerhalb erkrankungsbedingter Grenzen. Recovery bezieht sich somit auf die Entwicklung neuen Sinnes von Bedeutung, Zweck und Ziel im Leben, Betroffene wachsen über die Auswirkung der psychischen Erkrankung hinaus und überwinden diese (Anthony WA 1993).

## Die Versorgungssituation

Bei einer Betrachtung des psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungssystems in Deutschland fallen mehrere Eigenschaften auf: Das System ist recht kompliziert, verfügt im internationalen Vergleich über ein hohes Niveau an Ressourcen, wird kompliziert gesteuert, weist sich durch eine regionale Heterogenität aus, unterliegt starken Einflüssen der föderalen Ebene, da die Bundesländer relevant Einfluss nehmen, seine Gestaltung ist von vielen sogenannten „Stakeholdern“ geprägt, viele steuernde Akteure, einschließlich der Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, spielen eine Rolle. Es gibt große Herausforderungen, die Psychiatriereform weiter zu entwickeln, wobei die Voraussetzungen für eine angemessene Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gut sind (Salize et al. 2007; Andreas et al. 2010). Im deutschen Versorgungssystem gibt es großes Interesse für innovative Versorgungsformen, der gesetzgeberische Rahmen hat Möglichkeiten für innovative Versorgungsformen und Modellversuche geschaffen. Im Folgenden werden zu-

nächst innovative Interventionsformen als „Module“ der Versorgungsgestaltung vorgestellt, im Weiteren werden einige Modelle innovativer Versorgung in Deutschland kursorisch vorgestellt.

## Innovative Interventionsformen

Home Treatment geht von der Kritik an zu stark krankenhausbasierter Akutversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus, hebt ab auf Behandlungsqualität und therapeutische Beziehung, auf die schwierige Erfahrung von Zwangsbehandlungen und die Forderung nach Einbezug der Patienten in die Behandlungsabläufe. Ziel ist eine bessere Einbeziehung der Patienten im Behandlungsablauf in häuslicher Umgebung. Textkasten 2 nennt einige Grundsätze und Ziele von Home Treatment. Es liegt eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien zum Home Treatment-Ansatz vor, wissenschaftliche Evaluationen wurden seit den 1980er Jahren durchgeführt, die Studien zu HT stammen überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum, relativ wenige Studien wurden in Europa durchgeführt. Recht einheitlich zeigen die empirischen Studien, dass die Akutbehandlung mittels Home Treatment in der Lage ist, Krankenhausbehandlungstage zu reduzieren, reduziert werden sowohl die Häufigkeit als auch die Dauer stationärer Behandlungsepisoden, HT gilt bzgl. der Symptomreduktion als der stationären Akutbehandlung gleichwertig, Studien, die sich mit Patienten- und Angehörigenzufriedenheit beschäftigt haben, berichten Vorteile für HT. Es liegen Zusammenfassungen der Evidenz etwa in einem

Cochrane Review und internationalen Leitlinien vor. Der Fokus des Behandlungsangebots liegt auf psychotischen Erkrankungen, zahlreiche Studien haben auch über die Verminderung von Behandlungsabbrüchen durch HT berichtet. Neben der Erhöhung von Patienten- und Angehörigenzufriedenheit ist bei einem wohnortbasierten Akutbehandlungsansatz unter Einbezug der Angehörigen bedeutsam, dass in Studien, die Angehörigenbelastung untersucht haben, sich eine Verminderung der geschilderten Belastung Angehöriger ergab. Wichtig ist, dass die Kontrollbedingungen, in denen Studien durchgeführt wurden, für die Studienergebnisse bedeutsam erscheinen. So fand sich im Vergleich US-amerikanischer mit europäischen Studien eine stärkere Überlegenheit für Home Treatment in den US-Studien. Bei genauerer Betrachtung fand sich, dass die Unterschiede nicht so sehr in den Behandlungsergebnissen der HT-Bedingung, sondern in den Ergebnissen unter den jeweiligen Kontrollbedingungen, also dem sogenannten „treatment as usual“, d.h. der Standardbehandlung lagen. Eine Zusammenfassung der aktuellen Literatur zur wissenschaftlichen

Evidenz zu Home Treatment findet sich bei Gühne et al. (2011). Es gibt auch Evaluationen aus Deutschland, Erfahrungsberichte liegen für verschiedene HT-Teams vor, z.B. in Frankfurt, München, Krefeld, Hamburg, Hanau, Itzehoe und Günzburg (Widmann et al. 2013).

(siehe auch, Winness et al. 2010, Textkasten 2 unten).

Ein weiteres Modell ist die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung als Assertive Community Treatment (ACT), das Modell wurde in den USA seit den späten 1960er Jahren entwickelt, wurde früh durch qualitativ hochwertige Studien evaluiert und strebt ein „hospital without walls“, das heißt die nachgehende, aufsuchende Betreuung im häuslichen Setting durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Ärzten, Psychologen, Pflegepersonal und Sozialarbeitern mit eher günstigen Personalschlüsseln von z.B. 1:10 an, angestrebt ist die 7-Tage- und 24-Stunden-Verfügbarkeit des Teams, der Kontakt zum Patienten soll auch während stationärer Episoden erhalten bleiben, das soziale Netz in die Behandlung einbezogen werden (Fiander et al. 2003). Auch zu diesem Ansatz liegen hochwertige Evaluationsstudien vor, die für

eine Reduktion stationärer Wiederaufnahmeraten, verbesserte Compliance und Lebensqualität unter ACT-Behandlung im Vergleich zur Standardbehandlung sprechen. Als wichtige Wirkfaktoren gelten

## **Grundsätze/Ziele von Home Treatment (HT)**

- **Angebot verschiedener Behandlungsoptionen**
- **multidisziplinäres Behandlungsangebot**
- **geringe Mitarbeiterfluktuation**
- **schnelle Krisenintervention**
- **kurze Behandlungsdauer (4 - 6 Wochen)**
- **Berücksichtigung klinischer u. psychosozialer Aspekte**
- **gate-keeping (stationäre Behandlung)**

Hausbesuche und die integrierte medizinische und soziale Unterstützung (Catty et al. 2002). Die wissenschaftlichen Studien zeigen stärkere Wirkbelege für ACT in den USA als in Europa, die Wirksamkeit des Modells war in Großbritannien nicht replizierbar (Stein & Test 1980; Hault et al. 1983; Rosenheck et al. 1995; Burns et al. 1999; Thornicroft et al. 1998). Burns et al. (2002) behandeln diesen Unterschied, die Beschränkung der Reduktion stationärer Verweildauer in den USA ist nicht durch Unterschiede der Verweildauern in der ACT-Behandlungsgruppe zwischen USA und Europa begründet, die Unterschiede ergeben sich durch höhere Verweildauern in den Kontrollgruppen, in denen die stationäre Behandlungsdauer in den USA deutlich länger als in Europa war. Somit ergab sich bei ähnlichen Verweildauern in den ACT-Gruppen ein Unterschied einfach aus der unterschiedlichen Vergleichsbedingung, mit der verglichen wurde. Zum ACT-Ansatz liegt auch eine aktuelle deutsche kontrollierte Studie vor, eine quasi experimentelle Studie ging der Wirksamkeit des ACT-Ansatzes in Hamburg nach (ACCESS-Studie). Lambert et al. (2010) sowie Karow et al. (2012) berichteten über Effektivität und Kosteneffektivität des ACT-Ansatzes der ACCESS-Studie. In dieser Studie wurden 120 Patienten mit schizophrenen Störungen über 12 Monate in einer nicht randomisierten, prospektiven kontrollierten Studie untersucht, es wurden 2 Behandlungsbedingungen in Hamburg verglichen, deren eine den ACT-Ansatz implementiert hatte. Unter ACT fanden sich bessere Symptomkon-

trolle, besseres Funktionsniveau, häufigere Berufstätigkeit, weniger Substanzmissbrauch, eine größere Behandlungskontinuität, mehr Behandlungskontakte, eine größere Behandlungszufriedenheit, weniger Klinikeinweisungen und weniger Kliniktage. ACT zeigte sich effizienter als die Vergleichsbedingung der Routinebehandlung in einem Nachbareinzugsgebiet.

Großes Interesse findet auch der Ansatz des sogenannten Supported Employment, des Ansatzes unterstützter Beschäftigung. Wichtig für die Debatte zu diesem Ansatz in Europa war eine europäische Studie, die der Wirksamkeit des aus den USA stammenden Modells unter europäischen Bedingungen nachging (Burns T et al. 2007). Diese EU-finanzierte Studie fand eine deutliche Überlegenheit des Supported Employment-Ansatzes (in der Form des Individual Placement and Support-Modells) hinsichtlich der arbeitsbezogenen Behandlungsergebnisse. Patienten in der Supported Employment-Gruppe waren im Follow-up-Zeitraum deutlich häufiger in einem Arbeitsvertrag am allgemeinen Arbeitsmarkt gewesen (55% vs. 28%), sie hatten weitaus mehr Stunden gearbeitet (428,8 vs. 119,1 Stunden) und sie waren weitaus mehr Tage in Beschäftigung gewesen (130,3 vs. 305 Tage) (Burns T et al. 2007). Das Symptomniveau war nicht schlechter, Patienten in der Supported Employment-Gruppe waren nicht häufiger, sondern seltener und weniger Tage im Krankenhaus gewesen. Knapp et al. (2013) berichten gute Ergebnisse für die Kosteneffektivität des IPS-Ansatzes. Es

ergab sich die Kombination aus besseren Ergebnissen in der IPS-Gruppe bei geringeren Kosten, auch die Betrachtung innerhalb der einzelnen Zentren (in insgesamt 6 europäischen Ländern) ergab diese Befundkombination für 5 der 6 Studienzentren (Ausnahme Groningen).

## **Innovative Versorgungsformen in Deutschland**

Ein Vertrag der sogenannten integrierten Versorgung, der in Folge in einen Modellversuch nach §64b SGB V umgewandelt wurde, wurde im Klinikum Hanau realisiert: das Projekt optimierter Versorgung psychisch Kranker im Klinikum Hanau (OVP Hanau) zielt auf eine qualitativ optimierte Patientenversorgung auf der Grundlage einer flexiblen, sektorenübergreifenden Verwendung des Budgets. Die dortige Vergütung basiert auf dem leistungsbezogenen und sektorenübergreifenden Tagesbasisfallwert, der durch Multiplikation mit dem festgelegten Relativgewicht eine Tagespauschale je Behandlungsbereich ergibt. Vorteil ist, dass mit Einführung des neuen Entgeltsystems die richtigen Ansätze für eine patientenorientierte Optimierung der Behandlung gesetzt würden. Das Ziel ist eine versorgungsbereichsübergreifende Behandlung im Sinne des Patienten, angestrebt sind eine Verkürzung stationärer Behandlungszeiten sowie die Reduzierung stationärer Wiederaufnahmen bei Verschiebung der Behandlung von stationären Leistungen in eine stationsäquivalente ambulante Versorgung, angestrebt ist also ein flexibler und effizienter Einsatz von Personalkapazitäten

und Ressourcen (Schillen & Thiex-Kreye 2014).

Im Hamburger Modell, einem innovativen Versorgungskonzept der integrierten Versorgung wird die kontinuierliche und mobile Behandlung chronisch und schwer psychisch Kranker, zunächst aus dem Diagnosebereich schizophrener und affektiver Störungen angestrebt. Basis sind die realen Kosten für diese Zielgruppe, ausgehend hiervon wird der Klinik eine Jahrespauschale bewilligt. Diese schließt alle (teil-) stationären und ambulanten Leistungen ein, was die Leistungen niedergelassener Psychiater einschließt. Vorteile sind, dass das Projekt mit dem Aufbau eines ACT-Teams, der Förderung der Kooperation mit den Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie und der Beteiligung niedergelassenen Psychiater einhergeht. Das therapeutische Modell des Assertive Community Treatment steht konzeptuell im Zentrum, das ACT-Team arbeitet vernetzt mit der Psychosenspezialambulanz der im Hintergrund stehenden Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Eppendorf, gleiches gilt für die Psychosen-Spezialstation, die Akutstation und tagesklinischen Angebote der Klinik, die Arbeitstherapie und die Leistungen von 20 niedergelassenen Nervenärzten/Psychiatern. Bock und Lambert (2013) berichten, dass Voraussetzung für ein neues Versorgungsmodell andere Abrechnungsmechanismen seien, dies ermögliche neue Behandlungswege, bringe eine Änderung im Selbstverständnis und in der Ressourcenzuteilung. Wichtig sei nicht mehr das

belegte Bett, sondern die Fähigkeit eines tragenden ambulanten Netzes. Dies bringe im umfassenden Sinn einen integrierten Behandlungsansatz, wichtig sei die Bereitschaft aller beteiligten Akteure, bestehende Prozesse und Strukturen zu verändern.

Das Regionale Psychriatriebudget (RPB) Itzehoe ist ein weiteres innovatives Versorgungsmodell. Es bedeutet ein festes jährliches Budget für die versorgende Klinik bei Sicherstellung der Patientenversorgung, also stabiler Behandlung der initial vereinbarten Zahl behandelter Personen im Einzugsgebiet mit einem Korridor von +/- 6 %, das Vergütungssystem gibt keine Anreize der Fallzahlausweitung oder Verweildauersteigerung, es bedeutet eine Flexibilisierung des Ressourceneinsatzes mit freier Verwendung der Ressourcen für unterschiedliche Behandlungsansätze, z.B. Betreuung durch die Psychiatrische Institutsambulanz, HT-Team, teilstationäre oder stationäre Behandlung. Die Evaluation im Vergleich mit einer vergleichbaren Kontrollregion über 3,5 Jahre ergab leichte Vorteile für RPB-Region, es fand sich keine Reduktion der Gesamtkosten bei leichtem Anstieg der Kosten der vertragsärztlichen Versorgung. In diesem Modell war die vertragsärztliche Versorgung nicht einbezogen (König et al. 2010; Deister et al. 2010).

## Leitlinien und ihre Implementierung

Für die psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen liegt eine DGPPN S3-Leitlinie vor, die

sich in die Reihe der S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie einfügt (DGPPN 2013). In dieser S3-Leitlinie werden die Interventionen, die vorstehend geschildert wurden, in den Empfehlungen zu sogenannten Systeminterventionen, also in der Regel multiprofessionellen Behandlungsangeboten sämtlich aufgenommen und erhalten hohe Empfehlungsgrade. Für den Home Treatment Ansatz formuliert die Leitlinie eine Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad A, also der höchsten Verbindlichkeit. Die Evidenzebene wird als Ia eingeschätzt, auch dies ist die höchste Evidenzeinschätzung, die auf den vorhandenen hochwertigen Metaanalysen ruht. Auch die nachgehende gemeindepsychiatrische Behandlung des ACT-Modells erhält eine solche Empfehlung mit hohem Empfehlungsgrad. Die Empfehlungen zu den gemeindepsychiatrischen Ansätzen sind im Textkasten 3 (DGPPN 2013) auf der folgenden Seite aufgeführt.

In der Beschäftigung mit Leitlinien in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung stellt sich die Frage, welche Effekte auf die Güte des Behandlungsprozesses und der Behandlungsergebnisse das Vorhandensein und die Implementierung von Leitlinien haben. Beispielhaft liegt eine Prä-Post-Studie für die Empfehlung zur antipsychotischen Polypharmazie in der DGPPN S3-Leitlinie Schizophrenie vor (Weinmann et al. 2007; Weinmann et al. 2008). Diese Untersuchung konnte zeigen, dass die aktive Leitlinienimplementierung mit Verteilung der Leitlinie, Gesprächen über Behandlungsalgorithmen im Rahmen eines Qualitätszirkels, Einbezug der Oberärzte und Integration der

Leitlinienempfehlungen in die ärztlichen Visiten sowie mit Feedbackrunden für die ärztlichen Mitarbeiter, die ärztliche Praxis bzgl. der antipsychotischen Polypharmazie verändert werden konnte. Nach der Leitlinienimplementierung gab es eine geringere Rate antipsychotischer Polypharmazie, es wurden weniger niederpotente Antipsychotika verabreicht, die Entwicklung der psychopathologischen Symptome war vorteilhaft. Dieses Beispiel kann zeigen, dass die aktive Implementierung einer Behandlungsleitlinie einen Effekt auf die ärztliche Verschreibungspraxis haben kann (Weinmann et al. 2007).

Fragt man allgemeiner, so ist die Evidenz dafür, dass die Leitlinien-Implementierung die ärztliche Behandlungspraxis verändert, nur mäßig gut. Weinmann et al. (2007) konnten in einem systematischen Review zeigen, dass 18 publizierte Studien, von denen 9 randomisierte, kontrollierte Studien waren, sich mit den Effekten der Leitlinien-Implementierung beschäftigen. Die alleinige Verteilung von Leitlinien bewirkte keine Änderungen der Therapie, moderate Ergebnisse fanden sich nach strukturierter Leitlinien-Implementierung und die Effekte galten sowohl Merkmalen des Behandlungsprozesses, also der Qualität

## Empfehlungen 1-3

**Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen soll zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden.**

**Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia**

**Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *wohntnah und erforderlichenfalls aufsuchend* behandeln.**

**Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia**

**Menschen mit schweren psychischen Störungen *in akuten Krankheitsphasen* sollen die Möglichkeit haben, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen *in ihrem gewohnten Lebensumfeld* behandelt zu werden.**

**Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia**

**Evidenzebene Ia: Evidenz aus einer Metaanalyse von mindestens 3 randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) oder einer einzelnen großen randomisierten kontrollierten Studie mit eindeutigem Ergebnis**

des Behandlungsprozesses als auch einzelnen Behandlungsergebnissen (patientenbezogener Behandlungsergebnissen). Die Folgerung war, dass erfolgreiche Projekte der Leitlinien-Implementierung komplexe Interventionen im Praxisfeld auf mehreren Ebenen oder spezifische psychologische Methoden benutzen, um Anwendungsbarrieren zu beheben, die Motivation für die Leitlinien-Anwendung zu verbessern und die Nutzung der Leitlinie zu monitorieren. Gemeint ist also ein aktiver Implementierungsprozess von Leitlinien. Eine aktuelle Cochrane-Übersicht zu Effekten der Leitlinien-Implementierung konnte diese Ergebnisse bestätigen (Barbui et al. 2014).

## Diskussion

Der Text hat die Frage nach dem Fortschritt zwischen einzelnen umschriebenen, meistens komplexen Interventionen und den allgemeinen Hintergrundfaktoren aufgeworfen, welche für die Gestaltung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wesentlich sind. Becker und Riedel-Heller (DGPPN 2013) nennen aktuelle Herausforderungen für das Forschungsfeld der psychosozialen Therapieansätze. Themen sind

- die Entwicklung „individualisierter“ oder „targeted“ psychosozialer Therapie,
- die Stärkung von Selbstwirksamkeit und „Recovery“-Orientierung,
- die Forschungsarbeit und praktische Bemühung um psychosoziale therapeutische Beziehungsqualität sowie

- die Bemühung um die Integration psychisch kranker Menschen in die Arbeitswelt.

Es könnte sein, dass Themen dieser Art in einem größeren sozialen Wirkzusammenhang stehen. In diesem Zusammenhang könnte wiederum ein Editorial von Priebe et al. (2013) helfen, in dem die Autoren die Zukunft der akademischen Psychiatrie behandeln. Sie beschrieben, dass im Forschungsbetrieb oft relativ rigide Regeln der akademischen Medizin zur Definition des Erfolgs mit kurzen Zyklen bei der Leistungsevaluation führen, dass es einen intensiven Druck zur Publikation in sogenannten „high Impact-Factor-Journalen“ gibt und die „Peer-Review-Prozesse“ einen wesentlichen Einfluss nehmen. Somit kann es eine Konvergenz zur Mainstream-Forschung geben, was dazu führt, dass Forschergruppen in der ganzen Welt die gleichen Studien durchführen, dies kann negative Effekte für Kreativität und Innovation entfalten. Die Autoren argumentieren, dass psychische Störungen, neurobiologische, psychologische und soziale Dimensionen haben und dass die psychiatrische Forschung oft von einer Hierarchie der Dimensionen ausgeht, in der die Neurobiologie die Basis bildet, sich psychologische Symptome auf dieser neurobiologischen Basis gruppieren und diese Phänomene dann in einen sozialen Kontext einzuordnen seien. Die Autoren halten dem entgegen, dass die sozialpsychiatrische Forschung untersuchen sollte, was „zwischen Menschen passiert“ und nicht, was mit einem Individuum losgelöst vom Kontext geschieht. Sie verweisen auf die Bedeutung sozialer

Rollen, von Gruppenprozessen sowie von Beziehungen und Interaktionen. Dem liegt der Gedanke zugrunde, dass sich psychische Störungen immer im sozialen Miteinander äußern. Forschungsaufmerksamkeit müsse unspezifischen Behandlungsfaktoren zugewandt werden, Psychiater und andere Professionelle in Psychiatrie und Psychotherapie seien mit ihren Fertigkeiten und ihrem Wissen immer in einem sozialen Kontext zu sehen. Dieser Ansatz von Priebe et al. (2013) verweist auf allgemeine soziale Hintergrundfaktoren, die das Feld der psychosozialen Versorgung bestimmen - und damit kehren wir zum Ausgangspunkt des Beitrags zurück. Der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Amartya Sen (2010) hat auf fünf Arten instrumenteller Freiheit in menschlichen Gesellschaften verwiesen. Es handelt sich um

- politische Freiheiten, bürgerliche Rechte, Partizipationschancen, Wahl und Kontrolle Regierender
- ökonomische Chancen für Konsum, Produktion, Tausch
- soziale Chancen / Zugang zu Bildung, Gesundheit usw.
- Transparenzgarantien sowie
- soziale Sicherungssysteme.

Klar ist, dass die psychiatrische Versorgung sich in diesen sozialen Kontext einordnet, dass die Verfügbarkeit von Hilfen für Menschen in psychischen Krisen ein wichtiger Teil der Daseinsvorsorge ist und dass der Fortschritt in Therapie, Rehabilitation und Versorgung psychisch erkrankter Menschen wesentlich von

dem Ausmaß abhängen wird, in dem die Bedeutung dieser Formen instrumenteller Freiheit in menschlichen Gesellschaften anerkannt wird.

## Literaturverzeichnis

- Amering M, Schmolke M (2007) *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit*. 1. Aufl Psychiatrie-Verl, Bonn.
- Andreas S, Becker T, Schulz H, Puschner B (2010) Outcome measurement in Germany. In: Trauer T (Hrsg.) *Outcome measurement in mental health. Theory and practice* 72–83. Cambridge University Press, Cambridge.
- Anthony WA (1993) Recovery from mental illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16: 11–23.
- Barbui C, Girlanda F, Ay E, Cipriani A, Becker T, Koesters M (2014) Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. *Cochrane Database Syst Rev* CD009780.
- Bhugra D, Malliaris Y, Gupta S (2010) How shrinks think: decision making in psychiatry. *Australas Psychiatry* 18: 391–393.
- Bock T, Lambert M (2013) Hamburger Modell. Entwicklungspotenziale der Krankenhausversorgung. *Nervenheilkunde* 32: 270–274.
- Burns T, Catty J, Watt H, Wright C, Knapp M, Henderson C (2002) International differences in home treatment for mental health problems. *British Journal of Psy-*

- chiatry 181: 375–382.
- Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I (1999) Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. UK 700 Group. *Lancet* 353: 2185–2189.
- Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, Lauber C, Rössler W, Tomov T, van Busschbach J, White S, Wiersma D, EQOLISE Group (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet* 370: 1146–1152.
- Catty J, Burns T, Knapp M, Watt H, Wright C, Henderson J, Healey A (2002) Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med* 32: 383–401.
- Conference "Refocus on Recovery 2014". New Hunt's House at Guy's Hospital, London Bridge, London, UK. 2-3 June 2014. <http://www.researchintorecovery.com/files/Programme%20RoR2014.pdf> (24.06.2014).
- Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster H (2010) Veränderung der psychiatrischen Versorgung durch ein Regionales Budget: Ergebnisse eines Modellprojektes in Schleswig-Holstein. *Psychiatr Prax* 37: 335–342.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, Hrsg.) (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin.
- Fiander M, Burns T, McHugo GJ, Drake RE (2003) Assertive community treatment across the Atlantic: comparison of model fidelity in the UK and USA. *Br J Psychiatry* 182: 248–254.
- Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Atav E, Becker T, Riedel-Heller S (2011) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatr Prax* 38: 114–122.
- Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J (1983) Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Aust N Z J Psychiatry* 17: 160–167.
- Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, Schöttle D, Meister K, Rietschel L, Ohm G, Schulz H, Naber D, Schimmelmann BG, Lambert M (2012) Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry* 73: e402-8.
- König H, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, Hierholzer C, Angermeyer MC, Roick C (2010) Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeltsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. *Psychiatr Prax* 37: 34–42.

- Lambert M, Bock T, Schöttle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, Bussopulos A, Frieling M, Schödlbauer M, Burlon M, Huber CG, Ohm G, Pakrasi M, Chirazi-Stark S, Naber D, Schimmelmann GB (2010) Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care: A 12-Month Trial in Patients With First- and Multiple-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial). *Journal of Clinical Psychiatry* 71: 1313–1323.
- Priebe S (2012) Wo ist der Fortschritt? *Psychiatr Prax* 39: 55–56.
- Priebe S, Burns T, Craig, Tom K J (2013) The future of academic psychiatry may be social. *Br J Psychiatry* 202: 319–320.
- Rosenheck R, Neale M, Leaf P, Milstein R, Frisman L (1995) Multisite experimental cost study of intensive psychiatric community care. *Schizophr Bull* 21: 129–140.
- Salize HJ, Rössler W, Becker T (2007) Mental health care in Germany. *Current state and trends* 257: 92–103.
- Schillen T, Thiex-Kreye M (2014) Das Hanner Modell. Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe* 2: 11–15.
- Sen A (2010) *The idea of justice*. Penguin, London.
- Slade M (2009) *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- Stein LI, Test MA (1980) *Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation*. *Arch Gen Psychiatry* 37: 392–397.
- Thornicroft G, Wykes T, Holloway F (1998) From efficacy to effectiveness in community mental health services. *PRiSM Psychosis Study*. 10. *Br J Psychiatry* 173: 423–427.
- Truman C, Raine P (2002) Experience and meaning of user involvement: some explorations from a community mental health project. *Health Soc Care Community* 10: 136–143.
- Weinmann S, Hoerger S, Erath M, Kilian R, Gaebel W, Becker T (2008) Implementation of a schizophrenia practice guideline: Clinical results. *J Clin Psychiatr* 69: 1299–1306.
- Weinmann S, Koesters M, Becker T (2007) Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 115: 420–433.
- Widmann F, Becker T, Frasch K (2013) Psychiatrische Akutbehandlung im gewohnten Umfeld. *Neurologe und Psychiater* 14: 48–55.
- Winness MG, Borg M, Kim HS (2010) Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health* 19: 75–87.
- Zaumseil M (1997) Modernisierung der Identität von psychisch Kranken? In: Zaumseil M, Leferink K (Hrsg.) *Schizophrenie in der Moderne - Modernisierung der*

Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Großstadt 145–200. 1. Aufl. Ed. Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, Bonn.

## **Korrespondenzadresse des Autors:**

Prof. Dr. med. Thomas Becker,  
Ärztlicher Direktor der Klinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie II der  
Universität Ulm  
Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2  
D-89312 Günzburg  
e-mail: t.becker@uni-ulm.de

## Psychische Erkrankungen und Psychotherapie bei Migrantinnen und Migranten

Jan Ilhan Kizilhan

### Einleitung

Unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und auch Barrieren zur gesundheitlichen Versorgung einerseits und der Einfluss der Herkunftskultur auf das Krankheitsverständnis und die Krankheitsverarbeitung andererseits können bei Migranten eine effektive medizinische und psychotherapeutische Behandlung erschweren. Auch führen mangelnde Aufklärung der ausländischen Bürger über die Regelangebote der Gesundheitsdienste sowie ihre unzureichende Berücksichtigung bei der Planung dazu, dass diese Menschen oft sehr spät die richtige Behandlung in Anspruch nehmen.

Mit den nachwachsenden Generationen kamen viele Migrantinnen und Migranten zu der Erkenntnis, dass sie aus verschiedenen Gründen langfristig in der Bundesrepublik leben werden. Neben den besseren politischen und sozialen Bedingungen hierzulande im Vergleich zum Herkunftsland spielt für diese Entscheidung die bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland eine wichtige Rolle (Branik und Mulhaxha, 2000). Durch das Gesetz zur Gesundheitsstrukturreform von 1996 mit seinen Einschnitten in das Leistungsrecht und aufgrund zunehmender Belegungsprobleme mit deutschen Rehabilitanden werden vor allem aus wirtschaftlichem Interesse zunehmend stationäre Behandlungsange-

bote für Patienten mit Migrationshintergrund gemacht. Da Menschen aus der Türkei die größte Zahl der Migranten ausmachen, werden überwiegend Angebote im stationären Setting für türkisch-sprechende Patienten gemacht.

In diesem Beitrag möchte ich daher beispielhaft für die Gruppe der Arbeitsmigranten aus der Türkei und ihre nachfolgenden Generationen die Chancen und Schwierigkeiten der psychotherapeutischen Arbeit beschreiben.

### 1. Kulturspezifische Aspekte von Gesundheit

Die psychotherapeutische Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen bedarf kulturspezifischer Kenntnisse bezüglich Gesundheits- und Krankheitsverständnis, denn Menschen aus anderen Kulturen bringen ihre Werte und Normen mit entsprechenden Einstellungen und Annahmen mit (Koch, 2003; Heine & Assion, 2005). Um ihnen helfen zu können, ist eine interkulturelle Kompetenz notwendig (Hegemann, 2000) und als Grundvoraussetzung Empathie, Wertschätzung, Kongruenz, um Kooperation zwischen dem Patienten und dem Therapeuten herstellen zu können. Gerade Menschen aus ländlich-islamischen Gegenden in der Türkei bringen ein spezifisches Krankheitsverständnis und eine entsprechende

Krankheitsverarbeitung mit.

## **Überzeugungen und Verhaltensmuster**

Die Kindheit der ersten Migrantengeneration war in der Regel geprägt von der Arbeit auf den Feldern, dem hohen Risiko von Gewalt in der Familie, der Einhaltung einer gesellschaftlichen Hierarchie mit erheblichen Nachteilen für Frauen und Mädchen einschließlich dem Risiko einer Zwangsverheiratung. Die Familienstruktur, in der viele türkische Migrantinnen und Migranten aufgewachsen sind, zeichnet sich durch eine eindeutige Rollenzuschreibung und eine strikte Definition von Autorität aus. Die Lebensgemeinschaft ist geprägt von einer kollektivistischen Lebensform. Der Einzelne ist wichtig im Sinne seiner Einbettung in die übergeordneten Systeme der Familie und der näheren Umgebung wie Verwandtschaft und Nachbarschaft. Die Lebenswirklichkeit war immer mit den anderen verbunden und der kollektive Gedanke war bestimmend. Konzepte über das Ich sind in diesen Kulturen nicht wie in westlichen Auffassungen individualistisch ausgerichtet. Die Person wird in Verbindung zu den anderen gesehen und definiert sich über andere.

Die gesellschaftlich definierten Funktionen und Organisationsstrukturen von Familie haben kulturspezifische Sozialisationsziele wie Respekt, Rollenverhalten, Hierarchie, Anpassung an die Gemeinschaft und Familie sowie eine Zurückstellung des Ich zum Wohle des Kollektivs zur Konsequenz. Diese *Regeln des Lebens* haben viele türkische Pati-

enten im Laufe ihrer Entwicklung internalisiert. Die Kollision der Herkunftskultur mit der Residenzkultur und die vielen Widersprüche zwischen den beiden führen zu einer *Kulturdisharmonie*, die von den Betroffenen als eine *psychische Zerrissenheit* beschrieben wird.

Die auftretenden psychischen Beschwerden können sehr unterschiedlich zum Ausdruck gebracht werden. Wir erleben Patientinnen und Patienten, die aus dem Bedürfnis heraus, die Familie nicht zu belasten, ihr Leiden verschweigen. Allerdings können sie ihr Leiden, wenn das Verschweigen nicht mehr möglich ist, in einem stärkeren Ausdruck betonen, um zu zeigen, dass sie nicht mehr in der Lage sind, ihre bisherige Rolle in der Familie auszufüllen. Darauf reagieren kollektivistisch denkende Familien häufig mit übermäßiger Versorgung, wie mit der ständigen Anwesenheit eines Familienmitglieds während der Krankheit, uns übertrieben vorkommenden Autofahrten und Begleitungen zu den unterschiedlichen Behandlern oder dem Besuch der Community zu Hause oder im Krankenhaus, um Mitgefühl und Solidarität zu bekunden.

Soziale Prozesse können die Rolle des Kranken weiter verstärken, etwa die Ablehnung eines Rentenanspruchs und drohende Arbeitslosigkeit, weil die Patienten dann ihrer Rolle als Familienversorger nicht mehr nachkommen können. Das führt leicht dazu, dass sie in der Rolle verharren, um ihre Familie von der Krankheit zu überzeugen und ihr Gesicht und ihre Ehre nicht zu verlieren. Dieses

Kognitionsmuster ist vor allem in familienorientierten Gesellschaften stark ausgeprägt. Für einige dieser Patienten beginnt dann zuweilen ein Prozess der Desintegration ihres Lebens und ihrer Leistungsfähigkeit, was durch die Schmerzen symbolisiert und rationalisiert wird. Sie erleben dies als unkorrigierbar, was für die Behandlung eine große Herausforderung darstellt.

Eine mögliche Konfliktlösung kann zwar durch die gewonnene soziale Unterstützung des Kollektivs sekundär verstärkt werden, führt aber häufig eher zu einem primären Krankheitsgewinn, indem beispielsweise das eigene Ohnmachtsgefühl via Schmerzen auf effektvolle Weise nach außen dargestellt wird. Solche Bewältigungsversuche ziehen jedoch einen Verlust an Autonomie und die Rolle des kranken und betreuungsbedürftigen, schwachen Mitglieds der Familie nach sich, was eine weitere Kränkung bedeuten kann. Derartige Teufelskreise können daher am ehesten durch die Einbeziehung der Familie in die Behandlung durchbrochen werden: durch deren ausreichende Information über die Krankheit und eine entsprechende Änderung des Verhaltens der Familie, ohne mögliche kulturelle Konflikte zu erzeugen (siehe weiter unten).

## 2. Magische Vorstellungen in traditionellen patriarchalischen Kulturen

Magische Vorstellungen im Zusammenhang mit Krankheit, wie am Beispiel von Geistern, Djinnen, Symbolen und Ritualen deutlich wird, spielen in den Balkan-

ländern und im Mittleren Osten schon immer eine wichtige Rolle. Noch heute kann man in traditionellen Teilen der nahöstlichen Gesellschaften, auch in der städtischen Bevölkerung, die Affinität zur traditionellen Medizin finden. So sind auch verschiedene traditionelle Heiler sowohl im Herkunftsland als auch im Residenzland aktiv. Beispiele sind Knochenheiler, religiöse Heiler, die als Magier oder Zauberer tätig sind, die arabischen Ärzte, die in der Tradition der »Vier-Säfte-Lehre« stehen, Pflanzenheiler und die heilkundigen Frauen, die besonders bei gynäkologischen und geburtlichen Problemen zurate gezogen werden (Heine & Assion, 2005). So werden etwa die Knochenheiler zur Behandlung von Verspannungen, Zerrungen oder vermeintlichen oder tatsächlichen Knochenbrüchen aufgesucht.

Diese religiösen Heiler sind in der Regel Korankundige. Auch nichtislamische traditionelle Heiler sind in den vielen Ländern des Nahen Ostens zu finden. Im türkischen Kulturraum werden sie *Hodschas* genannt und als befähigt angesehen, magische Einflüsse wie den *Bösen Blick*, böse Geister oder schwarze Magie als Ursache für eine Erkrankung zu erkennen. Sie werden zur Heilung eines breiten Spektrums unterschiedlicher Probleme aufgesucht, die von psychischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen wie Depression, Epilepsie oder chronischen Beschwerden bis hin zu familiären, ökonomischen oder beruflichen Schwierigkeiten reichen (ebd.).

# SCHIZOPHRENIE

Jan Ilhan Kizilhan

Vor allem in der Türkei sind seit Jahrhunderten die Begriffe *weiße* und *schwarze Magie* bekannt, die in der Alltagssprache immer wieder verwendet werden. Durch die weiße Magie wird mittels magischer Handlungen Schutz vor den Einflüssen böser Geister oder Mächte gesucht. Sie wird eingesetzt, um die Familienbeziehungen oder die

Ehe vor Unheil zu bewahren. Es werden Amulette im Haus des »Opfers« angebracht, magische Knoten geknüpft, magische Texte aufgeschrieben und gelesen, bestimmte Dinge der Nahrung zugefügt oder auch Erde aus Gräbern den Menschen vor die Tür gelegt. Es wird vermutet, dass dadurch ein böser Zauber entsteht und zielgerichtet Personen

	Ätiologie	Beschwerdebild	Therapie	Assoziationen
Nabelfall	Schwer heben, in die Höhe springen, schwere Arbeit, schweres Leben, Stress	Bauch- und Magenschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit	Bauch- und Rückenmassage, heiße Teller, Ziehen des Nabels an den richtigen Ort, anschließend Ruhe	Schweres Leben, Verlust der Mitte
brennende Leber	Traurigkeit, Sorgen, schweres Leid	Leberschmerzen, Oberbauchschmerzen	Rezitationen aus dem Koran, Einnahme von Kräutern und Säften	Kummer, Trauer, Sehnsucht, Verlust oder Liebeskummer
Rückenschmerzen	familiäre Konflikte, Sorgen, Rollenproblematik, schwere Arbeit	Stechenden und ziehenden Rückenschmerzen, kaum in der Lage, sich zu bewegen oder etwas zu heben und zu tragen.	Massagen, wenig Bewegung und Ruhe	Halt, Sitz von Stärke und Ausdauer bei Männern, geschwächte „männliche Identität“ (Libidoverlust)
Wanderschmerzen/„Windschmerzen“	Kummer, Sorgen, Konflikte, Sehnsucht	Müdigkeit, Schwäche, Antriebslosigkeit, jeden Tag befinden sich die Schmerzen an einer anderen Stelle des Körpers	Massage, Ruhe, keine Belastung	Wenig Akzeptanz in der Familie oder Gemeinde, schweres Leben
Beklemmungsgefühl	Kummer, Sorgen, Schuldgefühle, Sehnsucht, Ärger	Kopf- und Halsschmerzen, Engegefühl, Globus- und Erstickengefühl, Kurzatmigkeit	Hodcha, Arzt, Benutzung von „Schutzamuletten“	Ängste, Unsicherheit

Tab. 1: Kulturspezifische Syndrome (erweitert nach Petersen, 1995)

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 30 (2014)

geschadet werden kann.

Schwarze Magie gilt als Erklärungsmodell für Unglücke wie Missernten, Beziehungskonflikte, Unfälle und verschiedene Erkrankungen; auch psychische und neurologische Krankheiten werden darauf zurückgeführt. Die Existenz von Geistern mit unterschiedlichen Funktionen ist ebenfalls in den Vorstellungen dieser Gesellschaften integriert. Die Existenz von guten und bösen Geistern als ein Erklärungsmodell für psychische Störungen wird schon von dem islamischen Propheten Mohammed angenommen (Gün, 2003). Von Menschen aus dem Mittleren Osten werden auf der Grundlage der traditionellen Medizin psychische Beschwerden bestimmten Organen zugeordnet (siehe Tabelle 1 vorige Seite).

### **Somatoforme Störungen**

Problematische Situationen entstehen in der biomedizinisch ausgerichteten Versorgungslandschaft unserer Gesellschaft durch die Somatisierung psychisch und sozial bedingter Leiden vieler Migranten. Unter »somatoformen Störungen« werden unter Nummer F45 der ICD-10 körperliche Symptome ohne ausreichende somatische Erklärung und eine übermäßige Besorgnis wegen der körperlichen Erkrankung verstanden, die häufig einhergeht mit Depression und Angst sowie häufigen Arztbesuchen und negativen Untersuchungsergebnissen (Glier & Erim, 2007; Kizilhan, 2009). In der stationären Rehabilitationsbehandlung von Migrantinnen und Migranten wird die Somatisierungsstörung als eine der häufigsten Diagnosen gestellt (Glier & Erim, 2007).

Ch. Schmeling-Kludas (2005) untersuchte einen Jahrgang von Patienten mit Migrationshintergrund in einer psychosomatischen Klinik (N=184), 53 Prozent davon waren Frauen. Als häufigste Erstdiagnose für das Jahr 2005 wurde das Krankheitsbild der somatoformen Störung (62 Prozent) festgestellt (siehe auch Koch, 2003; Kizilhan, 2007).

Die Betroffenen sprechen über alle Beschwerden so, als seien sie körperlich. Das subjektive Leiden wird als Müdigkeit, Weinen, Hinken etc. ausgedrückt; die Patienten zeigen sich als gebrochene, schwache Menschen. In der Regel halten sie diese regressiv und appellativ erscheinende Haltung konsequent durch, sodass sie auch in ihrem häuslichen Umfeld nicht mehr aktiv werden.

Unter einer Genderperspektive klagen männliche Migranten häufig über Rückenbeschwerden, Frauen leiden vermehrt unter Kopf- und Unterleibsschmerzen. Häufig sind bei beiden Geschlechtern Beschwerden aus dem rheumatisch-arthritischen Formenkreis sowie dem Magen-Darm-Bereich. Auch traumatisierte Menschen aus dem Mittleren Osten klagen über ein deutlich gehäuftes Auftreten von Magenbeschwerden. Es scheint, als reagierten einige ethnische Gruppen bei erheblichen Stressoren eher mit Magenbeschwerden als mit Kopfschmerzen. Ebenso treten im Zusammenhang mit körperlichen Beschwerden Ohnmachtsanfälle, Lähmungen, Blockaden und Verhaltensweisen

auf, die hypochondrisch und histrionisch anmuten (Koch, 2003; Schmeling-Kludas, 2005).

Diese starke Fixierung auf körperliche Beschwerden, für die die westliche Medizin keine Erklärungen hat, führt häufig zu interaktiven Problemen bei der Diagnosestellung und in der Therapie (Branik & Mulhaxha, 2000; Koch, 2003; Glier & Erim, 2007).

### 3. Interkulturelle Diagnostik

Seit Jahren wird eine Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheitskonzepte bei der Diagnostik reklamiert (Glier & Erim, 2007; Haasen et al., 2005; Oesterreich, 2001). Es wird gefordert, psychometrische Tests auf ihre kulturspezifische klinische Validität zu überprüfen und die konzeptuelle und linguistische Vergleichbarkeit psychischer Probleme, die fehlende Vertrautheit mit der Testsituation und eine geringe Schulbildung bei der Beurteilung zu berücksichtigen. In psychosomatischen Rehabilitationskliniken haben sich für türkische Patientinnen und Patienten eine Reihe von Verfahren noch am ehesten bewährt: *Symptom-Checkliste* (SCL-90-R), *Beck Depressionsinventar* (BDI), *Beck Angstinventar* (BAI), *Impact of Event Scale* (IES-R), *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS), *Maudsley Obsessif-Kompulsif Belirti Ölçeği* (Maudsleys Test zur Zwangsstörung), *Mini-SPIN Sosyal Fobi Test* (Minitest zur sozialen Phobie), *Wechsler Yetiřkinler Zeka Ölçeği* (Wechsler Intelligenztest), *West Haven Yale Multi Dimensional Pain Inventory*,

*ICD-10 Symptom Checkliste* (ISR) (Kizilhan et al. 2013). Diese Tests sind in der türkischen Fassung hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität geprüft.

Allerdings berichten türkischsprachige Behandler entsprechend den oben genannten Kritikern, dass diese Tests zwar für türkische Patienten mit guter Bildung, ebenso wie für Deutsche, geeignet sind. Bei Menschen aus ländlichen Gegenden und mit geringer Schulbildung ist der Aussagewert hingegen, wie zu erwarten, sehr eingeschränkt (Koch, 2003, Kizilhan, 2007).

Das Thema der interkulturellen Diagnostik ist eine große Herausforderung, in der noch ein starker Forschungsbedarf vorhanden ist. So fordert zum Beispiel J. de Jong (2001) in seinem Beitrag neben der Überprüfung von kulturellen Normen und Werten im Zusammenhang mit Krankheit und Gesundheit, sowohl die ICD-10 als auch das DSM-IV durch eine Kategorie von »atypischen« oder kulturspezifischen Verhaltensmustern zu erweitern. In diesem Zusammenhang sollten dann auch spezifische psychometrische Verfahren entwickelt und validiert werden.

### 4. Sozialmedizinische Beurteilung

Patientinnen und Patienten, die über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) in eine Rehabilitationsmaßnahme verwiesen werden, müssen vom Behandler auf ihre Leistungsfähigkeit beurteilt werden. Im Entlassungsbericht wird eine sozialmedizinische Beurteilung gefordert, die eine Aussage zur Erwerbsfähigkeit für die

zuletzt ausgeführte Tätigkeit und für den allgemeinen Arbeitsmarkt einschließt. Allerdings ist es nicht die Aufgabe von Behandlern, über eine mögliche Berentung zu entscheiden, dies obliegt dem ärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger. Da auch kulturelle Faktoren in der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen sind, ist es die Aufgabe des Gutachters, diese angemessen zu beschreiben, so beispielsweise, wenn das Vorliegen einer psychischen Störung und deren Ausprägung als möglicher Einfluss auf Einsichts- und Willensfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und andere Funktionen, für Therapie und Prognose von Bedeutung sind (Schneider et al., 2001).

Aus Sicht der DRV-Bund (ebd.) sind besonders folgende Punkte bei der sozialmedizinischen Beurteilung zu berücksichtigen:

1. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit darf sich nicht allein auf die Feststellung einer Krankheitsdiagnose stützen.
2. Einschränkungen müssen einer psychopathologischen Beschreibung zugänglich sein, um im sozialmedizinischen Sinne als Beeinträchtigung des Leistungsvermögens anerkannt zu werden.
3. Aus- und Wechselwirkungen der störungsbedingten Einschränkungen auf der bio-psycho-sozialen Ebene müssen in Analogie zur Sichtweise der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO durch den Gutachter differenziert wahrgenommen, beschrieben und abschließend in der Epikrise gewichtet werden.

Diese Kriterien sind bei einer Begutachtung von Rehabilitanden mit Migrationshintergrund um spezifische Aspekte zu erweitern: Traumata und Gewalt im Herkunftsland, religiöse und ethnische Unterdrückung über mehrere Generationen, archaisch-patriarchalische Vorstellungen, Familien- und Generationskonflikte, Identitätsproblematik, individuelles und kollektives Krankheitserleben, Ausgrenzungserfahrungen in der Migration.

## 5. Behandlungskonzepte

Bei genauer Betrachtung der Therapiekonzepte zeigt das Beispiel der Versorgung türkischer Patientinnen und Patienten in psychosomatischen Rehabilitationskliniken in Deutschland, dass der Schwerpunkt auf die Verständigung, also auf die muttersprachliche Behandlung gelegt wird (Koch, 2003; Schmeling-Kludas, 2005). In einem weiteren Schritt geht es dann meistens um die Berücksichtigung kultureller Aspekte (siehe oben).

Die Grundprinzipien einer Psychotherapie – Motivation, offene Grundhaltung, Informationen zur Verhaltens- und Bedingungsanalyse, Definition von Zielen – unterscheiden sich nicht von denen bei deutschen Patienten. Auf Grundlage der bisherigen Studien zu diesem Thema kann davon ausgegangen werden, dass zu Beginn der Behandlung eine kultursensible Hinführung zu einem Verstehen psychischer Zusammenhänge notwendig ist (Kizilhan, 2008a). Auch bei den türkischen Patienten geht es um eine Aufarbeitung intrapsychischer und intrafamiliärer Konflikte (Oestereich, 2001).

Neben diesen Gemeinsamkeiten gibt es jedoch spezifische Fragestellungen. Bei Menschen mit psychosomatischen Leiden ergeben sich diese auf der einen Seite aus der Erfahrung der Migration, die oftmals einen radikalen Umbruch der individuellen und der familiären Biografie darstellt. Auf der anderen Seite entwickeln sich besondere Probleme aus der Komplexität der Lebenswelt türkischer Migranten (Moro & Sturm, 2006). Daher scheinen in der Behandlung von Migranten die Migrationsgeschichte, ethnische und religiöse Lebenswelten, Familienstruktur, Generationskonflikte, soziales Umfeld, mögliche Kulturkonflikte zwischen der Herkunfts- und Residenzkultur sowie Vorstellungen von psychischen und körperlichen Beschwerden besonders wichtig zu sein.

### ***Behandlungssettings für Menschen aus anderen Kulturen***

Patientinnen und Patienten aus sogenannten traditionellen Gesellschaften drücken psychische Beeinträchtigungen oft mittels somatischer Schmerzen aus. Ihre Kausal- und Kontrollattributionen werden eher durch einfache biomedizinische Annahmen und durch magische Vorstellungen bestimmt. Daran muss das Behandlungssetting gegebenenfalls angepasst werden. Folglich ist gemeinsam mit den Patienten, letztlich wie bei allen anderen auch, ein Behandlungs- und Erklärungsmodell zu entwickeln, das an das jeweilige Bildungsniveau und kulturelle Verständnis anschlussfähig ist. Demnach ist Psychoedukation ein notwendiger Bestandteil der Therapie, um die Selbstwirksamkeitsüberzeu-

gungen zu stärken. Dieses kann etwa durch den Einsatz von Medien wie Selbsthilfebroschüren und Videos in der Muttersprache erfolgen. Ziel ist, den Patienten neue Erklärungen zum Zusammenhang von körperlichen und psychischen Prozessen vorzustellen. Für Patienten aus familienorientierten Gesellschaften mag die gemeinsame Entwicklung eines Erklärungsmodells ungewohnt sein; sie erwarten eher, dass der Therapeut nach der ersten Untersuchungsstunde ein vollständiges Erklärungsmodell liefert (Kirmayer & Young, 1998; Herzer, 2000), was sie von traditionellen Heilern kennen. Daher ist es hilfreich, den Patienten bereits frühzeitig die Sinnhaftigkeit einer für sie ungewohnten Behandlungsstrategie zu erklären.

Mit den Inhalten der Psychoedukation kann die Wirkungsweise eines Entspannungstrainings verdeutlicht werden. Entspannung kann als eine Selbstkontrollmethode zur Verhinderung von neuen Schmerzepisoden oder zur Reduzierung eines hohen tonischen Schmerzniveaus verstanden werden. Hypnoseinduktionen, Tanz und Meditation kennen viele Patienten mit Migrationshintergrund und so können diese Mittel oft effektiv eingesetzt werden. Frauen der ersten Migrationsgeneration aus religiös geprägten Traditionen bevorzugen eher einen Tanz aus ihrer Kultur als Sport, etwa statt eines Lauftrainings (Kizilhan, 2007).

Insgesamt scheint bei einer großen Zahl von Patientinnen und Patienten aus traditionellen Gesellschaften das Aktivitätsspektrum erheblich eingeschränkt zu

sein. Ihr Leben kreist häufig nur noch um den Schmerz, der zum Zentrum ihres Denkens und Verhaltens geworden ist. Ihre Annahme, dass der Körper bei Schmerzen ruhen müsse, führt zu einer Schonhaltung. Die Ausweitung des Handlungsspielraums ist daher eine große Herausforderung. Es gilt, die behavioralen (geringe Bewegung), emotionalen (Verringerung der Depressivität und Hilflosigkeit) und kognitiven (Einengung auf Schmerzen) Einschränkungen des Patienten schrittweise aufzuweichen.

Zur notwendigen Reduzierung von Vermeidungsverhalten ist das Besprechen einer etwaigen funktionalen Rolle, die der psychischen Erkrankung zukommt, sinnvoll. So eine Vermeidung kann in einer »Belohnung« von Schmerzäußerungen durch die Aufmerksamkeit der Familie bestehen oder in einer negativen Verstärkung, wenn der Schmerz die Vermeidung aversiver Situationen ermöglicht (Krankschreibung bei Konflikten am Arbeitsplatz).

Ohne einen Einbezug der Familie ist bei diesen Menschen, vor allem bei Personen der ersten Generation, die eine streng kollektive Lebensform aufrechterhalten haben, eine effektive Behandlung nur schwer zu erreichen.

### **Therapeut-Patient-Beziehung**

In kollektiven Gesellschaften ist infolge der traditionellen Erziehung und Sozialisation die Beziehung zu anderen Menschen zentral, so auch die zum Behandler. Gerade wegen ihrer *kommunikativen Kompetenzen* werden traditionelle Heiler

aufgesucht. Eigenschaften wie Verständnis, Geduld, Respekt, Höflichkeit, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Offenheit werden deshalb beim Behandler höher geschätzt als Fachwissen (Gilson et al., 1994).

Wenn Therapeuten Beschwerden psychologisch zu erklären versuchen, dann geschieht es leicht, dass Patienten die Behandlung ablehnen oder noch stärker ihre körperlichen Beschwerden betonen, um so deren Vorhandensein zu »beweisen«. Günstig ist es daher, wenn der Patient von einem ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Behandler kontinuierlich betreut wird, um so eine Beziehung aufbauen zu können. Vielen Patienten kann die Herstellung eines guten Klimas wichtiger sein als die Anamnese oder Bearbeitung von Konflikten. Im Gespräch mit dem Therapeuten können die Patienten indirekt, bildhaft, emotional, persönlich gefärbt oder durch *Nebenerzählungen* über sich und ihre Konflikte sprechen. Sachthemen können eher »nebenbei« und indirekt besprochen werden.

Eine erste Schwierigkeit kann schon der Erstkontakt sein, in dem der Patient zur Begrüßung einen Händedruck verweigert. Der Händedruck zwischen einem Mann und einer Frau kann bei einigen religiösen Muslimen als eine Verletzung der Intimität verstanden werden. Nach dem Gebet geben zum Beispiel viele Frauen den Männern die Hand nicht und umgekehrt. Hinsichtlich der körperlichen Untersuchung kann aber auf einen Notfall gemäß ihrer Religion hingewiesen

werden, in dem der körperliche Kontakt, also die Untersuchung erlaubt wird. Auch sollte man die Patienten danach fragen oder sich Informationen einholen, ob etwa zum Zeitpunkt der Untersuchung Ramadan ist, um dies entsprechend bei der Untersuchung zu würdigen.

Bei der Anamnese erzählen Menschen aus orientalisches-patriarchalischen Gesellschaften die Ereignisse nicht chronologisch und nicht individuell an ein bestimmtes Punktereignis gebunden, sondern immer im Zusammenhang mit dem Kollektiv, das heißt, es wird an Vorfahren, an die Familie, an Stammesstrukturen etc. erinnert.

In stationären Settings ist ein solcher Kontakt sicher leichter über ein Bezugsbetreuersystem herstellbar. Auch die Sprachbarriere kann in vielen Einrichtungen und Servicediensten ein beträchtliches Hindernis darstellen, einen solchen Kontakt herzustellen. Ebenso müssen Professionelle lernen, von sich aus Informationen, die ihnen auf den ersten Blick unzusammenhängend mitgeteilt werden, in eine Ordnung zu bringen (siehe Tab 2 folgende Seite). Es lohnt sich unserer Erfahrung nach, in dieser Hinsicht von und mit den Patienten zu lernen, denn der gute Kontakt ist die Voraussetzung für alle weiteren Behandlungserfolge.

## 6. Schlussbemerkung

In einer Gesellschaft mit verschiedenen Kulturen existieren immer auch unterschiedliche kulturelle Krankheits- und

Gesundheitskonzepte. Durch den Einbezug sprachlicher, kultureller und migrationspezifischer Aspekte in die bestehende Gesundheitsversorgung ist eine deutliche Verbesserung der Versorgung dieser Personen erreichbar.

Bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund benötigen sowohl Behandler als auch die Gesundheitsinstitutionen spezifische interkulturelle Kenntnisse, um diese Gruppe frühzeitig und adäquat behandeln zu können, nicht zuletzt um Chronifizierungen zu vermeiden. In der medizinischen Behandlung von Migranten bestehen Defizite im Wissensstand, aber auch in den Behandlungskonzepten. Sprachliche Barrieren, die Unkenntnis vorhandener Beratungs- und Hilfesysteme, der Umgang mit verschiedenen Krankheiten (etwa psychische Erkrankungen und Sucht) und deren Tabuisierung erschweren die Versorgung.

Dringlicher als die Schaffung migrationspezifischer Einrichtungen ist sicher die Öffnung der Regeldienste für diese Versorgungsaufgaben. Dafür müssen Maßnahmen eingesetzt werden, um das Personal in der Regelversorgung für die transkulturelle Arbeit zu befähigen. Neben der Förderung der Bildung von multikulturellen Behandlungsteams sind vor allem eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensitive Perspektive und die Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Erwerb transkultureller Kompetenz notwendig.

## Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte:

### **Erstuntersuchung**

- Beim Erstkontakt kann der Bericht des Patienten auf Körperschmerzen beschränkt und auf diese fixiert sein. Mögliche psychische Konflikte und Belastungen können zunächst abgelehnt oder bestritten werden. Geringe Deutschkenntnisse können die Anamnese erschweren.
- Das Gefühl, mit den Beschwerden nicht ausreichend ernst genommen zu werden, kann die Fixierung auf diese eher verstärken.
- Türkische Patienten z.B. berichten bei Somatisierungsstörungen oder anderen Schmerzsyndromen über multiple, wiederholt auftretende, fluktuierende körperliche Symptome, die an wechselnden Körperorganen auftreten. Diese *Wanderschmerzen* können jeden Tag an anderen Teilen des Körpers wahrgenommen werden.
- Häufige körperliche und organische Beschwerden sind u. a.: Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Schwindel, einhergehend mit Ohnmachtsanfällen, Zittern, innere Unruhe, Müdigkeit, Kraft- und Antriebslosigkeit.

### **Komorbidität**

- Eine Komorbidität mit anderen psychischen Beschwerden, in der Hauptsache Depressionen und Angststörungen, ist häufig anzutreffen. Viele Patienten erkennen einen möglichen Zusammenhang zwischen den Störungen nicht oder wurden bisher nicht ausreichend darüber informiert.

### **Psychoedukation**

- Psychoedukative Maßnahmen müssen der Herkunftskultur des Patienten angepasst werden, damit das gemeinsam entwickelte Krankheitsmodell verstanden und angenommen werden kann.

### **Einbeziehung der Familie**

- Die Einbeziehung von Familienmitgliedern kann sowohl für die Diagnostik als auch für die Behandlung im Hinblick auf sekundären Krankheitsgewinn, Familiendynamik etc. wichtig sein. Die Familie kann bei der Verbesserung von Fähigkeiten im Sinne der sozialen Kompetenz und Ressourcen unterstützend in die Therapie mit einbezogen werden.

**Tab. 2:** Berücksichtigung von kulturspezifischen Aspekten bei der Behandlung von türkischen Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation (Kizilhan, 2009)

## Berücksichtigung kulturspezifischer Aspekte (Fortsetzung):

### **Medikamentöse Behandlung**

- Die Behandlung durch Medikamente, Operationen oder physiotherapeutische Maßnahmen kann aus der Sicht des Patienten zunächst als ausreichend erscheinen.

### **Bewegungssportarten und physiotherapeutische Maßnahmen**

- Dass die Patienten trotz ihrer Schmerzen sportlich aktiv werden und sich bewegen sollen, wirkt auf sie oftmals irritierend, da aus ihrer Sicht der Körper krank sei und ruhen müsse. Aktivitäten passen nicht zum Krankheitsverständnis vieler dieser Patienten; während der Behandlung muss durch Informationen, Beratung und Psychotherapie Überzeugungsarbeit geleistet werden. Dennoch bleibt offen, inwieweit die erlernten neuen Bewegungsmuster ins alltägliche Leben integriert werden. Kommt es jedoch nicht zu einer Linderung der Schmerzen, reagieren viele Patienten ungehalten, gekränkt und haben das Gefühl, nicht verstanden zu werden.
- Passive Anwendungen wie Massagen, Wärmetherapie etc. werden eher angenommen.

### **Entspannungsverfahren**

Entspannungsverfahren wie z.B. PMR und andere hypnotische Verfahren werden angenommen, ob sie nach dem Abschluss der Behandlung jedoch auch in den Alltag integriert werden, ist fraglich.

## 7. Literatur

- Branik, E., Mulhaxha, A. (2000). Zur Rehabilitation von Patienten aus dem ehemaligen Jugoslawien in der Hochschwarzwald-Klinik St. Blasien. In: T. Heise (Hrsg.), *Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland* (S. 185-199). Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung (VWB).
- De Jong, J. (2001). Klassifizieren oder nuancieren? Psychodiagnostik mit Hilfe DSM oder ICD. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie* (S. 130-151). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Gilson, L., Alilio, M., Heggenhougen, K. (1994). Community satisfaction with primary health care services: an evaluation undertaken in the Morogoro Region of Tanzania. In: *Social Science Medicine*, 39 (6): 767-780. London: Elsevier

# SCHIZOPHRENIE

Jan Ilhan Kizilhan

- Glier, B., Erim, Y. (2007). Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger, P. Nilges (Hrsg.). Schmerzpsychotherapie (S. 231-243). Heidelberg: Springer.
- Gün, A.K. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration (S. 36-42). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Haasen, C., Kleinmeier, E., Yadirgan, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (S.145-153). Heidelberg: Springer.
- Hegemann, T. (2000). Das Bayerische Zentrum für Transkulturelle Medizin e.V. in München. In: Th. Heise (Hrsg.) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Berlin: VWB-Verlag.
- Heine, P., Assion, H.J. (2005). Traditionelle Medizin in islamischen Kulturen. In: J. Assion (Hrsg.), Migration und seelische Gesundheit (S. 29-42.). Heidelberg: Springer.
- Herzer, H. (2000). Zunehmende Invalidisierung trotz medizinischem Fortschritt bei Schweizern und Ausländern. In Zeitschrift: Schweizerische Ärztezeitung, 8 1/47, p2668-2672.
- Kirmayer, L. J., & Young, A. (1998). Culture and somatization: Clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. Psychosomatic Medicine, 60, 420-430.
- Kizilhan, J. (2007). Spezifisches Behandlungskonzept in der Psychosomatik für Migranten. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesundheit und Integration. Ein Handbuch für Modelle guter Praxis (S. 200-206). Berlin.
- Kizilhan, J. (2008a). Stimmenhören. Transkultureller-psychiatrischer Hintergrund. In: Der Kern. Zeitschrift für Sozialpsychiatrie, Kerbe 04/2008 (S.23-25), Berlin: Psychiatrie-Verlag.
- Kizilhan, J. (2008b). Interaktion von Krankheitswahrnehmung und Krankheitsbewältigung bei türkischstämmigen Patienten – Eine vergleichende Studie. In: Verhaltensmedizin & Verhaltenstherapie 2008, 29 (4), 352-366. Lengerich: Papst Science Publisher.
- Kizilhan, J. (2009). Interkulturelle Aspekte somatoformer Störungen. In: Der Psychotherapeut 2009, DOI 10.1007/S0278-009-0656-8. Heidelberg: Springer Medizin.
- Kizilhan, J. Roniger, A., Heyman F, Tritt, K. (2013). Validation of a Turkish Version of the ICD-10 Symptom Rating (ISR). Europe's Journal of Psychology, Vol. 9(2), 1–99.
- Koch, E. (2003). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Rehabilitation und Migration. In: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (Hrsg.), Gesunde Integration (S. 43.53). Berlin: Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit. Berlin.
- Künzler, E. (2005). Ethnopsychanalytische Untersuchung bei schmerz- und chro-

---

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*  
Jahrgang 30 (2014)

nisch kranken Arbeitsmigrantinnen und –migranten sowie Flüchtlingen aus dem Kosovo. Dissertation an der Universität Zürich. Zürich: Studentendruckerei Zürich.

Moro, R.S. & Sturm, G. (2006). Die Differenzierung der therapeutischen Räume in der Therapie von Migranten. In: W. Macheleidt, R. Salman & I. Calliess (Hrsg.), Sonnenberger Leitlinien. Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie (S. 141-149). Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Oestereich, C. (2001). Interkulturelle Psychotherapie in der Psychiatrie. In: T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), Transkulturelle Psychiatrie (S. 152-165). Bonn: Psychiatrie Verlag. Bonn.

Petersen, A. (1995). Somatisieren die Türken oder psychologisieren wir? Gedanken zur angeblichen Neigung der Türken zum Somatisieren. *Curare*, 18(2), 531-540.

Schmeling-Kludas, Ch. (2005). Psychosomatische Rehabilitation von Migranten. In: Migration und seelische Gesundheit. Assion, J., 2005 (Hrsg.) (S. 187-193). Heidelberg: Springer.

Schneider, W., Henningsen, P. & Rüger, U. (2001). Sozialmedizinische Begutachtung in Psychosomatik und Psychotherapie. Bern: Huber.

**Korrespondenzadresse des Autors:**

Prof. Dr. Dr. Jan Ilhan Kizilhan  
Baden-Wuerttemberg Cooperative  
State University  
Head of the Department of Mental Health  
and Addiction  
kizilhan@dhbw-vs.de  
++49 (0)77203906217  
Schrambergerstr. 26  
78054 Villingen-Schwenningen

# SCHIZOPHRENIE

## Irre verständlich: Wann wird Angst zur Störung?

Matthias Hammer, Irmgard Plößl

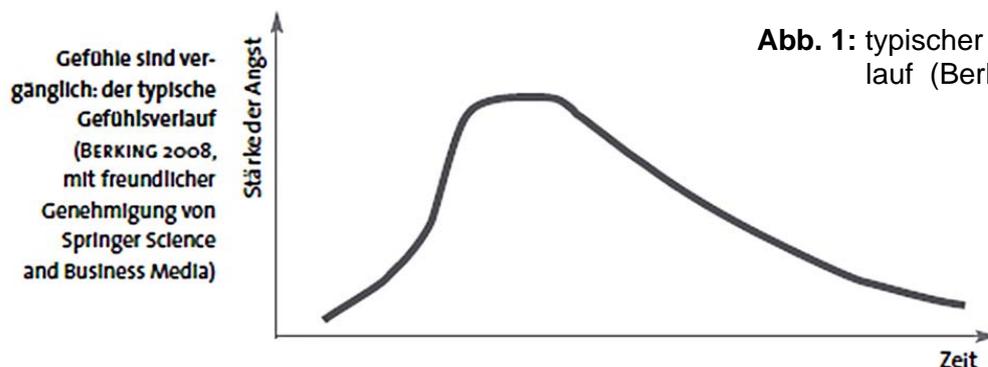
### Angst – Fähigkeit oder Störung?

»Ohne die Fähigkeit zur Angst wären wir nicht in der Lage, uns vor Gefahr zu schützen. Die Menschheit wäre ausgestorben. Und auch die individuelle Angst ist nicht unbedingt als Störung zu betrachten, sondern zunächst eine notwendige Überlebensstrategie. Angst-, Nähe-, -Bedürfnis oder auch –Lust sind biographisch und vielleicht auch konstitutionell bedingt individuell unterschiedlich ausgeprägt. Erst wenn die Angst sich selbstständig und ausweitet, von Anlässen entkoppelt und generalisiert, wird sie selbst zu der Gefahr, vor der sie vorgibt zu schützen.« (Thomas Bock)

In belastenden Lebensphasen kennen Sie vielleicht auch den Gedanken »Werde ich das alles schaffen?« Vielleicht spüren Sie dann, wie Anspannung, Unsicherheit oder Angst die Sorgen begleiten. Deutlicher ist das Angstgefühl,

wenn unser Auto bei Glätte ins Schlingern gerät oder wir vor einer Prüfung stehen und feststellen, dass wir schlecht vorbereitet sind. Angst bereitet unseren Körper vor, zu reagieren. In unserem Körper läuft die Stressreaktion ab. Angst macht uns wach, hält uns an, vorsichtig zu sein oder uns ganz aus der Situation zurück zu ziehen. Je stärker das Gefühl ist, desto stärker entsteht der Impuls zu Handeln.

Angst ist zwar in der Regel unangenehm, aber sie ist in unserem Organismus ein tief verankertes, überlebenswichtiges biologisches Muster. Wenn man Angst wahrnimmt und zulässt, kann das Gehirn die Informationen, die das Gefühl in sich trägt, verarbeiten. Deshalb ist es wichtig, dem natürlichen Rhythmus des Gefühls zu folgen, es kommen und gehen zu lassen. Wenn wir die Angst nicht unterbrechen, abblocken oder vermeiden, ist das möglich. Hat unser Verstand die Informa-



**Abb. 1:** typischer Gefühls-Verlauf (Berking 2008)

tionen verarbeitet, ist die Funktion des Gefühls erfüllt; es kann nun wieder gehemmt werden und abklingen. Deshalb Ängste klingen nach einer gewissen Zeit auch ohne unsere Beeinflussungsversuche von selbst wieder ab. (siehe Abb. 1)

Wenn wir Angst erleben, läuft eine körperliche Reaktion, die Stressreaktion, in uns ab. Auf körperlicher Ebene wird dafür gesorgt, dass wir angeregt werden, Energie zur Verfügung zu stellen, um die Gefahr zu bewältigen oder, falls die Gefahr zu bedrohlich erscheint, die Flucht zu ergreifen. Angst ist ein lebenswichtiges Gefühl, das uns warnt vor Gefahren. Es entsteht, wenn wir zu schnell in eine Kurve fahren, wenn wir vor einer wichtigen Prüfung stehen, oder wenn Menschen uns bedrohlich erscheinen. Angst ist ein normales Gefühl, das in vielen Alltagssituationen auftreten kann, die für uns ungewiss und unkontrollierbar erscheinen. Die Angst selbst ist keine Gefahr, sie signalisiert uns, dass wir besonders aufpassen müssen und macht uns wach und aufmerksam für Bedrohungen.

Das Fehlen von Angstgefühlen kann dazu führen, dass wir Gefahren übersehen. Die meisten Angststörungen bestehen jedoch darin, dass sich die Angst verselbständigt und ein „zu viel“ da ist. Die Angst ist dann nicht mehr ein guter Ratgeber für Gefahren. Es entstehen zunehmend Nachteile und Beeinträchtigungen, alltägliche Anforderungen zu verrichten. Die Tendenz zur Vermeidung nimmt zu.

## Von der normalen Angst zur Störung

Auf einer Skala von 1 bis 10 kann man sich den Übergang von der Angst als normales und funktionales Gefühl zur Angststörung so vorstellen:

1. normales Erleben, niedrige Ausgangserregung, neue Situationen werden als Herausforderungen gesehen. Angst tritt nur auf in akuten Gefahren.
2. Eine neue Herausforderung löst Unsicherheit und leichte Anspannung aus
3. Unsicherheit in neuen Situationen, Unruhe, Sorge
4. Kurzfristig erhöhte Erregung und Anspannung
5. Erhöhte Erregung und Unsicherheit in neuen Situationen. Auftreten von Unsicherheiten, um wach und aufmerksam zu sein.
6. Erhöhte Grunderregung. Eher sorgenvoll, etwas ängstlich.
7. Ausmalen von Katastrophen. Erhöhte Angstbereitschaft.
8. Erhöhte Grunderregung, negative Erwartungen, Sorgenvoll, unabhängig von der Realität.
9. Ausmalen von Katastrophen, über längere Zeiträume erhöhte Erregung und Anspannung unabhängig von einem äußeren Auslöser
10. Angststörung

## Wann wird Angst zur Krankheit?

Angst ist für uns ein überlebenswichtiges und ganz normales Gefühl. Wann beginnt Angst zur Störung oder zur Krankheit zu werden? Damit ist auch gemeint, ab wann sollte Hilfe und Unterstützung auf-

# SCHIZOPHRENIE

---

gesucht werden?

Fachärzte und Therapeuten sprechen von einer Angsterkrankung (Alsleben, H. 2004, S. 66):

- wenn Ängste unangemessen und stärker als notwendig auftreten
- wenn Ängste zu häufig auftreten oder zu lange andauern
- wenn Ängste mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über ihr Auftreten und ihr Andauern verbunden sind (also die Angst Sie »kontrolliert«)
- wenn Ängste dazu führen, dass Sie bestimmten Situationen, ohne dass eine reale Bedrohung vorliegt, aus dem Weg gehen, sie vermeiden und dadurch Einschränkungen in Ihrem Leben auftreten (Erwartungsängste: Angst vor der Angst)
- wenn Ängste mit einem starken Leidensdruck einhergehen

Wenn Angst sich verselbständigt und in eigentlich ungefährlichen Situationen auftritt, dann ist sie für die Betroffenen nicht mehr steuerbar und kontrollierbar. Die Befürchtungen alleine genügen.

*Hans vermied U-Bahn zu fahren, weil er befürchtete jemand zu treffen, der ihn kennen könnte.*

*Für Klaus löste allein schon der Gedanke an eine Panikattacke Ängste aus, so dass er alles mied, was ihn auch nur an eine Panikattacke erinnern könnte.*

Das Denken und Handeln wird gelähmt. Angst verliert ihre Funktion, vor Gefahren zu warnen. Angst wird dann selbst

zu einer Bedrohung für die Alltagsbewältigung und für das eigene Wohlbefinden. Spätestens dann sollte eine Behandlung aufgesucht werden.

## **Integratives Modell zur Erklärung von Ängsten**

Menschen haben sich immer schon mit der Frage beschäftigt, wie psychische Erkrankungen entstehen. Die Erklärungsmodelle änderten sich im Laufe der Geschichte, aber im Wesentlichen gab es immer zwei Lager. Die einen führten eine psychische Erkrankung wie beispielsweise Angsterkrankungen ausschließlich auf biologische oder genetische Einflüsse zurück. Wenn jemand psychisch krank war, nahm man an, dass er die Krankheit geerbt hätte oder andere körperliche Prozesse wie beispielsweise eine Infektion oder Stoffwechselstörung dafür verantwortlich wären. Entsprechend wurden Behandlungsmöglichkeiten vorrangig im medizinischen Bereich gesehen. Das andere Lager sah die Ursache psychischer Erkrankungen dagegen ausschließlich im psychosozialen Bereich. Man nahm an, dass Fehler im Erziehungsstil ursächlich sein könnten. Aber auch Schicksalsschläge wurden als Auslöser psychischer Erkrankungen in Betracht gezogen. Lange Zeit wurden die beiden Lager als Alternativen angesehen, als Entweder-Oder. Dann stellte man jedoch fest, dass es sich nicht um Alternativen handelt, sondern dass beide Faktoren – biologische und psychosoziale – eine Rolle spielen und zusammenwirken müssen, wenn psychische Erkrankungen entstehen.

---

## **SCHIZOPHRENIE**

Mitteilungsorgan der **gfts**

Jahrgang 30 (2014)

Wir wissen heute, dass psychische Erkrankungen die Folge komplexer Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren sind. Wie sich diese einzelnen Komponenten zu einem ganzheitlichen Prozess verbinden, ist noch nicht in allen Einzelheiten klar. Wir wissen aber, dass alle Faktoren sich gegenseitig beeinflussen können. Wenn beispielsweise bei einem Menschen genetisch bedingt eine Überempfindlichkeit in bestimmten Verarbeitungsstrukturen des Gehirns besteht, so hat dies Auswirkungen auf sein Verhalten. Er wird möglicherweise schreckhafter und ängstlicher sein als andere Menschen. Auch die andere Richtung ist möglich: psychosoziale Einflüsse können biologische Veränderungen bewirken. So können traumatische Erlebnisse dazu führen, dass wir künftig

noch ängstlicher sind und die entsprechenden Strukturen des Gehirns noch sensibler auf mögliche Gefahren in der Umgebung reagieren. Selbst Gene können durch Umwelteinflüsse an- oder abgeschaltet werden. Auf diese Weise entstehen komplizierte Wechselwirkungen zwischen Umweltreizen und dem Organismus.

Einseitige Modelle können also ein komplexes Geschehen wie eine psychische Erkrankung nicht erklären. In der Praxis haben sich daher Konzepte bewährt, die die Wechselwirkung von Umwelt und biologischen Faktoren berücksichtigen und die in der Lage sind, viele verschiedene psychische Erkrankungen erklären zu können. Diese Modelle nennt man **Vulnerabilitäts-Stress-Modelle** oder auch **Verletzlichkeits-Stress-Modelle**. Diese multifaktoriellen Störungsmodelle wurden

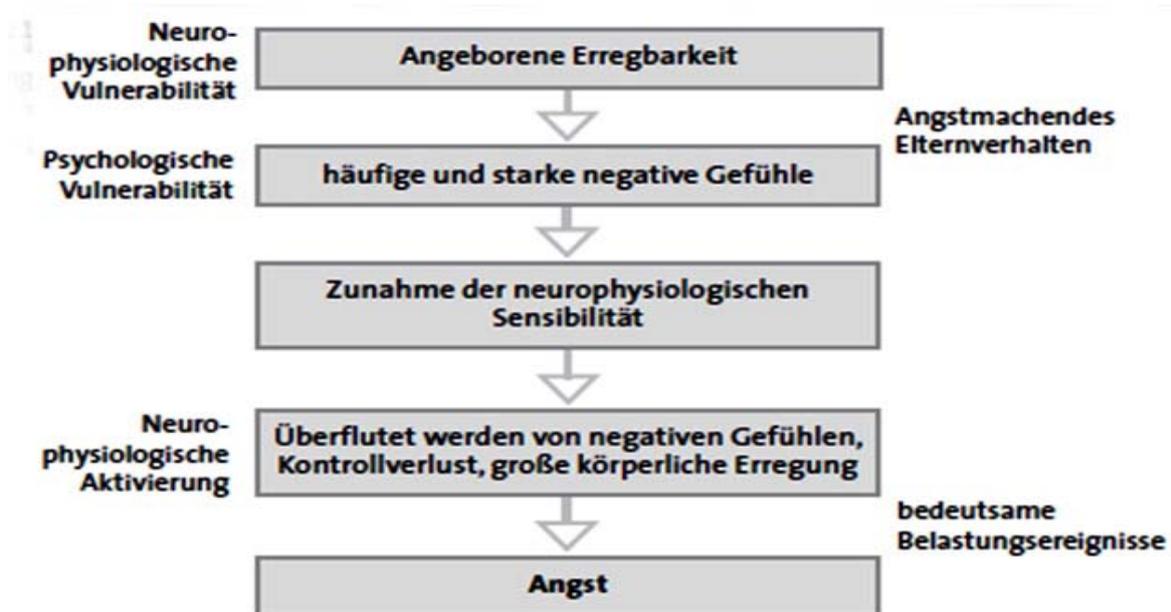


Abb 2: Modell zur Entstehung von Angststörungen (nach Bassler 2010)

zunächst für schizophrene Erkrankungen entwickelt (Zubin & Spring 1977). Sie besitzen aber mittlerweile Gültigkeit für die Erklärung der meisten Arten von psychischen Erkrankungen. Bassler hat ein solches integratives Modell zur Entstehung pathologischer Angstreaktionen entwickelt (zitiert nach Bassler 2010) siehe Abb. 2 vorige Seite.

Vulnerabilität oder Verletzlichkeit ist die Neigung eines Organismus, an einer bestimmten Krankheit zu erkranken. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Anfälligkeit oder Erkrankungsbereitschaft. Manche Menschen sind beispielsweise anfälliger für Angsterkrankungen als andere. Die Ursachen dieser erhöhten Vulnerabilität können biologisch oder psychosozial sein, sie können angeboren sein oder im Laufe des Lebens erworben werden, z.B. durch Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, körperliche Traumata oder Drogeneinfluss, aber auch durch kritische Lebensereignisse, frühe Stresserfahrungen und psychische Traumatisierungen. Eine Erkrankungsbereitschaft bildet sich aus, wenn angeborene und erworbene biologische Faktoren auf der einen Seite sowie psychosoziale Entwicklungsbedingungen auf der anderen Seite ungünstig zusammen kommen. Einer Angststörung kann eine ererbte Anlage, schnell ängstlich zu reagieren, zugrunde liegen, die in Verbindung steht mit einer erhöhten neurophysiologischen Erregbarkeit mit vermindertem Reizschutz. Durch einen negativen Erziehungsstil, der vorrangig angstverstärkend wirkt, kann die Entwicklung beein-

trächtigt werden.

*Cathrin berichtete, wie ihre Mutter verboten hat an einem Bach zu spielen. Sie hat immer noch die vielen Verbotssätze ihrer Mutter im Kopf. „Da kannst du ertrinken.“ Wenn Sie auf einen Baum klettern wollte: „Da kannst du herunter fallen. Das darfst du nicht.“ Selbst auf einem Spielplatz hatte ihre Mutter große Ängste um Cathrin, so dass sie nur noch selten in der Natur oder draußen mit anderen Kindern spielen durfte. Die Mutter selbst bewegte sich auch sehr risikoscheu und ängstlich in der Welt.*

Dabei ist die Art der Vulnerabilität von Mensch zu Mensch verschieden. Unterschiedliche psychische Störungen wie z. B. Angsterkrankungen oder Depressionen sind durch störungsspezifische Verletzlichkeiten mit verursacht. Manche Menschen reagieren bei Überlastung mit psychischen Erkrankungen, werden beispielsweise depressiv oder entwickeln eine Angsterkrankung. Andere Menschen zeigen dagegen keine Erkrankungsbereitschaft für eine psychische Erkrankung, sondern reagieren auf fort-dauernde Überlastung eher mit körperlichen Symptomen, beispielsweise bekommen sie ein Magengeschwür.

Die spezifische Vulnerabilität stellt die Ursache einer psychischen Erkrankung dar, die Stressbelastung ist dagegen einer der konkreten Auslöser einer akuten Erkrankungsepisode. Lange Zeit hat man unter Belastungen vor allem die sogenannten kritischen Lebensereignisse verstanden, also beispielsweise Scheidung

# SCHIZOPHRENIE

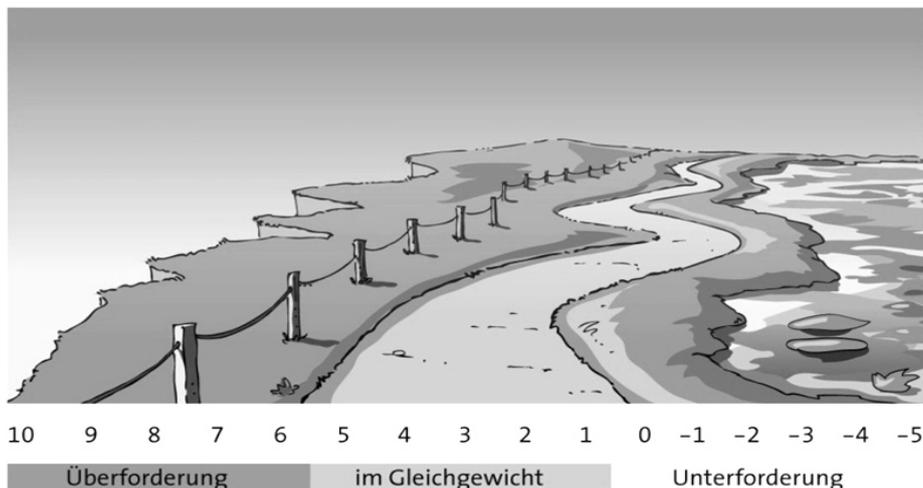
Matthias Hammer, Irmgard Plößl

oder Trennung, Tod naher Angehöriger, Krankheit oder Verlust des Arbeitsplatzes. Heute weiß man, dass auch die vielen alltäglichen Belastungen eine Rolle spielen, die wir oft zu wenig beachten, weil sie für sich allein genommen eher nebensächlich sind und erst in der Summe und über längere Zeit hinweg eine erhebliche Belastung darstellen. Zu den täglichen Belastungen – auch Alltagsstressoren genannt – zählen beispielsweise Lärm, Zeitdruck, Stau oder überfüllte U-Bahnen auf dem Weg zur Arbeit oder ständige Ablenkungen im Großraumbüro.

Aber auch die völlige Vermeidung von Stress und Anforderungen ist keine Lösung, da dauernde Unterforderung ihrerseits eine Belastung für den Organismus darstellt und Krisen auslösen kann.

Jeder Mensch muss daher für sich selbst herausfinden, wo sein optimales Belastungsniveau jeweils liegt.

Siegel (2006) bezeichnet diese Zone zwischen Über- und Untererregung als »Toleranzfenster«. Innerhalb dieses Toleranzfensters können Informationen gut verarbeitet und Belastungen toleriert und bewältigt werden. Bewegen wir uns innerhalb dieses Fensters, erleben wir einen Zustand des Gleichgewichts. Wird dieses Fenster der optimalen Erregung verlassen, erleben wir uns aus dem Gleichgewicht. Dies kann durch Übererregung und Überforderung geschehen (Angst, Unruhe, inneres Getriebensein, Schlaflosigkeit etc.) aber auch durch Unterforderung und Untererregung (emotionale Taubheit, Antriebslosigkeit, Leere, Grübeln, Rückzug etc.). Im WEG-Modell (siehe Abb. 3) werden diese drei



Skala zur Selbsteinschätzung

-5 bis 0 entspricht einem unterforderten Erleben; 1 bis 5 entspricht einem Erleben im optimalen Belastungsniveau mit einem Wechsel von Anspannungs- und Entspannungsphasen, 6 bis 10 entspricht einem erhöhten Stresserleben

Abb.3: WEG-Modell ((HAMMER 2012)

## SCHIZOPHRENIE

Mitteilungsorgan der *gfts*

Jahrgang 30 (2014)

Bereiche unseres Erlebens symbolisch dargestellt. Die Straße stellt das optimale Belastungsniveau dar, der Zaun und Abhang die Übererregung und der Sumpf symbolisiert, Rückzug, Grübeleien und Unterforderung. Sie können das WEG-Modell nutzen zur besseren Selbsteinschätzung und Selbststeuerung (Hammer 2012).

Problematisch ist, dass Menschen mit Angsterkrankungen oft nur über sehr eingeschränkte Bewältigungsstrategien verfügen und vor allem Vermeidungsverhalten bevorzugen. So machen sie wenig neue Erfahrungen und finden ihr optimales Anforderungsniveau nicht heraus. Mitunter wurden schon durch die Eltern vorrangig Vermeidungsverhalten und weniger aktive problemlösende Bewältigungsstrategien vermittelt werden. In der Folge kommt es zum Auftreten negativer Affekte, die wiederum die neurophysiologische Erregbarkeit verstärken. Kommt es zu äußeren Stressbelastungen oder kritischen Lebensereignissen, werden die eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten rasch überschritten. Dies führt zu einem Überschwemmtwerden durch negative Gefühle und Kontrollverlust. Diese intensiven Gefühle und physiologische Erregung können sich rasch aufschaukeln zur panischen Angst. Die Vulnerabilität ist langfristig nicht unbeeinflussbar, sie kann im Laufe des Lebens größer, und ebenso wieder kleiner werden. Sie ist kein unabänderliches Urteil für eine lebenslange Erkrankung oder Belastung. Das Gehirn ist ein plastisches Organ, das sich zeitlebens entwickeln und den Veränderungen an-

passen kann. So kommen Genesungsprozesse in Gang. Eine große Rolle spielt dabei die Übung: durch häufiges, wiederholtes Verhalten verändern sich Hirnstrukturen und passen sich an.

*Cathrin durfte auf keinen Baum klettern, in keinem Bach spielen. Ihre Mutter erzog sie so, dass sie jedes Risiko vermeiden sollte, sonst könnte ihr etwas passieren. Cathrin gelingt es bis heute nicht, riskante Situationen realistisch einzuschätzen. Sie vermeidet Risiken bis heute und konnte so auch keine positiven Bewältigungserfahrungen machen, z.B. dass man auch einen Baum besteigen kann, ohne dass etwas passiert und dass es sogar Spaß bereiten kann, Risiken einzugehen.*

Nicht einmalige Einsicht, sondern wiederholte Ausführung ist dabei hilfreich. Es gibt vielfältige Möglichkeiten aus dem Teufelskreis von Angst aus zu steigen. Wenn es einem selbst nicht mehr gelingt, sich angstbesetzten Situationen zu stellen und die Vermeidung immer mehr das Leben bestimmt ist es sinnvoll, sich Hilfe zu suchen im Rahmen einer Psychotherapie.

Durch die Einführung des Verletzlichkeits-Stress-Bewältigungsmodells hat sich für psychisch kranke Menschen manches positiv verändert. Sie müssen sich nicht mehr als Versager fühlen, wenn sie weniger Stress aushalten können als andere, wissen sie doch jetzt, dass dies an ihrer höheren Verletzlichkeit liegt. Angehörige und Betroffene können sich entlasten von Schuldgefühlen ange-

gesichts der komplexen, durch viele Faktoren bedingten Erkrankung. Und doch dient das Modell im Einzelfall nur als Rahmen, der für jeden Einzelnen mit Inhalt gefüllt werden muss. Denn die Fragen vieler Betroffener, warum gerade sie erkrankt sind, was sie hätten tun können, um die Erkrankung zu verhindern und welchen Sinn sie möglicherweise in ihrem Leben hat, können durch ein allgemeines Modell nicht beantwortet werden. Die meisten psychisch kranken Menschen suchen für sich nach Antworten auf diese Fragen und sollten darin von den Fachkräften unterstützt werden. Dies ist Teil der Krankheitsbewältigung.

Wenn Sie mehr über die Hintergründe von Angsterkrankungen und über hilfreiche Strategien wissen möchten, können Sie dies auch in dem Buch: «Irre verständlich. Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam unterstützen.» von Matthias Hammer und Irmgard Plössl tun. Auf der Internetseite [www.irre-verstaendlich.de](http://www.irre-verstaendlich.de) können Sie sich über Fortbildungsangebote für Fachkräfte informieren.

## Literatur:

- Alsleben, H., Weiss, A., Rufer, M., (2004). Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen. München: Urban und Fischer.
- Bassler, M. (2010). Angsterkrankungen. Arolt, Kersting (Hrsg.) Psychotherapie in der Psychiatrie. Heidelberg: Springer.

Bock, Thomas (2010):. Wie gesund ist krank? – Anthropologische Aspekte psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Suizidprophylaxe In: Suizidprophylaxe, 141, S. 50-55

Hammer, M. (2012) Das innere Gleichgewicht finden. Achtsame Wege aus der Stressspirale. Bonn: Balance Verlag.

Siegel, J.D. (2006) Wie wir werden die wir sind. Paderborn: Junfermann

Zubin, J., Spring, B. (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. J Abnorm Psychol 86. 103-126

## Korrespondenzadresse der Autoren:

Dr. Matthias Hammer  
Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Stuttgart.  
E-Mail: [info@matthias-hammer.de](mailto:info@matthias-hammer.de)

Dr. Dipl.-Psych. Irmgard Plössl  
Leiterin der Abteilung für Berufliche Teilhabe und Rehabilitation des Rudolf-Sophien-Stift Stuttgart  
E-Mail: [ploessl@rsss.de](mailto:ploessl@rsss.de)