

Zum Verhältnis von professioneller Versorgung und Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und Problemen

Eine Frage, viele Fragen und ein paar Vorüberlegungen

Als Psychotherapeuten arbeiten wir viel mit Bildern und Metaphern: Welches Bild wäre geeignet, das Verhältnis von professioneller Versorgung und Selbsthilfegruppen gut zu beschreiben? Ein biblisches vielleicht, das des David, der Selbsthilfe, die mit ehrenamtlichen Engagement, wenigen finanziellen Mitteln dem Goliath, der etablierten Versorgung, Mitspracherecht und Anerkennung abtrotzt? Der David, der vielleicht auf den ersten Blick, schwächling und klein, vom Riesen Goliath nicht wahrgenommen und als Störung im etablierten Ablauf betrachtet wurde? Nein, dies ist sicherlich nicht (mehr?) treffend für die heutige Begegnung von Selbsthilfe und professioneller Versorgung. Steht vielleicht eher ein Ökosystem Pate? Eine blühende Landschaft, in der eine Artenvielfalt herrscht und neben großen und kleinen Bäumen Blumen, Sträucher und Gräser den Boden besiedeln und jedem einen Platz bietet? Das Ganze, das mehr ist, als die Summe seiner einzelnen Teile, ein gegenseitiges Sich-Ergänzen?

Sicherlich muss zunächst festgestellt werden, dass die im Beitragstitel enthaltene Dichotomie irreführend ist und der gegenwärtigen Versorgungslandschaft ebenso wenig wie den Selbsthilfegruppen gerecht wird. Es gibt nicht „das Verhältnis“, sondern viele Verhältnisse. Es gibt Kooperationsbeziehungen zwischen Verbänden und persönlichen Austausch zwischen Menschen, Ärztinnen / Ärzten und Therapeutinnen / Therapeuten, Betroffenen und Angehörigen. Es sind viele Akteure auf Seiten der professionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (man denke an Niedergelassene, teilstationäre und stationäre Versorgung) und auf Seiten der Selbsthilfe ebenfalls viele Gruppierungen. Auch lässt sich sicherlich über den Begriff der professionellen Versorgung trefflich diskutieren (Initiativen wie das EX-In-Curriculum führen hier die Unterscheidung „Profi qua Beruf“ und „Profi qua Erfahrung“ ein). Der Einfachheit halber wollen wir für diesen Beitrag aber von der professionellen Versorgung vorrangig gemäß des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) ausgehen und meinen damit Angehörige der Heilberufe, Ärztinnen / Ärzte, Psycholog/innen, Therapeut/innen, Sozialarbeiter/innen, Pflegekräfte et cetera, die nicht zuletzt per Gesetz einen sogenannten Versorgungsauftrag, zum Beispiel für die Menschen in ihrer Region, erhalten.

Sicherlich müssen wir uns bei Fragen nach „dem Verhältnis“ aber auch bewusst sein, dass es keine „neue Bekanntschaft“ ist, sondern „professionelle Versorgung“ und „Selbsthilfegruppen“ eine Entwicklungsgeschichte haben

und sich die Beziehung über die Zeit verändert und gegenseitig stimuliert hat. Sicherlich verhält sich professionelle Versorgung zu Selbsthilfe heute anders als vor Jahrzehnten. In den fünfziger Jahren erfolgte die Gründung erster Selbsthilfegruppen von Alkoholkranken und deren Angehörigen in Deutschland. Diese Bewegung war unter anderem dadurch motiviert, dass diese Menschen ihre Interessen und Bedürfnisse durch die professionelle Versorgung nicht gut vertreten sahen. In den siebziger und achtziger Jahren entstand, angeregt von dem Gießener Psychosomatik-Professor Michael Lukas Moeller (Moeller 1978; 2007), eine Vielzahl von örtlichen Gesprächs-Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Problemen. Er bezeichnete sie als „psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen“. Im Jahr 1985 erfolgte die Gründung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) als Zusammenschluss verschiedenen regionaler Initiativen. 1992 entstand der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE). Auch hier diente – neben anderen Aspekten – die kritische Auseinandersetzung mit den professionellen Versorgungsstrukturen gewissermaßen als Antrieb. Überspitzt gesagt: Die Tatsache, dass es Selbsthilfe gibt, spiegelt der professionellen Versorgung auch ihre eigenen Defizite wider. Obschon einzelne Profis von Anfang an als Sympathisanten, Anreger und Unterstützer in der Selbsthilfe beteiligt waren, war das Verhältnis wohl insgesamt zunächst von gegenseitiger Skepsis geprägt. Mancherorts bildeten Selbsthilfegruppen und professionelle Versorgung vielleicht eine Parallelwelt oder (friedliche?) Koexistenz.

Bei Betrachtung der letzten Jahrzehnte gibt es jedoch Indizien dafür, dass sich der Austausch und die Begegnungen von professionellen Akteuren und Selbsthilfe häufen und ein Zusammenrücken stattfindet: Ein Beispiel stellt die gemeindepsychiatrische Bewegung dar, die von Anfang an Betroffene und Angehörige verantwortungsvoll beteiligt hat. Vertreter von Angehörigen- und Betroffenenverbänden werden zunehmend bei der Arbeit an Versorgungsleitlinien beteiligt; ebenso erfolgt die Einbindung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) seit 2004 (Koch / Trojan 2009; Matzat 2013). Neue Impulse und gegenseitige Annäherung bietet auch die Einstellung von Peer-Berater/innen oder Genesungsbegleiter/innen in der psychiatrischen und psychosozialen Arbeit, von Menschen, die das Ex-In (Experienced-Involvement)-Curriculum absolviert haben.

Auch an der Historie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist eine Intensivierung des Austausches mit der Selbsthilfe zu sehen: 2008 erfolgte die Gründung des Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, deren Mitglieder sich auf dem Jahreskongress präsentieren. Zum festen Programm gehören dort auch trialogisch organisierte Symposien. Im Jahr 2015 hat der Vorstand der DGPPN einen Expertenbeirat als „Trialogisches Forum“ einberufen, um kontinuierlichen Austausch, Anregungen und Beratung der Selbsthilfeverbände in die Arbeit der Fachgesellschaft einbeziehen zu können.

Ist die bisherige Skizze vollständig? Welche Vorurteile und Erwartungen prägen das Miteinander von Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen und die professionelle Versorgung im direkten Austausch? Inwiefern stimmen Ziele und / oder Aufgaben überein? Wo liegen jeweilige Stärken der beiden Angebote für die Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen?

Psychische Erkrankungen sind kein Tabu mehr

Die Lasten, die durch psychischen Erkrankungen entstehen, sind sehr hoch. Nach einer Schätzung des Weltwirtschaftsforums werden 35 Prozent der krankheitsbedingten Reduktionen von Bruttosozialprodukten in Industrieländern psychischen Erkrankungen zugeschrieben (Bloom u.a. 2011). Auf individueller Ebene verursachen sie Leiden und erhebliche Nöte von Betroffenen und Angehörigen, können den persönlichen Entfaltungsraum beschneiden, eingeschlagene Ausbildungs- und Berufswege verändern. Für das Jahr 2020 prognostiziert die Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass die Depression, zusammen mit Herz-Kreislaufkrankungen, die meisten durch Behinderung gekennzeichneten Lebensjahre verursachen wird. Der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK-Dachverband) berichtet über steigende Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen (Knieps / Pfaff 2014). Die krankheitsbedingten Gründe für Neuzugänge in Erwerbsminderungsrenten sind vorwiegend auf psychische Erkrankungen zurückzuführen (Deutsche Rentenversicherung [DRV] o.J.).

Diese steigende Bedeutung psychischer Erkrankungen spiegelt sich auch in der Präsenz dieses Themas in öffentlichen und politischen Diskussionen wie und auch in privaten Gesprächen wider. Der Bundestag verabschiedete im Sommer 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, welches die für die psychische Gesundheit der Bevölkerung relevanten Gesundheitsziele „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ sowie „Gesund älter werden“ und „Reduktion des Tabakkonsums“ als Kernbereiche präventiver Maßnahmen explizit benannt und damit der Depressions-, Demenz- und Suchtprävention einen wichtigen Stellenwert beigemessen hat. Auch soll dem Thema psychische Belastungen und Erkrankungen zum Beispiel in der Arbeitswelt mehr Aufmerksamkeit zuteil werden. Im selben Gesetz wurde außerdem die Förderung der Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) deutlich erhöht.

Und in der Tat haben sich auch in den vergangenen Jahrzehnten Einstellungsänderungen ergeben. Angermeyer u.a. (2013) führten 1998 und 2009 eine Untersuchung mit denselben Beurteilungsinstrumenten durch, indem sie Personen aus der Allgemeinbevölkerung um Einschätzung von Menschen mit psychischen Erkrankungen baten. Erstaunlicherweise resultierte aus diesem Vergleich über dreizehn Jahre hinweg, dass sich die positive Einschätzung von Therapien, Psychotherapien und Pharmakotherapie bei psychischen Erkrankungen deutlich gesteigert hat. Befürwortet wird auch, dass Psychia-

ter/innen und Psychotherapeut/innen vermehrt in Anspruch genommen werden, wenn es zu psychischen Problemen kommt. Allerdings bleibt die „soziale Distanz“ zu psychisch Kranken weiterhin groß (gemessen an den Fragen: Würden Sie neben einem depressions- oder psychose-kranken Menschen wohnen oder arbeiten wollen? Würden sie diese als gefährlich einschätzen?). Zu Fragen der „sozialen Distanz“ haben sich die Einstellungen trotz der höheren Wertschätzung von Therapien und Therapeut/innen nicht verändert.

Werden psychische Erkrankungen häufiger?

Medien berichten in den letzten Jahren immer wieder über eine Zunahme von psychischen Störungen. Diese Frage lässt sich nur empirisch beantworten. Die Entwicklung der Häufigkeiten psychischer Erkrankungen ist dabei entscheidend von der Qualität der Datenquelle abhängig. Es gibt zwei Arten von Datenquellen:

Einerseits gibt es epidemiologische Untersuchungen, bei denen die Erkrankungen mittels eines Diagnosemanuals in der Regel über Einzelsymptome kriterienbasiert erfragt werden. Andererseits liegen die Diagnosen, die von den Ärztinnen / Ärzten kodiert werden, in den Registern der Krankenkassen als Routinedaten vor.

Wie in der Arbeit von Jacobi u.a. (2014; 2015) ausgeführt, sind die zeitlichen Trends dieser ermittelten Zahlen in den Quellen unterschiedlich:

1) Das Robert Koch-Institut hat in seinem Gesundheitssurvey, einer objektivierenden epidemiologischen Untersuchung der Allgemeinbevölkerung, die erste Erhebung zu psychischen Erkrankungen im Jahr 1998 durchgeführt. Bei der zweiten Erhebung im Jahr 2011 ist keine Zunahme psychischer Erkrankungen feststellbar (RKI [Bundes-Gesundheitssurvey / BGS] 1998; im Vergleich RKI [Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland / DEGS] 2011) mit Prävalenzen von 32 Prozent in 1998 zu 31 Prozent in 2012, bei Depressionen 12 Prozent zu 12 Prozent (Jacobi u.a. 2014).

2) Bei der Betrachtung der Routinedaten der Krankenkassen zwischen 2005 und 2011 liegen hingegen deutliche Zuwächse an medizinischer Inanspruchnahme aufgrund psychischer Störungen vor: 22 Prozent in 2009 im Verhältnis zu 30 Prozent in 2013, bei Depression von 8 Prozent zu 13 Prozent (Knieps / Pfaff 2014; Jacobi u.a. 2015). Diese Steigerungsraten spiegeln sich auch in Zuwächsen der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen aufgrund von Krankheit wider.

Diese Trends lassen sich folgendermaßen interpretieren:

a) Bei gleichbleibender Morbidität (Krankheitshäufigkeit) in der Bevölkerung hat sich das Diagnostikverhalten der Ärztinnen und Ärzte verändert (stärkere Sensitivität z.B. beim Erkennen einer depressiven Störung durch Hausärzte [Krauth u.a. 2014]).

b) Die Angebotsstrukturen in Bezug auf die Versorgung von psychischen Erkrankungen haben sich erweitert (Ausbau der ambulanten Psychotherapie über Psychologische Psychotherapeut/innen).

c) Aufklärung der Bevölkerung und Rückgang der Stigmatisierung. In der öffentlichen Einschätzung psychischer Erkrankungen sowie im individuellen Inanspruchnahmeverhalten („Wen suche ich bei Beschwerden auf? Welche Beschwerden berichte ich?“) haben sich Änderungen ergeben. Dabei spielt die dokumentierte öffentliche Einstellung zu und Akzeptanz von psychischen Erkrankungen und ihrer Therapie wohl die am stärksten motivierende Rolle. Zusammenfassend spricht man daher von einer erhöhten Inanspruchnahme des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems bei gleichbleibender Häufigkeit psychischer Störungen.

Die Rolle der Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen

Der oben dargestellte und sehr begrüßenswerte Trend, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen zunehmen anerkannt wird, wirkt sich auch auf die Selbsthilfe aus. Nach Berichten der Selbsthilfekontaktstellen wächst das Interesse und die Nachfrage nach Selbsthilfegruppen im so genannten „Psych“-Bereich ständig (Matzat 2004; Fuß-Wölbert 2014). Anfragen aus diesem Bereich bilden die Regel, nicht die Ausnahme. Systematische Forschung zu Selbsthilfegruppenarbeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Problemen, zum Beispiel über Zugangswege zu Selbsthilfegruppen, ist jedoch kaum vorhanden. Trotzdem wird aus Erfahrungsberichten deutlich, dass Psychotherapeut/innen, zum Beispiel in stationären Akut- und Reha-Einrichtungen, ihre Patient/innen / Klient/innen auch im Rahmen von Nachsorge auf das Angebot von Selbsthilfegruppen hinweisen. Das Potenzial von Selbsthilfegruppen für Patient/innen ist auch unter ambulanten Ärztinnen und Ärzten anerkannt, und die Kooperationen scheinen insgesamt über die vergangenen zehn bis fünfzehn Jahre zuzunehmen (Slesina / Fink 2009). Gleichwohl sind Verallgemeinerungen in diesem Bereich aufgrund der fehlenden repräsentativen Datenlage wie auch der Vielfalt der Angebote auf Seiten der Selbsthilfe und der professionellen Versorgung, schwer herzustellen.

Selbsthilfegruppen unterscheiden sich etwa in ihrer Zielgruppe (Betroffene, Angehörige) wie auch in ihrer Thematik (spezifisches Störungsbild wie Depression, soziale Phobie, Borderline-Störung oder eher diagnoseübergreifende Themen wie „Krise als Chance“, „Arbeitssuchend und psychisch krank“ oder „Das eigene Selbstwertgefühl verbessern“). Ferner findet sich gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen ein stark variierender Grad an Einbindung der professionellen Versorgung: manche Gruppen sind experteninitiiert und -mitgestaltet oder ohne eine solche Unterstützung durch eine professionelle Leitungsperson gegründet worden. Es wird jedoch diskutiert, ob diese zuerst genannte, so genannte *angeleitete Selbsthilfe*, im engeren Sinne als Selbsthilfegruppen verstanden werden kann. Matzat und Kollegen grenzten ihre Untersuchung auf solche Gruppen ein, „in denen sich Betroffene gleichberechtigt ohne professionelle Leiterperson zusammenfinden, um im Gruppengespräch an ihren Schwierigkeiten zu arbeiten“ (Matzat 2004, S.

154). Auch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) schließt in ihrer Selbsthilfegruppen-Definition Gruppen, die von professionellen Helferinnen und Helfern geleitet werden, aus. Folglich zählen Peer-to-Peer-Beratungen (wie etwa das Projekt Ex-In) oder die trialogisch angelegten Psychoseminare nicht im engeren Sinne zu Selbsthilfegruppen, auch wenn sich in einigen Merkmalen und Zielsetzungen (Empowerment) Überschneidungen ergeben.

Während sich manche Selbsthilfegruppen direkt in psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen treffen, halten andere die Kooperation mit Ärztinnen / Ärzten beziehungsweise mit professionellen Helferinnen und Helfern für weniger wichtig (Slesina / Fink 2009).

Trotz dieser Variationen und strukturellen Unterschiede finden sich in vielen Behandlungsleitlinien für psychische Störungen Empfehlungen zu Angeboten der Selbsthilfe.

Empfehlungen zur Selbsthilfe in den Behandlungsleitlinien verschiedener Störungsbilder

Entsprechend der Definition der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF 2012, S. 5) sind Leitlinien „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um Ärzte und Patienten bei der Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen“. Sie zielen darauf ab, die medizinische Versorgung durch die Vermittlung von aktuellem Wissen zu verbessern. Dabei sind sie als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ zu verstehen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Anwendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und partizipativen Entscheidungsfindung. Sie sind ferner für Ärztinnen und Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Als zentrale störungsübergreifende Leitlinie im Bereich der psychischen Erkrankungen ist 2013 die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ erschienen. Hier wird einleitend die „erhebliche Bedeutung“ der Selbsthilfe in der Behandlung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen betont (DGPPN 2013, S. 148).

Übersicht der Empfehlungen zur Selbsthilfe in den Behandlungsleitlinien verschiedener Störungsbilder			
Leitlinie	Empfehlung zu		Empfehlungsgrad
S3-Leitlinie Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (2013)	Selbsthilfegruppen	Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.	KKP
S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen (2015)	Information und Vermittlung	Bei einer teilstationären oder stationären Alkoholentgiftung sollte über das bestehende Suchthilfesystem informiert werden (Selbsthilfe, Suchtberatung, Suchtpsychiatrie, Formen der ambulanten und stationären Reha) und nach Bedarf Kontakte zu weitervermittelnden oder behandelnden Stellen hergestellt werden.	KKP
	Selbsthilfegruppen als Möglichkeit der Unterstützung	Der regelmäßige und langfristige Besuch von Selbsthilfegruppen soll in allen Phasen der Beratung und Behandlung sowie in allen Settings, in denen Menschen mit alkoholbezogenen Störungen um Hilfe nachsuchen, empfohlen werden.	KKP
	Selbsthilfe begleitend zu kurativen und rehabilitativen Behandlungen	Der Besuch von Selbsthilfegruppen soll in kurativen und rehabilitativen Behandlungen empfohlen bzw. unterstützt werden, z.B. durch Kontaktaufnahme zu Gruppen, durch Vermittlung von Adressen und Abgabe von Infomaterialien.	KKP
	Selbsthilfe für Angehörige	Angehörige sollen in allen Phasen der Versorgung und Behandlung, insbesondere bereits bei der Kontaktaufnahme zu den verschiedenen Hilfesystemen, auf Selbsthilfegruppen für Angehörige und Betroffene hingewiesen werden.	KKP

<p>S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (2012)</p>	<p>Selbsthilfegruppen</p>	<p>Betroffene und Angehörige sowie andere Bezugspersonen sollten zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigt werden. Dabei ist die konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstellen (z.B. NAKOS, DGBS e.V., weitere Angehörigenverbände) hilfreich.</p> <p>Selbsthilfegruppen sollten als therapeutische Option mehr Beachtung finden. Neben der direkten Integration in das stationäre therapeutische Angebot ist auch eine kontinuierliche Kooperation mit regionalen Gruppen oder einer Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen denkbar. Auf diese Weise können Selbsthilfegruppen als Element der Nachsorge zur Stabilisierung des Behandlungserfolgs genutzt werden.</p>	<p>KKP</p>
	<p>Selbsthilfegruppen</p>	<p>Selbsthilfegruppen sollen durch das professionelle Hilfesystem unterstützt werden durch: konkrete Ermutigung von Betroffenen zum Besuch von Selbsthilfegruppen, Bereitstellung von Räumen in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Kliniken / Praxen, Aufnahme der Angebote der örtlichen Selbsthilfe in Aushänge, Flyer in sozialen Einrichtungen, kirchlichen Räumen, psychiatrischen Praxen, Kliniken, bewusst gestaltete Übergänge von Professionellen zu Selbsthilfegruppen, Angebot von andauernder Beratung und Unterstützung in Krisen.</p>	<p>KKP</p>
<p>S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (2015)</p>	<p>Einbezug von Patienten und Angehörigen</p>	<p>Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.</p>	<p>A</p>

S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen (Bandelow u.a. 2015)	Psychotherapie und andere Maßnahmen	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden. (Dies gilt für Panikstörung / Agoraphobie, generalisierte Angststörungen, soziale Phobie, spezifische Phobie gleichermaßen.)	KKP
S3-Leitlinie Zwangsstörungen (2015)	Interventionen zur Rückfallprophylaxe	Die Behandlung von Patienten mit Zwangsstörung mit Kognitiver Verhaltenstherapie sollte Strategien zur Rückfallprophylaxe beinhalten (z.B. Boostersitzungen [Verstärkung und Wiederauffrischung von Therapieinhalten], Selbsthilfegruppe, ambulante Psychotherapie nach stationärer Behandlung).	KKP
Übersicht 1		Hauth / Schneller 2016	

Folgende Potenziale von Selbsthilfegruppen für die Teilnehmer/innen werden in den Leitlinien aufgeführt: emotionale Entlastung und gegenseitige emotionale Unterstützung, konkrete Lebenshilfe, Stärkung ihres Selbstbewusstseins und Selbstwertgefühls, Empowerment, Selbstwirksamkeitserleben, Erweiterung der Strategien im Umgang mit der Erkrankung, Förderung des Erkennens von Frühwarnzeichen, Anregung zum Aufbau beziehungsweise zur Stabilisierung des sozialen Netzes, Aufbau eines individuellen Krisennetzes und Krisenplans, positive Wirkung auf Befindlichkeit und Krankheitsverlauf (z.B. kürzere Klinikaufenthalte). Einzelne Studien deuten auf eine bessere Nutzung des psychiatrischen Gesundheitswesens beziehungsweise einen besonders günstigen Effekt in der Kombination von Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und Inanspruchnahme von professioneller Hilfe hin (Segal u.a. 2010).

Die Evidenz über die tatsächliche Effektivität von Selbsthilfegruppen ist begrenzt. Auch über die Nutzer/innen von Selbsthilfegruppen ist wenig bekannt. Schäfer u.a. (2008) berichten, dass eher schwer Betroffene an einer Selbsthilfegruppe teilnehmen. Dies kann aber nicht verallgemeinert werden. Als Risiken und Einschränkungen werden in den Leitlinien die Passung des Gruppenkonzepts zur jeweiligen Teilnehmerin / zum jeweiligen Teilnehmer (Bandelow u.a. 2015) genannt sowie das Risiko einer zusätzlichen Belastung für die Einzelnen, falls eine Selbsthilfegruppe im Aufbau scheitert (Vogel 1990, zitiert nach DGPPN 2013).

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass Patient/innen- und Angehörigenvertreter zunehmend in der Entwicklung von Leitlinien beteiligt sind und die

Empfehlungen zur Selbsthilfe in fast allen großen Leitlinien für psychische Störungen genannt werden. Allein dies kann als Indiz für ein positives Verhältnis von professioneller Versorgung und Selbsthilfe gewertet werden. Gleichwohl beruht der Empfehlungsgrad nur auf der Stärke *Klinischer Konsensuspunkt* (KKP). Dies bedeutet eine Empfehlung als Ergebnis guter klinischer Praxis im Konsens, wobei es jedoch an systematischer Forschung mangelt. Einzig die Leitlinie Depression spricht eine „Soll“-Empfehlung (Grad A) aus. Oft findet sich die einschränkende Formulierung „wenn angebracht“ (siehe Übersicht 1). Es fehlen jedoch verlässliche Angaben dazu, in welcher Erkrankungsphase oder bei welchem Störungsbild oder bei welchen Persönlichkeitszügen die Empfehlung zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe als „angebracht“ gilt. Wenig ist darüber bekannt, für wen welche Form von Selbsthilfegruppe geeignet ist, ob sich bestimmte Störungsbilder eher eignen oder welche Nebenwirkungen mit der Teilnahme an Selbsthilfegruppen verbunden sein können. Eine Ausnahme bildet das Suchthilfesystem, in dem die Selbsthilfe fest integriert ist.

Einstellungen und gegenseitige Erwartungen von professioneller Versorgung und Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen und professionelle Versorgung werden als eigenständige, sich ergänzende Angebote gesehen (Borgetto / von dem Knesebeck 2009; Slesina / Fink 2009), die ihren Nutzer/innen jeweils ein eigenes Profil „bieten“, wie zum Beispiel ein „Wir-Gefühl“ in der Selbsthilfegruppe oder eine qualitätsgesicherte multimodale Versorgung bei Vorliegen einer entsprechenden Diagnose durch das professionelle Versorgungssystem. Dies bedeutet aber auch, dass es sich nicht um konkurrierende Angebote handelt, die sich gegenseitig ersetzen können – obschon sicherlich in unterschiedlichen Krankheitsphasen (Akutversorgung oder Remission) die Angebote eine unterschiedliche Rolle spielen dürften. Zuweilen wird die Selbsthilfe als „vierte Säule“ des Gesundheitswesens (neben den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen / Ärzte und Psychotherapeut/innen, den Kliniken und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) bezeichnet. Was sich im Bereich der Suchthilfe schon lange etabliert hat, steht für andere Erkrankungsbilder, wie etwa der Depression, am Anfang (Heindl u.a. 2008; DGPPN u.a. 2015).

Wie viele Menschen mit psychischen Problemen ein Selbsthilfgruppenangebot nutzen, ist nicht bekannt. Borgetto und von dem Knesebeck (2009) nennen grobe Schätzungen zur Beteiligung an gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen für die deutsche erwachsene Bevölkerung von 1 bis 4 Prozent. Dies lässt vermuten, dass nur eine ausgewählte Gruppe von Menschen mit psychischen Erkrankungen Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hat. Schäfer u.a. (2008) fanden eine Teilnehmerate von 11 Prozent für Patient/innen mit psychischen Erkrankungen im Anschluss an eine stationäre psychosomatische Rehabilitation.

Befragungen unter Ärztinnen und Ärzten berichten zwar über eine grundsätzlich positive Einstellung von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen gegenüber Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen, gleichzeitig sind tatsächliche Kooperationen und das Wissen über regionale Angebote der Selbsthilfegruppen begrenzt. Viele Selbsthilfegruppen arbeiten mit Professionellen zusammen, jedoch hat umgekehrt innerhalb der professionellen Versorgung nur einer geringer Teil Kontakt zu Selbsthilfegruppen (Borgetto / von dem Knesebeck 2009).

Selbsthilfegruppen erwarten vom professionellen System, dass sie Betroffene auf die Angebote von Selbsthilfegruppen aufmerksam machen, gegebenenfalls Infomaterial gezielt weitergeben wird. Darüber hinaus wird Kontakt gesucht, wenn die Gruppen fachmedizinische Informationen benötigen, etwa im Rahmen von Gastvorträgen. Gewünscht ist eine Beziehung auf Augenhöhe und gegenseitige Anerkennung. Im Bereich der psychischen Erkrankungen formulieren Selbsthilfegruppen aber auch Abgrenzungen zum professionellen System: So wird in der Selbsthilfegruppe die Freiwilligkeit der Teilnahme betont und die Unabhängigkeit in Bezug auf wirtschaftliche Interessen (Slesina / Fink 2009). Es wird ein gleichberechtigter Umgang vermisst oder Ärzt/innen eine Mitverantwortung an unerwünschten Versorgungsverläufen unterstellt (ebd.).

Grundsätzlich überwiegen positive Einstellungen von Ärzt/innen und Therapeut/innen gegenüber Angeboten der Selbsthilfe, wobei sicherlich der zunehmende Fokus auf Recovery in der Psychiatrie beigetragen hat (Dammann 2014). Sie erhoffen sich für ihre Patient/innen oder deren Angehörige von Selbsthilfegruppen ein zusätzliches Angebot, das sie selbst in ihrer Arbeit entlastet: etwa dass die Patient/innen durch den Besuch der Gruppe ihr Spektrum der Krankheitsbewältigung erweitern, sich emotional entlasten können oder ein Nachsorgeangebot erhalten. Zusätzlich hoffen Ärzt/innen, dass ihre Patient/innen in einer Selbsthilfegruppe ein vertieftes Krankheitswissen erwerben, Selbstwirksamkeit und Empowerment in Bezug auf die Erkrankung stärken und sich die Compliance mit Behandlungsmaßnahmen erhöht. Auch ist mit der Unterstützung von Selbsthilfe ein gewisser Imagegewinn für die professionelle Versorgung verbunden (Slesina / Fink 2009).

Auf der anderen Seite bestehen bei Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen zuweilen Unsicherheiten hinsichtlich der Qualitätssicherung der Selbsthilfegruppenarbeit, der geschützte Raum erscheint als Blackbox: Welche Meinungen werden dort vertreten? Wer ist Ansprechpartner? Es existieren Befürchtungen, dass in einigen Selbsthilfegruppen eine antipsychiatrische Einstellung vorherrscht und sie ihren Mitgliedern raten, ärztliche Empfehlungen anzuzweifeln, was die Compliance senken und im ungünstigsten Fall Behandlungsabbrüche nach sich ziehen könnte. Daneben ergeben sich ganz konkrete Fragen: Wie kontinuierlich trifft sich die Gruppe? Gibt es überhaupt Plätze? Wann werden Neumitglieder aufgenommen? Auch findet sich mancherorts das Vorurteil, dass Teilnehmer/innen mit psychischen Problemen in Selbsthil-

fegruppen ihre Probleme eher gegenseitig verstärken (dass sie sich „runterziehen“), zum Beispiel bei depressiven Störungsbildern (Heindl u.a. 2008). Zeitmangel und letztlich auch fehlende Abrechenbarkeit der Kooperation werden von Ärzt/innen und Psychotherapeut/innen als Barrieren angeführt, Austausch mit Selbsthilfegruppen in der Region zu intensivieren (Slesina / Fink 2009). Eben dieser Austausch ist jedoch notwendig, um Skepsis und Vorurteile auf beiden Seiten abzubauen.

Sowohl die professionelle Versorgung wie auch Selbsthilfegruppen wollen ihre Patient/innen beziehungsweise die Gruppenteilnehmer/innen in ihrer Genesung und Krankheitsbewältigung unterstützen. Dabei ergänzen sich subjektives Erfahrungswissen der Selbsthilfe und objektives evidenzbasiertes Fachwissen der professionellen Versorgung. Als Fachgesellschaft möchte die DGPPN persönliche Begegnungen zwischen Betroffenen, Angehörigen der Selbsthilfe und Professionellen unterstützen, um das gegenseitige Vertrauen und deren Informationsaustausch zu fördern, mit dem Ziel die Zusammenarbeit von Selbsthilfe und professioneller Versorgung auszubauen, zu stärken und ihre Synergien nutzbar zu machen.

Schlussbemerkung und Ausblick

Selbsthilfe ist ein wichtiges Angebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen. Es besteht Einigkeit darin, dass eine Selbsthilfegruppe keine professionelle Versorgung ersetzt und sie nur bedingt geeignet ist, Wartezeiten auf Therapie- und Behandlungsplätze zu überbrücken. Akutsprechstunden für psychische Erkrankungen, Krisendienste und angeleitete Selbsthilfe etwa im Rahmen evaluierter E-Health-Angebote für spezifische Erkrankungen nach erfolgter ärztlicher Diagnostik sind demgegenüber zu favorisieren. Eine kritische Prüfung der Möglichkeiten und Grenzen von Selbsthilfegruppen ist auch im Sinne des Zusammenhalts innerhalb einer Selbsthilfegruppe sinnvoll, um einer Überforderung der Gruppe entgegenzuwirken.

Selbsthilfe stellt eine gute Ergänzung der professionellen Begleitung gerade im Rahmen lang andauernder Recovery-Prozesse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Zu ihren wichtigsten Funktionen gehören

- Isolation und sozialen Rückzug abbauen, die schwere negative Folgen von psychischen Erkrankungen sind
- Positive Beispiele für Recovery darstellen
- Autonomie der Betroffenen stärken.

Orientiert an den evidenzbasierten Leitlinien und der eigenen Erfahrung unterstützt die DGPPN die Aktivitäten der Selbsthilfe und eine intensive Kooperation mit der professionellen Versorgung als wichtige Grundlage, um den steigenden Hilfebedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in der Zukunft mit einem qualitätsvollen Behandlungsangebot bewältigen zu können.

Literatur

- Angermeyer, Matthias C. / Matschinger, Herbert / Schomerus, Georg: Attitudes towards Psychiatric Treatment and People with Mental Illness: Changes over two Decades. In: British Journal of Psychiatry, 203 (2013), H. 2, S. 146-151
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien (Hrsg.): AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Düsseldorf 2012
- Bandelow, Borwin / Lichte, Thomas / Rudolf, Sebastian u.a.: S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. 2015
- Bloom, David E. / Cafiero, Elizabeth T. / Jané-Llopis, Eva u.a. (Hrsg.): The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases. Geneva 2011
- Borgetto, Bernhard / von dem Knesebeck, Olaf: Patientenselbsthilfe, Nutzerperspektive und Versorgungsforschung. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 52 (2009), H. 1, S. 21-29
- Dammann, Gerhard: Chancen und Probleme des Recovery-Ansatzes aus psychiatrischer Sicht. In: Nervenarzt, 85 (2014), H. 9, S. 1156-1165
- Deutsche Rentenversicherung (DRV) (Hrsg.): Statistik der Deutschen Rentenversicherung. Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin ohne Jahr. Im Internet unter „Forschungsportal der Deutschen Rentenversicherung“ http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_statistik&chmenu=ispwNavEntriesByHierarchy482; Zugriff am 23.2.2016
- DGBS / DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. 2012
- DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin; Heidelberg 2013
- DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Zwangsstörungen. 2015
- DGPPN / BÄK / KBV u.a. (Hrsg.): S3-Leitlinie / Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Berlin; Düsseldorf 2015, 2. Aufl.
- DGPPN / DG Sucht / Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) u.a. (Hrsg.): S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Berlin; Düsseldorf 2015
- Fuß-Wölbert, Kirstin: Unterstützung der Selbsthilfe bei psychischen Erkrankungen. Ergebnisse aus dem World-Café der Klausurtagung der Selbsthilfekontaktstellen im Paritätischen NRW 2013. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2014. Gießen 2014, S. 92-100
- Heindl, Andrea / Rupprecht, Ulrike / Wolfersdorf, Manfred: Selbsthilfegruppen für depressiv Kranke Menschen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2008. Gießen 2008, S. 94-100
- Jacobi, Frank / Bretschneider, Julia / Müllender, Susanne: Veränderungen und Variation der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner, Karin u.a. (Hrsg.): BKK Gesundheitsatlas 2015 – Blickpunkt Psyche. Berlin 2015
- Jacobi, Frank / Hofler, Michael / Strehle, Jens: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Nervenarzt, 85 (2014), H. 1, S. 77-87
- Knieps, Franz / Pfaff, Holger (Hrsg.): Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten – mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. BKK Gesundheitsreport 2014. Berlin 2014
- Koch, Uwe / Trojan, Alf: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 52 (2009), H. 1, S. 1-2
- Krauth, Christian / Stahmeyer, Jona T. / Petersen, Juliana J. u.a.: Resource Utilisation and Costs of Depressive Patients in Germany: Results from the Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial. In: Depression Research and Treatment, (2014), H. S. 1-8
- Matzat, Jürgen: Selbsthilfe trifft Wissenschaft – Zur Patientenbeteiligung an der Entwicklung von Leitlinien. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107 (2013), H. 4-5, S. 314-319
- Matzat, Jürgen: Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfekon-taktstellen. In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. Gießen 2004, S. 153-160

- Moeller, Michael L.: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek 1978
- Moeller, Michael L.: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. . Gießen 2007
- Robert Koch Institut (RKI): DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Berlin 2012. Im Internet unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_node.html; Zugriff am 23.2.2016
- Robert Koch Institut (RKI): Bundes-Gesundheitssurvey 1998. Berlin 1998. Im Internet unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/bgs98/bgs98_node.html; Zugriff am 23.2.2016
- Schäfer, Anke / Meyer, Friedhelm / Matzat, Jürgen / Knickenberg, Rudolf J. / Bleichner, Franz / Merkle, Wolfgang / Reimer, Christian / Franke, Wolfram / Beutel, Manfred E.: Utilization of and Experience with Self-Help Groups among Patients with Mental Disorders in Germany. In: International Journal of Self Help and Self Care 2006-2007, Vol. 4 Nr. 1-2. Baywood Publ. Co. Inc. New York 2008, S. 5-19
- Segal, Steven P. / Silverman, Carol J. / Temkin, Tanya L.: Self-Help and Community Mental Health Agency Outcomes: A Recovery-Focused Randomized Controlled Trial. In: Psychiatric Services, 61 (2010), H. 9, S. 905-910
- Slesina, Wolfgang / Fink, Astrid: Kooperation von Ärzten und Selbsthilfegruppen. Forschungsergebnisse. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 52 (2009), H. 1, S. 30-39

Dr. med. Iris Hauth ist amtierende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Geschäftsführerin und Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie. Auf der Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. 2015 in Berlin hielt sie einen Plenarvortrag zum Thema „Psychische Erkrankungen sind kein Tabu mehr“.

Carlotta Schneller ist Diplom-Psychologin und systemische Therapeutin. Sie arbeitet im wissenschaftlichen Dienst der DGPPN-Geschäftsstelle und ist als klinische Psychologin tätig am Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee.