

Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung als neue Bewegung und Kultur am Beispiel von evidence-based mental health care

Manfred Zaumseil

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 25 (2020), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Die Gesundheitsversorgung befindet sich in einem Transformationsprozess zur Evidenzbasierung, der in den letzten Jahren auch den psychosozialen Bereich erfasst hat. Eingangs werden die Entstehung der evidenzbasierten Medizin (EBM) und die damit einhergehenden Institutionalisierungen auf nationaler und internationaler Ebene skizziert. Durch EBM kam es zu außermedizinischen Eingriffsmöglichkeiten auf die Medizin durch das Recht, die Politik und die Ökonomie. Es gab viel inner- und außermedizinische Kritik an der EBM. Unter anderem wurde diskutiert, welche Art von Wissen EBM erzeugt, und inwieweit dieses Wissen praktisches Handeln und Entscheiden anleiten kann.

Im 2. Teil behandle ich die Probleme, die mit der erst in jüngster Zeit beginnenden Übertragung der evidenzbasierten Versorgung auf den psychosozialen Bereich entstehen. In den USA und besonders unter dem Dach der förderlichen Rahmenbedingungen des britischen Gesundheitssystems kam es zur Entwicklung und zum Ausbau einer evidenzbasierten gemeindepsychiatrischen Versorgung. Hier wurde die EBM-Methodik weiterentwickelt, um komplexere psychosoziale Interventionen zu vergleichen. Dafür wurden vermehrt nicht-medizinische Outcome-Maße einbezogen. In Deutschland gab es eine Polarisierung zwischen der akademischen und Klinikpsychiatrie auf der einen und der vielfältigen außerstationären kommunalen psychosozialen Praxis auf der anderen Seite. Erst in jüngster Zeit kommt es zu einer Annäherung. Dies drückt sich in der weitgehend übereinstimmenden Verabschiedung der neuen Leitlinien für "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (2012 und 2019) durch die relevanten Verbände aus. Es wurden nicht nur die internationalen Ergebnisse und Neuerungen aus der evidenzbasierten

Mental-Health-Versorgungsforschung, sondern auch die Orientierung auf empowerment und recovery aus dem angelsächsischen Raum übernommen. In der Psychotherapie gab es parallel zur Entwicklung in der Psychiatrie eine Auseinandersetzung um die Wissenschaftlichkeit der Verfahren, bei der die Frage der Evidenzbasierung eine große Rolle spielte. Man versuchte, einen Konsens zu erreichen, indem man methodenübergreifend evidenzbasierte Wirkfaktoren therapeutischer Beziehungen herausarbeitete. Evidence-Based Mental Health (EBMH) beansprucht universelle Gültigkeit und ich diskutiere die Problematik des "Exports" von westlich bestimmten Strategien der Diagnose und Therapie in Länder mit anderen kulturellen und religiösen Hintergründen und geringeren Ressourcen für das Gesundheits- und Sozialwesen. Angesichts der begrenzten Aussagefähigkeit von EBMH schlage ich Forschungsansätze vor, die EBMH ergänzen müssen, um das lokal und individuell Besondere und die Wert- und Beziehungsbasis psychosozialen Handelns erfassen zu können.

Abschließend beschreibe ich die Gefahren einer Verengung der Wissenschaftlichkeit auf die evidenzbasierte Logik und weise auf die Notwendigkeit einer breiten sozialwissenschaftlichen Ergänzung hin. Die Transformation in Richtung EBMH stelle ich hier in den größeren Zusammenhang anderer aktueller Entwicklungen im psychosozialen Bereich und diskutiere die entstandenen Widersprüche.

Schlüsselwörter: evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Doppelblindstudien, evidenzbasiertes Entscheidungsmodell, Cochrane Collaboration, Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA), Goldstandard, Evaluationsforschung, Assertive Community Training, Recovery, Leitlinie, evidenzbasierte Psychotherapie

Summary

Evidence-based health care as a new movement and culture using the example of evidence-based mental health care

Health care is undergoing a process of transformation towards evidence-based health care (EBC) which has also affected the psychosocial field in recent years. At the outset, the emergence of evidence-based medicine (EBM) and the associated institutionalizations on a national and international level are outlined. EBM led to the possibility of interventions in medicine through law, politics and economics. There was a lot of internal and external medical criticism of the EBM. Among other things, the type of knowledge that EBM generates and the extent to which this knowledge can guide practical action and decision-making were discussed. In the second part, I deal with the problems that arise with the recent transfer of evidence-based care to the field of mental health. In the United States, and especially under the umbrella of the supportive framework of the British health system, there was the development and expansion of evidence-based community mental health care. Here the EBM methodology was further developed to compare more complex psychosocial interventions. For this, non-medical outcome measures were increasingly included. In Germany there was a polarization between academic and clinical psychiatry on the one hand and the diverse outpatient community psychosocial practice on the other. There has only recently been an approximation. The relevant associations largely agreed on the adoption of the new guidelines for "Psychosocial therapies for severe mental illnesses (2012 and 2019). Not only were the international results and innovations from evidence-based mental health care research taken, but also the orientation towards empowerment and recovery from the Anglo-Saxon region. In psychotherapy, parallel to the development in psychiatry, there was a debate about the scientific nature of the techniques in which the question of being evidence-based played a major role. An attempt was made to reach a consensus by working out cross-method evidence-based principles of change especially in therapeutic relationships. Evidence-Based Mental Health (EBMH) claims universal validity and I am discussing the problem of "exporting" western strategies of diagnosis and therapy to countries with different cultural and religious backgrounds and fewer resources for health and social services. In view of the limited meaningfulness of EBMH, I propose research approaches that EBMH must supplement in order to be able to grasp the local and individual peculiarity and the value and relationship basis of psychosocial action. Finally, I describe the dangers of a narrowing of science to the evidence-based logic and point out the need for a broad social science supplement. I place the transformation towards the EBMH in the larger context of other current developments in the psychosocial field and discuss the contradictions that have arisen.

Key words: evidence-based health care, randomized controlled trials (RCT), evidence-based decision model, Cochrane Collaboration, Joint Federal Committee (GBA), Gold Standard, evaluation research, Assertive Community Training, Recovery, guideline, evidence-based psychotherapy

1 Evidenzbasierte Medizin (EBM) - Entstehung, Folgewirkungen und Kritik

a) Entstehung von EBM als Initiative zur Rationalisierung, Verwissenschaftlichung, Vereinheitlichung und Standardisierung der medizinischen Praxis.

Die evidenzbasierte Medizin (EBM), oder breiter die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (evidence-based care¹: EBC), kann man als Bewegung und als eigene Kultur sehen, die sich im angloamerikanischen Raum der Medizin in den 1980er und 1990er Jahren entwickelt hat (Vogd, 2002; Mykhalovskiy & Weir, 2004;

Timmermans & Kolker, 2004; Lambert, 2006; Broom & Adams, 2012). Begründet und weiterentwickelt wurde der Ansatz der Evidenzbasierung zunächst als "klinische Epidemiologie" fast zeitgleich in England und den USA, stark vorangetrieben von einer Arbeitsgruppe der McMaster University in Kanada (Sackett et al., 1985).

Timmermans & Oh (2010) stellen EBM in den Kontext der Transformation der medizinischen Profession in den letzten Jahrzehnten im angloamerikanischen Raum. Nach den goldenen Zeiten des ärztlichen Berufs nach dem II. Weltkrieg kam es zu einem Vertrauensverlust in die ärztliche Profession, der mit einer wachsenden Selbstorganisation der Patient*innen (Consumerism), einer Kritik am ökonomischen Eigeninteresse der Ärzt*innen und dem wachsenden Einfluss von anderen Interessengruppen (wie Krankenversicherungen, Pharmaindustrie) zusammenhing. Die enorme geographische Unterschiedlichkeit der medizinischen Praxis in Diagnostik und Therapie wurde als Missstand empfunden. Es kam zunächst im Zuge der unterschiedlichen Versionen der diagnostischen und statistischen Manuale zu einer Vereinheitlichung und Standardisierung der Diagnostik (Bowker & Star, 1999²). Durch EBM setzte später auch eine Vereinheitlichung von Therapie ein, als man die epidemiologische Methode von der Erhebung der Verteilung der Krankheiten auf die Erhebung der Verteilung von Behandlungsmethoden ausweitete. Es setzte sich die Überzeugung durch, dass die in den Klassifikationen definierten Krankheitskategorien im Wesentlichen universell gelten und dass die dort aufgelisteten Krankheiten grundsätzlich überall auf dieselbe Weise behandelbar sind.

Mit Hilfe der EBM sollten Kliniker*innen ihre Entscheidungen für die Behandlungsweise von Krankheiten auf die beste verfügbare wissenschaftliche Evidenz stützen, die besonders durch streng kontrollierte Doppelblindstudien (randomized controlled trials - RCT), systematische Literaturüberblicke, statistische Meta-Analysen eine formelle klinische Entscheidungsfindung garantieren würden (Taylor, 2009). Behandlungsentscheidungen sollten nicht mehr auf Traditionen, den Anordnungen, der Intuition und der zugeschriebenen "Erfahrung" von Autoritäten gründen. Stattdessen sollte die idealerweise für jeden Bürger und jede Bürgerin nachprüfbare Belegbarkeit eines Verfahrens durch empirische Untersuchungen zählen. Die hierauf basierenden Empfehlungen sollten in öffentlich zugänglichen Behandlungs-Leitlinien für jede Krankheit niedergelegt werden. Diese Offenlegung schloss als potentielle Demokratisierung ein, dass Patient*innen zumindest theoretisch bei Behandlungsentscheidungen eine evidenzbasierte Wahl nach eigenen Präferenzen und eine mit den Behandler*innen geteilte Entscheidungsfindung über die gewählte Behandlungsoption ermöglicht würde.

Die Erfinder*innen von EBM betonten, dass sie keine strikten Behandlungsvorschriften wollten und dass die Bedingungen des Einzelfalls in Rechnung gestellt werden müssten. Sie versuchten, das ursprüngliche EBM-Modell als evidenzbasiertes Entscheidungsmodell für die klinische Praxis zu konzipieren. Die im Idealfall auf Doppelblindstudien gestützte wissenschaftliche Evidenz soll in diesem Entscheidungsmodell für die Praxis mit dem klinischen Status und mit den Präferenzen des Patienten/der Patientin in Beziehung gesetzt werden. Eine Schlüsselstellung hat dabei die klinische Expertise der Behandler*innen. Diese sollen in der Lage sein, die wissenschaftliche Evidenz kritisch zu beurteilen und sie dann auf die gegebene klinische Situation zu beziehen. Dabei gibt der Behandler bzw. die Behandlerin dem Patienten bzw. der Patientin alle notwendigen Informationen, um ihr/ihm eine auf deren/dessen Präferenzen beruhende rationale Wahl über Behandlungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Diese soll in die Behandlungsempfehlung von Expert*innen einfließen (Haynes et al., 2002). Insofern bleibt die Partizipation der Patient*innen von Expert*innen gesteuert. Das Modell wurde 2008 erweitert, indem auch die in der Praxis verfügbaren Ressourcen bei der Entscheidung berücksichtigt werden sollen (Guyatt et al., 2008a; Charles et al., 2011). Charles et al. (2011) zeigen, dass das rational anmutende Entscheidungsmodell seinen Zweck nicht erfüllt. Nach ihrer Einschätzung beruhe es mehr auf Glauben als auf Evidenz. Sie kritisieren, dass die oben genannten Komponenten des Modells nicht klar definiert seien. Außerdem seien die theoretischen Grundlagen des Entscheidungsmodells nicht begründet. Auch die vorgenommenen Modifikationen in den inzwischen vorliegenden vier Versionen des Entscheidungsmodells seien nicht nachvollziehbar untermauert.

Der EBM-Logik liegt die Vorstellung zu Grunde, dass Diagnostik und Behandlung standardisierbar und vergleichbar sind. Timmermans & Kolker (2004) beobachten Verlagerungen der medizinischen Wissensbasis von Krankheitsmechanismen (Pathophysiologie) zur Epidemiologie und vom Partikularen zum Universellen. Broom & Adams (2012) betonen den besonderen Beitrag der Wissenstechnologien zur Ausbreitung von EBM. Es kam zu einer enormen Expansion eines bestimmten Typs medizinischen Wissens (klinische Studien), die kein*e Kliniker*in selbst im eigenen Spezialbereich mehr überschauen kann. Die EBM nutzte ausgiebig neue Möglichkeiten der Wissenserfassung, globaler Verknüpfung, der Synthese und der Verbreitung von Wissen. Es entstanden neue Wissenspraxen, die neue Formen der Standardisierung, Formalisierung, Institutionalisierung und Zentralisierung ermöglichen.

International hat sich die Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) die Produktion von systematischen Überblicken über die vorliegende Evidenz der Wirksamkeit von Interventionsformen bei beliebigen Gesundheitsproblemen zur Aufgabe gemacht. Hier werden Studien entlang einer vierstufigen Qualitätseinschätzung geprüft, wobei randomisierte Untersuchungen die höchste Evidenz-Stufe haben. Ein online verfügbares Handbuch steht als Anleitung für ein standardisiertes Vorgehen zur Durchführung von Studien zur Verfügung (Higgins & Green, 2011). In letzter Zeit ist allerdings die Cochrane Collaboration in eine Krise geraten (Iohannides, 2019), da Hinweise auf Einflussnahmen der Industrie bekannt geworden sind.

Jeweils national und z. T. berufspolitisch wurde und wird das gebündelte Wissen durch die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien durch Arbeitsgemeinschaften der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder unabhängiger nationaler Institute verankert, für Großbritannien z. B das National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

b) Außermedizinische Wechselwirkungen mit EBM

Vogd (2002) zeigt, wie durch die Fixierung der EBM-Leitlinien dem Recht und in deren Folge der Politik und der Ökonomie weitreichender Einfluss auf das Medizinsystem eröffnet wurde. Durch die Entwicklung von EBM hatten auch andere Funktionssysteme Zugriff auf fachlich autorisierte Inhalte der Medizin. Von der Seite des Rechts konnte nun eine Begründung verlangt werden, wenn die/der Kliniker*in vom Leitlinien-Standard abwich. Umgekehrt machte die Befolgung der Leitlinie immun gegen Haftungsfolgen. Gesetzlich eingesetzte Gremien konnten nun Behandlungsverfahren, denen in den Leitlinien geringe Evidenzstufen zugewiesen werden, aus der solidarisch finanzierten Krankenversicherung ausschließen bzw. hoch bewertete Verfahren einschließen. Diese schwierige und delikate Aufgabe wurde in Deutschland an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nach § 91 SozialGesetzBuch V delegiert. Die Entscheidungen werden von den fünf Vertreter*innen des Krankenkassen-Spitzenverbandes auf der Seite der Kostenträger und den fünf Vertreter*innen auf der Seite der Leistungserbringer aus Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung zusammen mit drei "Unparteiischen" getroffen, von denen einer/eine den Vorsitz des Ausschusses übernimmt. Jeweils bis zu fünf allgemein zuständige Patientenvertreter*innen sowie fünf themenbezogene Patientenvertreter*innen nehmen an Plenums- und Ausschusssitzungen beratend teil, haben aber kein Stimmrecht. Die demokratische Legitimation dieses Gremiums ist rechtlich umstritten (Zimmermann, 2012).

Der GBA weist "Evidenzgrade" nach einem Prüfphasen-Modell zu, welche die Basis für die Zulassung von Behandlungsmethoden in der medizinischen sowie psychotherapeutischen Versorgung darstellen. Der höchste Evidenzgrad wird den Ergebnissen von Doppelblindstudien zugesprochen. Das Gesundheitsministerium und der gemeinsame Ausschuss beauftragen das "Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" als Kontrollinstanz. Die Beschlussfassung kommt in der abschließenden Gesamtabwägung des G-BA zustande. Hierbei werden nicht nur medizinische und rechtliche, sondern auch ökonomische, soziale und gesellschaftliche Aspekte berücksichtigt (Zimmermann, 2012). Die moderierten Auseinandersetzungen zwischen den Kostenträgern und den Leistungsanbietern werden somit mit den

Belegen und Argumenten der Evidenzbasierung ausgefochten.

Die Politik versucht, die Entscheidung über die Verteilung der Mittel der Wissenschaft zu übertragen und sie "evidenzbasiert" zu lösen. Zum Beispiel hatte der Gemeinsame Bundesausschuss 2019 die nach PsychVVG gesetzlich zugeteilte Aufgabe zu lösen, die Personalausstattung in den psychiatrischen Kliniken "evidenzbasiert" festzusetzen. Es fanden sich keine evidenzbasierten Studien dazu, und so verfügte der Ausschuss eine von vielen Fachverbänden als restriktiv eingeschätzte Regelung auf der Basis von schon 27 Jahre geltenden Mindeststandards. Die einzig verfügbare Evidenz - so der GBA - bestünde in der Bewährung des bisher praktizierten Verfahrens (GBA, 2019; Deister, 2019).

c) EBM-Kritik aus der klinischen Praxis und der Wissenschaft

EBM war zunächst eine innermedizinische Entwicklung. Der Berufsstand verteidigte sich gegen Angriffe von außen, unwissenschaftlich, selbstherrlich und nur zum eigenen Vorteil zu agieren, und führte EBM als eine aufgeklärte und auf rationale Begründungen verweisende Art und Weise ein, medizinisches Handeln besser abzusichern. Behandlungsverfahren, die sich an großen Kollektiven als wirksam erwiesen haben, sollten daran anschließend allgemein zur Verfügung stehen. Und ebenso sollten unwirksame und schädliche Behandlungen nicht mehr zur Anwendung kommen. Der Nutzen von randomisierten multizentrischen Therapiestudien steht grundsätzlich außer Frage, und genauso wenig lässt sich grundsätzlich gegen eine intelligente Wissensorganisation und gegen Qualitätssicherungsmaßnahmen einwenden.

EBM-Kritik wurde zunächst innerhalb der Medizin vorgebracht. Durch EBM kam es zu einer Annäherung von klinischem Handeln und einer Public-Health-Perspektive, die ebenfalls die Gesundheit von Kollektiven in den Blick nimmt. Traditionell ist aber die ärztliche Ethik am Wohlergehen des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin und nicht an der kollektiven Gesundheit oder dem gesamtgesellschaftlichen Nutzen orientiert. Die ärztliche Autonomie gründet darin, nicht an Standards gebunden zu sein. Daher wird EBM von vielen Ärzt*innen als Bedrohung der ärztlichen Autonomie wahrgenommen. Es gibt zwar einen Gewinn an wissenschaftlicher Reputation, wenn man sich auf EBM beruft, aber der ärztliche Stand beklagt auch, dass er gegenüber den Teilsystemen Recht, Administration, Ökonomie und Politik an Einfluss verloren hat.

EBM schafft Vergleichbarkeit mithilfe numerischer Differenzen. Die vergleichende Quantifizierung gilt als eine besonders wirksame Form, um Akzeptanz herzustellen (Heintz, 2010). EBM lässt sich als ein Beispiel einer institutionalisierten Vergleichskommunikation verstehen. Die (fach-)öffentlich kommunizierten und zugänglichen Vergleiche mit zahlenmäßig ausgedrückten und statistisch untermauerten Zuweisungen von Evidenzgraden schaffen eine numerische Differenz und sind anschluss- und globalisierungsfähiger als rein sprachliche Mitteilungen, wie z. B. qualitative Untersuchungsergebnisse (Heintz, 2010, S. 163).

Vergleiche stellen zwischen Einheiten und Ereignissen Beziehungen her. Vorausgesetzt wird die Annahme, dass die verglichenen Einheiten in einer grundlegenden Hinsicht (z. B. Menschen mit der Diagnose Schizophrenie) gleich sind. Bei einer so konstituierten Gruppe wird ein Vergleichskriterium ausgewählt, das einen quantifizierbaren Unterschied machen soll (z. B. die Ansprechbarkeit auf das Medikament A im Vergleich zum Medikament B). Würde die Diagnose Schizophrenie keine Gleichheit stiften, dann wäre der Vergleich inkommensurabel und würde keinen Sinn machen. "Im Einzelnen sind quantitative Vergleiche das Produkt einer Vielzahl von Entscheidungen und Bearbeitungsschritten, von denen jeder einzelne mit erheblichen Standardisierungsleistungen verbunden ist" (Heintz, ebd., S. 169). Es müssen daher Vergleichskriterien, Indikatoren und Erhebungsverfahren bestimmt werden.

Die EBM-Logik zielt auf die methodisch möglichst gut abgesicherte Schätzung der Wirkungen (outcome) von einer oder mehreren Ursachen ab ("effects of causes approach") (Mahoney & Goertz, 2006). Im kontrollierten

Experiment, z. B. einer vergleichenden Therapiestudie, können dann Wirkungsvergleiche beliebiger Maßnahmen oder Eingriffe angestellt werden. Sie müssen nicht erklärt oder verstanden werden, sondern spielen nur als angenommene Ursachen von Wirkungen eine Rolle. Besonders aussagefähig sind nach der EBM-Logik solche Vergleiche, bei denen die Behandler*innen und die Behandelten "blind" handeln - also nichts über eventuelle Wirkungen des Eingriffs wissen, damit nicht eventuelle Erwartungen diese Wirkungen verzerren. Es geht nicht darum, auf welche Weise eine Wirkung zustande kommt, sondern nur um den statistischen Zusammenhang mit der angenommenen Ursache. EBM ist insofern theorielos. Auch wenn Untersucher*innen die theoretischen Grundlagen z. B. der Homöopathie für haltlos erachten, müssten sie nach der EBM-Logik bei einer nachweisbaren Korrelation eines homöopathischen Verfahrens mit positiven Outcome-Indikatoren eine Verwendung nahelegen.

Thompson (2010) nennt den Anspruch, dass die Medizin auf dieser Art von Evidenz "basieren" kann, einen Slogan. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin und deren Evidenz lägen nur zum geringsten Teil in der rückwärtigen Berechnung und Interpretation der Wahrscheinlichkeit, mit der Effekte auf Interventionen folgen. Die Theorien aus der Biologie oder auch der Psychologie, die Interventionen vorausschauend begründen können, basieren auf einer anderen Art von Forschungslogik als die evidenzbasierte Medizin. Insofern sei "evidenzbasierte Medizin" eine irreführende Bezeichnung. Klinisches Handeln in der Medizin würde nicht auf der "Goldstandard"-Evidenz von Doppelblindstudien basieren bzw. beruhen, sondern auf theoretisch begründete Annahmen, so Thompson.

Besonders problematisch ist die beim klinischen Handeln notwendige Übertragung statistisch ermittelter Gruppenergebnisse auf den einzelnen Fall. Ob eine Intervention für eine Person vorteilhaft ist oder nicht, ist aus dem Gruppenergebnis nicht eindeutig abzuleiten. Diese Ableitung wird jedoch von denen, die von den Standards für die jeweilige Gruppe ausgehen, gefordert. Praktiker*innen stehen unter dem Druck der Leitlinienbefolgung. Die Durchsetzung von Standards für Gruppen ist sinnvoll, wenn man von der Gesamt-Gruppe aus denkt. Die Nicht-Befolgung der idealerweise an Studien mit hoher Evidenz orientierten Leitlinien werden z. B. bei den Disease-Management Programmen (in die auch die Depressionsbehandlung aufgenommen werden soll) mit Honorarminderung sanktioniert (pay for performance). Hinzu kommt, dass zum Nachweis der Wirkung eines Verfahrens oft Personen ausgeschlossen werden, bei denen man keinen Wirkungsnachweis erwartet (z. B. solche mit Multimorbidität). Solche Personen sind aber gerade in der Praxis häufiger anzutreffen als in den Stichproben der Studien. Praktiker*innen stehen also vor dem Problem, bei ihren eigenen Empfehlungen andere Wissens- und Erfahrungsquellen heranzuziehen als das ebenfalls unverzichtbare Wissen aus den Studien und Metaanalysen (Abholz, 2010).

Faktisch besteht eine große Kluft zwischen den normativen Modellen der EBM-Entscheidungsfindung und der tatsächlichen Praxis. Im EBM-Modell sollen sich die wissenschaftliche Informiertheit und klinische Kompetenz der Behandlerin bzw. des Behandlers mit der Rationalität einer informierten Patientin bzw. eines informierten Patienten verbinden. Dieses EBM-Entscheidungsmodell funktioniert nur selten. Die inzwischen in Deutschland auch gesetzlich verankerte Konzeption von Patient*innen als mündige Bürger*innen ist in der Praxis bisher eher ein Mythos geblieben (Schmacke, 2010, 2012; Stollberg, 2008). Die von der Bundesregierung geförderte Wandlung der Patient*innen zu Partner*innen und ein damit einhergehender Wandel des Ärzt*in-Patient*in-Verhältnisses im Sinne von shared decision making findet kaum statt (vgl. Caspari, 2007). Da die Behandler*innen angehalten sind, den Leitlinien zu folgen, sind sie festgelegt, und dies behindert eine partizipative Einbeziehung der Patient*innen.

In der Praxis der organisierten Krankenbehandlung ist die Handlungsautonomie der Akteure außerdem stark von der wachsenden Bedeutung der ökonomisch-administrativen Rationalität eingeschränkt (Vogd, 2004, 2011). Die Regeln der Leistungserbringung, die Strukturen der Institutionen (wie Krankenhaus, Praxis etc.) bestimmen das praktische Handeln. Dies ist Gegenstand soziologischer (z. B. Vogd, 2011) und kulturwissenschaftlicher Praxisforschung (Beck³, 2012, Klausner, 2015). Diese sozialwissenschaftlichen Ansätze stellen evidenzbasierte Gesundheitsversorgung in einen größeren Rahmen. Damit werden das soziale

Geschehen und das Handeln der beteiligten Akteure aus ihrer eigenen Perspektive und aus größeren Sinnzusammenhängen heraus theoretisch nachvollziehbar. Es ist somit nicht überraschend, dass es vielfältige Gründe dafür gibt, dass Kliniker*innen den Leitlinien ihrer eigenen Fachgesellschaften nicht folgen (Green et al., 2009, Timmermans & Oh, 2010).

2 Evidence-based Mental Health Care - Evidenzbasierte Psychosoziale Versorgung

a) Erste Übertragungsphase und Probleme

EBM entstand zunächst in der medizinischen Profession und strahlte dann als Evidence-based Health Care (EBC) schnell auf andere in diesem Bereich angesiedelte Berufe (wie z. B. Psychologie, Sozialarbeit und Krankenpflege) aus. Die Bewegung der EBM, und der Evidence based Care (EBC), greift seit den 2000er Jahren auch vermehrt als Evidence-based Mental Health (EBMH) (Gaebel et al., 2012) und Evidence-based Psychotherapy (APA, 2006; Krampen et al., 2008) auf den psychosozialen Sektor über.

Der wachsende Einfluss der EBM-Logik auf den psychosozialen Bereich führt zu dessen allmählicher Transformation. Bestimmte Behandlungs- und Versorgungstechnologien werden privilegiert und andere zunehmend ausgeschlossen - je nachdem, wie weit sie den Goldstandard des Evidenznachweises erreichen (Slade & Priebe, 2001). Die Autoren machen darauf aufmerksam, dass die Grundannahmen des EBM-Vorhersagemodells im psychosozialen Bereich nicht einzuhalten sind. Bei der EBM-Vergleichslogik geht es immer um die Gruppierung von Personen bzw. Fällen oder komplexeren psychosozialen Interventionen nach einem Kriterium, das alle gemeinsam haben. Häufig wird die Diagnose verwandt, wobei unterstellt wird, dass Gruppenkriterien ausreichen, um eine Behandlungsentscheidung zu begründen. Kliniker*innen werden auf diese Weise angehalten, Behandlungsentscheidungen entsprechend der Diagnose zu treffen und nicht auf Grund von Merkmalen oder der Geschichte der individuellen Person und auch nicht auf Grund von Kontextbedingungen, da hierfür keine "Evidenz" vorliegt. Sollten jedoch Personen mit derselben Diagnose oder zu vergleichender Versorgungsarrangements grundsätzlich verschieden voneinander sein, dann bräuchte man andere, auf der individuellen Ebene ansetzende, Forschungsdesigns. Auch dürfte die Gruppe, an der ein Untersuchungs-Ergebnis gewonnen wurde, sich nicht in wesentlichen Merkmalen von dem Kollektiv unterscheiden, auf die man die Ergebnisse übertragen will. Naturwissenschaftliche Methoden sind auf die psychische Gesundheit nicht so anzuwenden wie auf die körperliche Gesundheit. Es gibt weder "objektive" Maße (wie Blutdruck oder Laborwerte) für die Zustände, die man verändern will, noch exakt definierte Prozeduren bei psychologischen oder sozialen Interventionen (Slade & Priebe, 2001). Nur die auf medizinischer Grundlage angewandten Maßnahmen wie medikamentöse und elektrokonvulsive Behandlung sind exakt definierbar. Um Vergleichbarkeit bei psychosozialen Interventionen herzustellen, müssen diese standardisiert und z. B. in schrittweise aufgebaute Manuale transformiert werden. Hierdurch verlieren die Interventionen die Möglichkeit, auf die besonderen Bedingungen des Einzelfalls einzugehen. Das Bemühen um Standardisierung verändert die Behandlung. Noch schwieriger wird die Situation, wenn komplexe Versorgungsangebote auf der Grundlage von Evidenzentscheidungen empfohlen werden sollen. Bei komplexen Paketen von Versorgungselementen oder ganzen Versorgungssystemen ist die Vergleichbarkeit praktisch unmöglich (Slade & Priebe, 2001). Die Autoren weisen darauf hin, dass die Favorisierung der Goldstandards dazu geführt hat, dass viele Interventionen aus den Empfehlungen mit hohen Evidenzgraden herausfallen und vor allem die Verordnung von Medikamenten übrigbleibt.

Der Import der EBM in den Mental Health Bereich führt zu verzerrten Empfehlungen: einer Überzeichnung der Bedeutung der medikamentösen Therapie und einer Unterbewertung psychosozialer Interventionen. Dieses sei ein grundsätzliches Problem und würde auch nicht dadurch verbessert, dass man noch größere und methodisch strengere und ausgefeiltere Doppelblindstudien durchführt. Es sei nur dadurch zu überwinden,

dass Mental Health sowohl naturwissenschaftliche als auch sozialwissenschaftliche Grundlagen und Methoden umfasst (Priebe, 2016). Dementsprechend macht es Sinn, vor allem bei der Bewertung komplexer Interventionen sozialwissenschaftliche Methoden anzuwenden, wie z.B. in der Evaluationsforschung. Bei dieser handelt es sich um "die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzepts, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme" (Bortz & Döring, 2006, S. 96). Flick (2006) verweist dabei auf die Verwendung eines offenen methodischen Spektrums und die Möglichkeit der Triangulation verschiedener qualitativer und quantitativer Methoden. Die Anwendung wissenschaftlicher Methoden ist keine Frage der Überlegenheit der einen oder anderen Methode. Die jeweils verwandte Methode muss der Fragestellung und dem Forschungsgegenstand angemessen sein.

Die durch die EBM etablierte Autorität und Unwiderlegbarkeit evidenzgeführter Nachweise mit Verankerung in den Leitlinien der Fachgesellschaften verführt zu von Interessen geleiteten Manipulationen. Es kam vor allem im Bereich der medikamentösen Behandlung zu gravierenden Fälschungen mit einem Ansehensverlust der Psychiatrie als Wissenschaft (Whitaker, 2015). Sowohl bei den gegen Depression eingesetzten Medikamenten als auch bei den Neuroleptika kam es durch massive Einflussnahme der Pharmaindustrie zur Täuschung der Fachwelt und Öffentlichkeit über die Wirksamkeit und die kurz- und langfristigen negativen Folgen der Medikamenteneinnahme. Weinmann (2019) hat vor kurzem diese Täuschungen, die mit folgenschweren Selbsttäuschungen seines Fachgebiets Psychiatrie interagierten, eindrucksvoll dargestellt. Ausgewiesen durch seine Publikationen zur evidenzbasierten Psychiatrie (Weinmann, 2007, 2008, 2009) zeigt und belegt er die Kunstgriffe zur Manipulation von Metaanalysen und kontrollierten Studien (wie Unterdrückung von ganzen Studien oder Ergebnissen, die unerwünscht sind, Herunterspielen von Nebenwirkungen (wie Suizidrisikoerhöhung bei SSRI Behandlung), Fehlinterpretation von Absetzpsychosen, Ausblendung von Langzeiteffekten usw.) und macht deutlich, zu welchen Verzerrungen und Selbsttäuschungen eine einseitig biomedizinische Ausrichtung des Faches und die mangelnde Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Fundierung und der Betroffenenperspektive führen.

b) Evidenzbasierte Gemeindepsychiatrie im angelsächsischen Raum

Burns (2014) sieht aus britischer Perspektive schon seit den 80er Jahren in den englisch-sprachigen Ländern eine Transformation von einer lokal experimentierenden Gemeindepsychiatrie zur "gegenwärtigen Ära der evidence-based mental health care" (S. 337). Diese habe zur Entwicklung vieler ambulanter psychosozialer Dienste geführt und das Leben von vielen psychisch Kranken verbessert. Als Startpunkt dieser Entwicklung des Mental Health Sektors und der darin praktizierten evidenzbasierten Forschung sieht er die RCT-Studie von Stein & Test (1980) über das Assertive Community Training (ACT), das ursprünglich "Training in Community Living" genannt wurde. Burns (2010) hat exemplarisch die Bedeutung von ACT rekonstruiert: In den 80er Jahren galt der wissenschaftliche Nachweis als erbracht, dass man psychisch Kranke mit einem exakt definierten Programm als Bürger*in in die Gemeinde integrieren könne und dass gleichzeitig Kosten dadurch zu sparen wären, da die ACT-Behandlung die Ausgaben für die stationären Behandlungen wesentlich reduzierte. Das Programm wurde in den USA zur Standardvoraussetzung für Bundesförderung, und es wurde umfangreich in Australien eingeführt. Nach zwei Metaanalysen durch die Cochrane Collaboration hat die englische Regierung die Gründung von 300 ACT Teams eingeleitet. Es wurden verschiedene Instrumente entwickelt, mit denen man die Übereinstimmung mit dem Originalvorgehen bei Stein & Test messen konnte. Und es wurden vielfältige Trainingsmanuale produziert, um das Verfahren zu standardisieren. Zahlreiche Replikationen der Originalstudie wurden versucht. Anders als bei den amerikanischen ergaben die englischen Studien, dass die Krankenhausaufenthalte nicht reduziert wurden, so dass der Kostenvorteil verschwand. Es wurden viele Grundbestandteile von ACT variiert, um zu anderen Ergebnissen zu kommen. Man fand dabei heraus, dass ein multiprofessionelles Team nicht nur 10, sondern auch 35 Patient*innen betreuen konnte, ohne dass die Rehospitalisierungsrate beeinflusst wurde, und es gab keinen Unterschied hinsichtlich der

Rehospitalisierung zu den gewöhnlichen in England arbeitenden "Community Mental Health Teams". Trotzdem zieht Burns (2010) eine positive Bilanz: Es habe durch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ACT eine beträchtliche Vermehrung und Weiterentwicklung der evidenzbasierten Mental-Health-Forschung gegeben und zusätzlich eine große Akzeptanz und Verbreitung von aktiv aufsuchender multidisziplinärer Arbeit. Die methodischen Bedenken, die zu Beginn der 2000er Jahren formuliert wurden, wichen allmählich einer weitgehenden Akzeptanz der Anwendbarkeit evidenzbasierter Forschung, auch zum Nachweis der Wirksamkeit komplexer gemeindepsychiatrischer Interventionen. Anthony et al. (2003) geben einen Überblick über die Situation in den USA. Auch in der Ära der neuen Recovery-Orientierung sehen sie keine Alternative dazu, alles zu versuchen, um im Feld der Versorgungsforschung möglichst unumstößliche Evidenznachweise zu erbringen. Die Planung von Versorgungssystemen solle nicht länger Theorien und Meinungen folgen, sondern evidenzbasierter Praxisforschung. Dabei sollten die Outcome-Maße nicht mehr vorrangig an den klassischen medizinischen Kriterien orientiert sein, sondern an bedeutungsvollen gesellschaftlichen Rollen, Selbstbestimmung, Wohlergehen und Lebensqualität. Hierbei seien qualitative Forschungsmethoden wichtig zur Definition des Recovery-Prozesses und zur Verbesserung der psychometrischen Eigenschaften von Recovery-Maßen. Bei komplexen Programmen müssten die eigentlich wirksamen Komponenten herausgearbeitet werden, und in der psychosozialen Praxis müssten vielversprechende noch nicht evidenzbasierte Praxisansätze gesammelt und überprüft werden.

c) Deutsche Entwicklung der evidenzbasierten Gemeindepsychiatrie

In Deutschland gab es in der Folge der Psychiatrie-Enquete eine unvollständige Psychiatriereform, die zur Herausbildung unterschiedlicher psychosozialer Kulturen führte. Überspitzt kann man von einer medizinisch/biologisch orientierten Universitäts- und Klinikpsychiatrie reden. Hier kam es zu einer Humanisierung und Modernisierung der medizinisch verstandenen Krankenbehandlung. Dieser Bereich wurde zunächst durch die wachsende Bewegung der evidenzbasierten Medizin/Psychiatrie ergänzt bzw. transformiert. Dabei blieb das Modell der Evidenzbasierung im Rahmen der medizinischen Logik. Die Behandlungen erfolgten Diagnose-spezifisch vorwiegend medikamentös und es wurden psychoedukative Verfahren zur Herstellung von Compliance hinsichtlich der Einnahme von Medikamenten eingesetzt. Es war die Zeit der Überschätzung eines einseitigen vermeintlich evidenzbasierten biomedizinischen Managements der psychischen Störungen, die Weinmann (2019) pointiert als fortbestehende Orientierung portraitiert.

Hiervon teilweise abgekoppelt entstand die gemeindeorientierte psychosoziale Versorgung, die von anderen Werten und einer engagierten sozialen Bewegung getragen war. Sie hatte sich eher eine kommunale Lebensweltorientierung auf die Fahnen geschrieben und brachte eine große Vielfalt von Praxisprojekten hervor. Oft erfolgte dies im Kampf gegen die festgefügt (oft "versäult" genannten) sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Sie hat ihre Identität auch in der Gegenüberstellung und Abgrenzung von der modernisierten eher biologisch und medizinisch denkenden Klinikpsychiatrie gewonnen. Die Polarisierung ist eine historische Besonderheit gegenseitiger Abgrenzung.

In Deutschland kommt es erst in jüngster Zeit zu einer Annäherung (s. u.). Hier wurden die aus den USA und England stammenden Strategien evidenzbasierter gemeindepsychiatrischer Versorgung erst später propagiert und erprobt. Die hiesigen Strukturen - vor allem die ambulante Versorgung durch niedergelassene Psychiater und psychologische Psychotherapeuten und die Fragmentierung unseres Versorgungs- und Finanzierungssystems - standen einer Einführung entgegen. Weinmann & Gaebel (2005) sahen in ihrer Übersicht der wissenschaftlich nachgewiesenen Evidenz gemeindepsychiatrischer teambasierter Versorgungsansätze angelsächsischer Herkunft eine Chance zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie in Deutschland. Eine breitere Empfehlung in diesem Sinne erfolgte erst durch die S3 - Leitlinie der psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen

Störungen" (Falkai, 2012). Zusammen mit den Empfehlungen der inzwischen auf knapp 500 Seiten angewachsenen 2. Auflage (DGPPN, 2019) stellt sie eine bemerkenswerte Neuerung dar. Man hat im Gegensatz zu anderen Leitlinien die Orientierung auf eine Diagnose verlassen und die breitere Kategorie der "schwer psychisch Kranken" verwendet. Insgesamt werden mit dieser Leitlinie die internationalen Ergebnisse und Neuerungen aus der evidenzbasierten Mental-Health-Versorgungsforschung im angloamerikanischen Sprachbereich aufgearbeitet und weitgehend übernommen. In der Leitlinie erfolgt eine 6-stufige Evidenzgraduierung mit RCT-Studien und entsprechenden Metaanalysen an der Spitze, gefolgt von kleineren randomisierten Studien, im weiteren die Evidenz aus einer guten nicht randomisierten Studie sowie die Evidenz aus einer quasi-experimentellen Studie, schließlich kommen nicht experimentelle deskriptive Studien und am Schluss Expertenmeinungen. In einem umfangreichen Abstimmungsprozess wurden eine große Anzahl von Verbänden/Organisationen und Betroffenenvertreter*innen in die Verabschiedung der Empfehlungen im Sinne eines Konsensverfahrens einbezogen. Dafür wurde ein Gradingverfahren verwandt (Guyatt et al., 2008b), das Interventionen/Strategien danach unterteilt, ob sie angewandt werden *sollen*, angewandt werden *sollten* oder angewandt werden *können*. Außerdem wurden Empfehlungen auf Grund von klinischem Konsens ausgesprochen, die einer breiten Wertepräferenz in unserer Gesellschaft entsprechen. Das Gradingverfahren soll den Weg von der ermittelten Evidenz zur Empfehlung strukturieren. Dabei besteht die Möglichkeit, im Konsensverfahren den in die Empfehlung eingehenden Evidenzgrad herabzustufen. Eine Herabstufung erfolgt, wenn in den Studien wenig patientenrelevante Ergebnismaße verwendet wurden, wenn ein hohes Nebenwirkungsrisiko besteht oder wenn die Interventionen zwar wirksam sind, aber nicht mit den Werten/Präferenzen der Betroffenen übereinstimmen. Außerdem erfolgt eine Herabstufung bei ungünstigem Kosten-Nutzenverhältnis und wenn Studien aus anderen Gesundheitssystemen nicht in das deutsche übertragbar sind.

Die Ergebnismaße zeigen - oft wegen der in den verfügbaren Studien verwandten Maße - noch immer eine stark medizinische Ausrichtung im Sinne von krankheitsassoziierten Merkmalen (Symptomreduktion etc.) und behandlungsassoziierten Eigenschaften (Wiedereinweisungsraten etc.). Aber es kommen Maße der sozialen Inklusion und des subjektiven Erlebens (Zufriedenheit, Selbstbewusstsein) hinzu. Als Grundlagen psychosozialen Handelns werden mit starkem Konsens Selbstbefähigung und Empowerment und seit 2019 die Unterstützung des individuellen Recovery-Prozesses an den Anfang der Empfehlungen gesetzt. Diese Ziele *sollten in der Leitlinie* "neben gezielten evidenzbasierten Interventionen" (S. 36) verfolgt werden. Peer-Support hatte z. B. die Evidenzebene 1b und den Empfehlungsgrad B. Das heißt, es *sollte* angeboten werden, aber die Evidenzlage war für ein Regelangebot nicht ausreichend.

Methodenkritisch wird konzediert, dass sich einzelne umschriebene Interventionen leichter mittels kontrollierter Studien untersuchen lassen als komplexe Versorgungsmodelle oder gar so etwas wie die Haltung der Recovery-Orientierung. Der klassische RCT-Ansatz sei aber inzwischen so entwickelt, dass sich damit nicht nur psychosoziale Einzelinterventionen, sondern auch komplexe Systeminterventionen gut untersuchen lassen. Dies sei z. B. durch die Anwendung von clusterrandomisierten Designs möglich. Im Kapitel über "Desiderate für die Forschung" (DGPPN, 2019, S. 437ff) wird festgestellt, dass bei der Untersuchung von Grundlagen psychosozialer Interventionen wie Empowerment oder Recovery-Prozessen auf qualitative Forschungsmethoden nicht zu verzichten sei. Sie stünden je nach Fragestellung in einem Ergänzungsverhältnis zu quantitativen Verfahren. Außerdem sei es zur Erhöhung der Patientenrelevanz von Studien wünschenswert, im Sinne partizipativer und kollaborativer Forschungsansätze, Betroffene in das Design und die Durchführung einzubeziehen. Die Leitlinien wurden in einem aufwendigen Konsensverfahren zwischen allen relevanten Fachverbänden erarbeitet. Allerdings stimmten die Vertreter*innen der Psychiatriebetroffenen gegen die Leitlinien.

d) Evidenzbasierte Psychotherapie

Als besondere Kultur mit eigener Dynamik kann man die Psychotherapieszenen in der psychiatrischen/psychosozialen Behandlung abgrenzen, die in Deutschland mit dem Psychotherapeutengesetz einen speziellen Weg der Professionalisierung einschlugen. Es entstanden Teilkulturen entsprechend den jeweiligen Therapieverfahren. Die niedergelassenen Psychotherapeuten zogen sich weitgehend aus der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Erkrankungen zurück, die dem Kernbereich der Psychiatrie zugerechnet werden.

Im Bereich der Psychotherapie und psychologischen Interventionen wurde der aus der pharmakologischen Forschung stammende Standard eines 4-Phasen-Prüfmodells eingeführt und inzwischen erweitert (Krampen et al., 2008). Derart empirisch fundierte Psychotherapie wurde die Basis von Therapie-Ressourcen, Behandlungs-Leitlinien und -Manualen sowie Patientenratgebern.

Bei der Psychotherapie kam es zu heftigen Kontroversen über die wissenschaftliche Fundierung (Norcross & Lambert, 2011; Wampold & Zac, 2015). Auf der einen Seite wurde die Behandlungsmethode und deren Evaluation nach dem EBM-Modell propagiert und auf der anderen Seite wurde die Bedeutung der therapeutischen Beziehung, Therapieprozessforschung und eine kontextuelle Betrachtungsweise herausgestellt. Es gab große Anstrengungen, die Vielfalt therapeutischer Ansätze zu integrieren und Wissenschaft und Praxis zu versöhnen (Goldfried, 2010). Man versuchte, statt der Orientierung an Therapieschulen, übergreifende Änderungs-Prinzipien herauszuarbeiten (Grawe, 2005; Castonguay & Beutler, 2006) und den Anspruch empirischer Validierung auf diese Prinzipien (oder "Wirkfaktoren" vgl. Grawe, 2005) zu richten, statt relativ standardisierte und manualisierte Therapiepakete nach der EBM-Logik zu untersuchen. Die Qualität der therapeutischen Beziehung, die sich als zentraler Wirkfaktor herausgestellt hatte, wurde von der American Psychological Association (APA) in evidenzbasierte Elemente zerlegt (Norcross & Lambert, 2011; Norcross & Wampold, 2011). Inzwischen gibt es die dritte Task Force on "Evidence-Based Relationships and Responsiveness" (Norcross et al., 2018). Es gibt viele Bemühungen der APA, die Polarisierung zwischen Wissenschaftlern und Praktikern durch neue Kooperationsformen abzubauen (Goldfried, 2010).

Das aus pharmakologischer Forschung stammende EBM-Prüfmodell mit seiner Privilegierung der RCTs wurde zwar erweitert (Krampen et al., 2008), aber nicht im Grundsatz geändert. Die Evidenzbasierung schuf eine neue Quelle und Begründung der Exklusivität beruflichen Handelns, welche die Dynamik der im Gesundheitswesen angesiedelten Berufe erfasste und die auch zu einer Binnendifferenzierung innerhalb einzelner Berufe führte. Besonders kompliziert sind die Verhältnisse im psychosozialen Bereich, in dem teilweise erbitterte Auseinandersetzungen über die Wissenschaftlichkeit unterschiedlicher Psychotherapieverfahren geführt wurden. Die Professionalisierung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und das Zurückdrängen anderer Berufe (wie der Sozialarbeiter*innen) in diesem Bereich ist eng mit dem Nachweis von wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit verbunden. Hier operieren Fach- und Verbandsvertreter, um die Finanzierung von Therapieverfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss zu erwirken oder zu verteidigen.

Auch die Grenzen zwischen professionellem Hilfsanspruch auf der einen Seite und Selbst- und Laienhilfe auf der anderen Seite sind in Bewegung, wenn es zu einer Inflation der Diagnosen (Frances, 2013) kommt und z. B. die Psychiatrie normale Trauer und Sorge mehr und mehr in Depression als Krankheit verwandelt (Horwitz & Wakefield, 2007).

Wir haben also unterschiedliche professionelle Kulturen und jede dieser übergreifenden Diskurs- und Praxisfelder hat seine eigenen Organisations- und Darstellungsformen, Sprache und Publikationsorgane.

Nur am Rande sei die Kultur und der Markt der außerhalb der etablierten Wissenschaft operierenden alternativmedizinischen, Esoterik- und spirituellen Szene erwähnt, die einen eigenen Diskurs führt und eine eigene einflussreiche Praxis etabliert hat.

e) EBC und Global Mental Health

Die Vielfalt psychosozialer Praxis zeigt sich sowohl innerhalb der eigenen nationalen Grenzen als auch in Bezug auf lokale Besonderheiten in unterschiedlichen Ländern. Es gibt Unterschiede in der Wahrnehmung und dem Verständnis von psychischem Leid und psychischer Gesundheit, in der Stigmatisierung von psychisch Kranken, und es gibt unterschiedliche Bereitschaften und lokale Traditionen der Inklusion oder Exklusion, der Fürsorge und des Schutzes. Ebenso unterschiedlich werden die Möglichkeiten der Behandelbarkeit und der Genesung (Recovery) gesehen. Weltweit wächst auch der Einfluss religiöser Vorstellungen und Praktiken, als Ressource bei der Bewältigung von Belastungen, Diese werden zunehmend als "religiöse Bewältigungstechniken" der Wirksamkeitsforschung unterzogen (Pargament, 2011).

Die Möglichkeiten und Chancen von Selbstorganisation und Selbstgestaltung bei Menschen mit psychischen Störungen haben an verschiedenen Orten unterschiedliche Traditionen. Da diese Orientierungen mit dem Krankheits- und Genesungsverlauf und der Selbstsicht der Betroffenen interagieren, ist es schwer, Verläufe zu objektivieren. Deren Herstellung ist ein komplexer soziokultureller Prozess, der früher (und andernorts in vielen Regionen immer noch) oft durch Anstaltskarrieren und -bedingungen verdeckt wurde. Armut und Ressourcenmangel und kustodial entmündigende Strukturen sind ebenfalls Teil von lokalen Verhältnissen, die psychisch Kranke auf besondere Weise treffen.

Der Umgang mit psychischem Leid, Krankheit und Gebrechen hat jeweils eine zutiefst ethische Dimension, die erst in neuerer Zeit vermehrt in kulturübergreifenden Dimensionen von Menschenrechten gesehen wird. Der EBM-Logik fehlt diese Dimension. Die westlich dominierten diagnostischen Standards und Konzepte, die Fragestellungen bestimmen, Interventionen zuweisen und Erfolgskriterien bestimmen sind selbst kulturell geprägt und erweisen sich als mehr oder weniger unangemessen, wenn man sie auf andere kulturelle Kontexte bezieht (Kirmayer, 2012; Summerfield, 2012). Häufig bleibt die Kulturgebundenheit "westlicher" Konstruktionen und Klassifikationen von Krankheit und Gesundheit z. B. beim Traumakzept (Zaumseil, 2012) bei der Depression (Horwitz & Wakefield, 2007) oder bei der Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung unberücksichtigt (übergreifend vgl. Watters, 2010).

Bei den globalen Mental-Health-Strategien der WHO wurde vor allem die als "treatment gap" bezeichnete Kluft zwischen reichen und armen Ländern als Problem gesehen und vorgeschlagen, diesen durch einen Export von evidenzbasierten in westlichen Ländern erprobten Behandlungen (vor allem medikamentöser Art) und der Entwicklung entsprechender Infrastrukturen auszugleichen. Dem hält Kirmayer (2012) entgegen, dass soziale Ungleichheit, Armut und Arbeitslosigkeit, strukturelle Gewalt und Krieg sowohl in lokalem als auch globalem Maßstab weit wichtigere Bedingungen für die psychische Störungen darstellen als das, was in konventionellen epidemiologischen Studien erfasst wird. Hier stellt sich auch das Problem, dass mit EBC eine Europa- oder weltweite Vereinheitlichung der psychosozialen Versorgung und Psychotherapie einhergehen würde. Dabei ist genau zu unterscheiden, worin sich der Umgang mit psychischer Gesundheit und Krankheit zwischen den einzelnen Ländern unterscheidet. Die Mittelknappheit bis hin zum extremen Mangel und Fehlen von institutionalisierten Angeboten verdeckt u. U. die jeweiligen kulturellen Besonderheiten des Umgangs mit psychischer Gesundheit und Krankheit (Zaumseil, 2006). Frühere WHO-Strategien zielten darauf ab, notdürftig den Mangel (den "treatment gap") auszugleichen. Es ging darum, die in den westlichen Ländern nach der EBM-Logik erprobte Minimal-Versorgungsstandards, vor allem als medikamentöse Therapie, einzuführen. Inzwischen enthält der WHO Mental Health Action Plan 2013-2020 eine mehr gemeindepsychiatrische und Menschenrechtsorientierung. (vgl. auch Thornicroft, 2016). Die Verpflichtung, ausschließlich Strategien mit nachgewiesener Evidenz zu verwenden, bleibt bestehen.

f) EBM im Verhältnis zu lokaler Kultur und Praxis

Goldenberg (2006) macht deutlich, dass die Nutzung wissenschaftlichen Wissens im klinischen Handeln und in der psychosozialen Versorgung komplexe Verhandlungen zwischen unterschiedlichen Handlungs- und Interessenträgern einschließt. Die Reduktion auf EBM verbirgt diesen komplexen sozialen Prozess. Durch die positivistische Logik bleiben Kultur, Kontext und die Subjekte (einschließlich der Patient*innen) mit ihren unterschiedlichen Arten von Wissen und Werten unberücksichtigt. Hierdurch wird die Nutzung von Evidenz zum politischen Instrument, mithilfe dessen Macht- und ökonomische Interessen durch anscheinend neutrale und technische Lösungen unsichtbar werden. Durch ein absolut gesetztes Wissenschafts- und Technologieverständnis und den Universalitätsanspruch mangelt es der EBC an Reflexivität und einem Bewusstsein der eigenen historischen und kulturellen Eingebundenheit⁴.

Die Kategorien, mit Hilfe derer Probleme identifiziert, Interventionserfolg gemessen und Interventionen organisiert werden sind kulturabhängig und unterliegen politischen Einflüssen und ökonomischen Interessen. Es würde somit darum gehen, jeweils besondere Kontexte des Wissens und der Praxis im jeweiligen sozialen Machtgefüge auf den Ebenen von Personen, Familien, Gemeinschaften und größerer sozialer Gefüge zu berücksichtigen, die ihrerseits Sinn und Konsequenzen der Krankheitserfahrungen für Patient*innen und Behandler*innen bestimmen. Hierfür wären andere Quellen und Formen von Evidenz als die über RCTs gewonnenen notwendig und die Ergebnisse aus der qualitativen Sozialforschung, Ethnographie und partizipativen Forschung essentiell (Lambert, 2006; Barry, 2006). Die Nutzung der EBM-Logik und -Methodik müsste somit auf andere Weise erfolgen. Die kritische Reflexion der Praktiker müsste sich nicht nur etwa auf eventuelle methodische Schwächen der RCT-Studien richten, sondern auf das ganze EBM-Modell mit seiner Ausblendung der sozialstrukturellen und kulturellen Einbettung klinischen Handelns und seiner einseitigen Fokussierung auf epidemiologische Evidenz. Dabei wären Ansätze der Praxisforschung aus Anthropologie und Sozialforschung mit Verwendung qualitativer Forschungsmethoden hilfreich.

Die Kulturen gemeindeorientierter Praxis in der psychosozialen Versorgung zeigen eine große Varianz sowohl im Umgang mit psychischem Leid als auch mit psychischen Störungen. Das Spektrum der vielgestaltigen Einflussnahme durch Professionelle reicht tief in die Alltagspraxis und in die Lebensführung hinein. In der Rehabilitation umfasst sie z. B. die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Alltagsgestaltung und die Gestaltung sozialer Beziehungen. Leitende Prinzipien wie Empowerment, Partizipation und Sinnsuche sind durchdrungen von Werten und kulturabhängigen Vorstellungen über gutes Leben. Psychosoziale Praxis ist situativ und lokal eingebettet und steht daher in einem Spannungsverhältnis zu den Grundgedanken einer leitlinienorientierten Krankenbehandlung nach universellen Prinzipien der evidenzbasierten Krankenversorgung. Psychische Störungen und Behinderungen werden jedoch sowohl als universelle, als auch als jeweils lokal und kulturell spezifische Phänomene betrachtet und behandelt. Die jeweilige Akzentuierung begründet die unterschiedlichen Formen psychosozialer Praxis und das Selbstverständnis der Akteure. Ein medizinisches Verständnis von evidenzbasierter Medizin verführt dazu, z. B. Chronizität als Eigenschaft einer Person zu sehen, statt als ein jeweils lokales Arrangement, an dem diverse Personen und Verhältnisse beteiligt sind. Wenn man statt der medizinischen eine breitere sozialwissenschaftliche Perspektive einnimmt, dann lassen sich mit der evidenzbasierten Logik und Methodik soziale Konstellationen vergleichen, in denen "Chronizität" eher begünstigt wird als in anderen. Es ließen sich auch schon vorhandene Interventionen vergleichen, die beanspruchen, Chronizität zu beeinflussen. Hier zeigt sich, wie notwendig das Zusammenspiel von quantitativer und qualitativer Forschung ist: Für eine Untersuchung nach der EBM-Methodik braucht man schon eine gegenstandsangemessene Theorie und Definition von Chronizität. Aus dem über die EBC-Methodik generierten Wissen lässt sich weder ableiten, was Chronizität sein könnte, noch wie man sie operationalisieren soll, noch mit welchen Mitteln man sie beeinflussen kann. Um solche theoretischen Ideen und Zugänge zu entwickeln, braucht man Forschungsansätze, mit denen man lokale Praxisformen in ihrer Komplexität und Dynamik untersuchen und verstehen kann (z. B. mit Ansätzen der sozialen Anthropologie; Klausner, 2015). Solche lokalen Bestandsaufnahmen von Praxis sind nur

exemplarisch realisierbar als Einblicke in die pluralen Arten der Erzeugung von Krankheit und Gesundheit. Hierdurch wird jedoch die praxisnahe Theorie generiert, die als Voraussetzung dafür notwendig ist, dass etwas nach der EBC-Logik verglichen werden kann.

3 Schlussfolgerungen

Gut und sauber durchgeführte Doppelblindstudien, systematische Reviews und Metaanalysen bilden Zusammenhänge ab und ermöglichen Vergleiche. Sie tun das um den Preis von praxisfernen Sonderbedingungen, Standardisierungen und der strengen Kontrolle der Durchführungsarten, die eben diesen Vergleichen ihre Zuverlässigkeit geben. Wenn sie frei von Fremdinteressen erstellt werden, stellen sie inzwischen ein mächtiges und elaboriertes Vergleichswerkzeug dar. Damit sind sie eine wertvolle Wissensquelle, die allerdings nur einen orientierenden Baustein zur Lösung von Praxisproblemen darstellen kann. Die evidenzbasierte Empfehlung lässt sich nicht direkt auf die Praxis und die Behandlung individueller Fälle übertragen. Es besteht die Gefahr, dass der evidenzbasierte Baustein durch den Nimbus objektiver Wissenschaftlichkeit übermächtig wird und die Bearbeitung gesundheitsbezogener Fragen dominiert. Vogd (2002) wies darauf hin, dass die Bewegung der evidenzbasierten Medizin einen folgenreichen Kurzschluss zwischen Wissenschaft und Praxis vollzog. Bei der Verwendung von EBC lasse sich das komplexe Geflecht von ethischen, sozialen, medizinischen, psychologischen, organisatorischen und wirtschaftlichen Aspekten, die in gesundheitsbezogenen Entscheidungen abgewogen werden müssen, verdecken. Man könne die Entscheidung dann unter dem Banner der Evidenz als wissenschaftliches Problem inszenieren. Er nannte EBM einen kulturellen Mythos einer Wissensgesellschaft. Die Wissenschaftlichkeit, die Rationalität, die Überzeugungskraft und die Anschlussfähigkeit numerischer/metrischer Vergleiche (Mau, 2018) verdecken die anderen Bausteine, die in Entscheidungen eingehen müssen. Wenn man sich bei einer anstehenden Entscheidung auf die Autorität wissenschaftlicher Evidenz beruft, tritt auch die Notwendigkeit zurück, diejenigen einzubeziehen, denen die Entscheidung gilt.

Die evidenzbasierte Versorgung hat in Deutschland erst in jüngerer Zeit an Einfluss gewonnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seit 2007 die Empfehlungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu berücksichtigen, das sich dem SGB V zufolge wiederum nach den international akzeptierten Standards für evidenzbasierte Medizin zu richten hat. So ist EBM "durch die Hintertür" zur Basis der Richtlinienbeschlüsse des GBA geworden (Zimmermann, 2012, S. 268).

Im psychosozialen Bereich kam es - bisher vorwiegend auf der Ebene von Leitlinien (DGPPN, 2019) - erst in den letzten Jahren zum Einzug von evidenzbasierter Mental Health. Da eine entsprechende Versorgungsforschung hierzulande wenig entwickelt war, erfolgte eine weitgehende Übernahme von Entwicklungen aus dem angloamerikanischen Raum. Diese beinhaltete die strikte wissenschaftliche Legitimation durch Evidenzbasierung.

Ich habe die Einführung der Evidenzbasierung in den Gesamtzusammenhang von anderen gleichzeitig erfolgten Veränderungen von Mental Health gestellt, die gegenwärtig ein widersprüchliches Bild erzeugen. Hierzu gehört die parallele Entwicklung der Kultur und der Werte im Umgang mit psychischer Beeinträchtigung in den westlichen Ländern, die nicht zufällig mit englischen Begriffen wie Empowerment und Recovery umschrieben ist. Diese Orientierungen sind in Deutschland anschlussfähig an die eigenständigen Kulturen und Entwicklungen einer vielfältigen psychosozialen Praxis, wie sie sich seit den 70er Jahren in Abgrenzung zur akademischen Psychiatrie, z. B. in der Fachgesellschaft der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), formiert haben. Nach den Umgestaltungen in Folge der Psychiatrie-Enquete kamen wichtige Transformationen des psychosozialen Bereichs in Deutschland von außen über den Hebel des Rechts (die Behindertenrechts-konvention) und der Politik. Hinzu kam die erfolgreiche Identitätspolitik von Betroffenen-Verbänden und Organisationen auf internationaler und europäischer Ebene. So wird nicht nur die Evidenzbasierung, sondern auch die Teilhabe von psychisch

Kranken (Bundesteilhabegesetz) und der mehr auf Selbständigkeit setzende Umgang zunehmend rechtlich und politisch verordnet. Dies konvergiert mit der Empfehlung, die psychosoziale Versorgung gemeindepsychiatrisch *und* evidenzbasiert zu etablieren, die mit einem breiten Konsens aller beteiligten Fachverbände in der entsprechenden Leitlinie (DGPPN, 2019) verabschiedet wurde. Gleichzeitig setzen die reformresistente Struktur und Fragmentierung der psychosozialen Versorgungsstrukturen und die mangelnde Bereitschaft, ökonomische Ressourcen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu mobilisieren, der Verbesserung der psychosozialen Versorgung Grenzen. Diese ökonomische Grenzziehung könnte über die wissenschaftliche Legitimation der Evidenzbasierung erfolgen.

Leitlinien und Gesetze sind natürlich noch keine Praxis. Es besteht eine große Kluft zwischen den Empfehlungen und gesetzlichen Vorgaben auf der einen Seite und der Praxis von Mental Health auf der anderen. Steinhart (2018) zeigt am Beispiel einer kürzlich durchgeführten Studie, wie Menschen, die als seelisch behindert gelten und Eingliederungshilfe beziehen, ihre Teilhabemöglichkeiten sehen. Sie sind von einem guten Leben weit entfernt und ihre Lage lässt sich als chancenlos und abgehängt charakterisieren.

Wir stehen durch die Fülle der mit Wissenschaftlichkeit versehenen Empfehlungen für die Praxis vor einer verwirrenden Situation. Die umfangreichen Empfehlungen für die Praktiker*innen stehen evidenzwissenschaftlich abgesichert, aber theorielos im Raum. Die evidenzbasierte Methodik kann nur die Vor- und Nachteile schon bestehender Interventionen belegen, sie kann keine neuen Interventionen erfinden oder hervorbringen. Sie produziert keine neuen Ideen oder Theorien und kann auch die Kriterien, nach denen Verfahren bewertet werden, nicht selbst hervorbringen. Die neuen Leitlinien, die nicht nur die Bewertung der Evidenz, sondern gleich noch als zusätzliche Handreichung Handlungsempfehlungen (Du sollst, Du solltest oder Du kannst das Empfohlene tun) enthalten, haben inzwischen voluminöse Lehrbuchformate⁵.

Das für die praktische Handlungsebene kurzgeschlossene Wissen speist sich aus einer Wissenschaftsform, die nur noch korreliert, aber nicht reflektiert und nichts entdeckt (außer, dass Technologie A unter experimentellen Bedingungen wirksamer ist als Technologie B). Selbst die inzwischen den Leitlinien neu hinzugefügten Werte wie Inklusion, peer-Unterstützung, Partizipation und Empowerment sowie Haltungen wie Recovery werden als neue Technologien operationalisiert, um sie auf ihre Korrelation mit anderen Ergebnisparametern zu untersuchen. Wie werden die künftigen Ausbildungen der Mental-Health-Berufe aussehen? Werden sie als Training entsprechend der Leitlinien konzipiert werden?

Einer der Autoren der Leitlinien für "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen", der auch 2007 die methodischen Grundlagen der evidenzbasierten Methodik in einem einführenden Buch erklärt und erläutert hat, fragt sich inzwischen, ob die Psychiatrie "tatsächlich dazu beiträgt, dass der Verlauf schwerer psychischer Störungen insgesamt günstiger ist, weniger Chronifizierung auftritt und die Betroffenen eher Teil der Gemeinschaft sind als bei anderen Arten der Unterstützung oder psychiatrischer Behandlung mit geringerer Ausdifferenzierung" (Weinmann, 2019, S. 160). Weinmann weist darauf hin, dass experimentelle Studien zu Versorgungsmodellen insgesamt nicht möglich sind, und er schlägt schließlich einen sehr grundlegenden Wechsel der Praxis und der Paradigmen vor.

Traditionell erschien es in der Psychiatrie selbstverständlich, dass durch die Behandlung medizinische Parameter beeinflusst werden sollen, d. h. dass eine Symptomreduktion und eine Reduktion der Perioden stationärer Behandlungsbedürftigkeit erfolgen sollen. Erst in jüngster Zeit kamen Zielkriterien für psychosoziales Handeln hinzu, die für die EBC-Methodik schwer zu handhaben sind. Hierzu gehören die soziale Inklusion, die in schwer bestimmbarer Weise mit der Akzeptanz der sozialen Umgebung interagiert, und solche komplexen Konzepte wie Empowerment, Recovery und subjektive Maße wie Lebensqualität und Zufriedenheit. Um mit solchen Zielkriterien umzugehen, müsste Mental Health sich von der Medizin weg und hin zu den Sozialwissenschaften bewegen. Priebe (2016), Burns (2014) und besonders pointiert Weinmann (2019) fordern eine gleichrangige Grundlegung der Psychiatrie durch die Sozialwissenschaften und die Medizin mit entsprechenden Konsequenzen für die Ausbildung und Praxis. Noch weiter geht Dörner (2016),

der sehr viel grundlegender auf eine Fundierung der Psychiatrie als Inklusionspsychiatrie durch die Philosophie und Anthropologie besteht.

Ich sehe in der Selbstvergewisserung der Praxis durch evidenzbasierte Empfehlungen nur dann einen Sinn, wenn die Grenzen und dringende Ergänzungsbedürftigkeit einer so eingeführten Wissenschaftlichkeit berücksichtigt werden. Psychosoziales Handeln ist Beziehungshandeln, das durch Werte und lokal spezifische Kontextbedingungen bestimmt wird und Entwicklungsprozesse berücksichtigen muss. Entscheidend ist dabei, dass diejenigen verantwortlicher eingebunden werden, für die Mental Health da ist, also die Erkrankten/Betroffenen und ihre Angehörigen. Nur mit ihnen lässt sich legitimieren und erarbeiten, wie psychosoziales Handeln in einer speziellen Situation beforscht und gestaltet werden soll. Wenn sich bei einer großen Anzahl ähnlicher Situationen oder ähnlicher Fälle gezeigt hat, dass eine Handlungsstrategie oder Verfahrensweise erfolgreich war, dann gibt es gute Gründe sie als Leitlinie heranzuziehen. Ob die guten Gründe im Einzelfall als Brücke zwischen der Empfehlung und der Praxis tragen, ist eine Frage der Abwägung und Verhandlung.

Endnoten

1. Der Begriff der "evidence-based care" wird uneinheitlich gebraucht: manchmal synonym mit "evidence-based medicine", meist aber erweitert: 1. In dem Sinne, dass er sich nicht nur auf die Medizin bezieht, sondern auch andere Fächer, die sich mit Gesundheit befassen (Pflege, Sozialarbeit, psychologische Psychotherapie, Ergotherapie etc.) und 2. in dem Sinne, dass nicht Behandlungen individueller Patienten verglichen werden, sondern komplexere Versorgungsstrategien (z. B.: Aktiv aufsuchende ambulant arbeitende Teams werden mit stationär arbeitenden Teams verglichen).
2. Klassifikationen und Standardisierungen sind ubiquitäre Phänomene im Kontext von Modernisierung und Globalisierung und nicht grundsätzlich negativ zu bewerten (s. z. B. Menschenrechtsstandards, Zertifizierung in der Lebensmittelproduktion).
3. Im Ansatz der "Science and Technology Studies" wird das hier relevante alltägliche Zusammenspiel von Wissenschaft, Technologie und gesellschaftlicher Ordnung untersucht. Wissen und Technologien werden danach immer erst durch lokale Praxis bestimmbar. Sie existieren nicht für sich und unabhängig von Praxis (Beck et al., 2012).
4. Auch die EBM-Bewegung selbst stellt eine bestimmte Praxis dar. Inzwischen gibt es eine wachsende sozialwissenschaftliche Forschung, die sie zum Gegenstand empirischer Untersuchungen macht. Es wird z. B. untersucht, wie in der Praxis mit Leitlinien umgegangen wird, wie Leitlinien und Metaanalysen eigentlich hergestellt werden und wirken (Mykhalovskiy & Weir, 2004; Timmermans & Epstein, 2010; Broom & Adams, 2012; Broom et al., 2009).
5. Psychosoziale Therapien, knapp 500 Seiten, abgestimmt mit den diagnosespezifischen Leitlinien wie Schizophrenie - 359 Seiten, Depression - 238 Seiten, Bipolare Störungen - 602 Seiten u. a.

Literatur

Abholz, H.-H. (2010). Public Health, evidenzbasierte Medizin und Prävention als Bedrohung des Individuums in der Medizin. In Th. Gerlinger, S. Kümpers, U. Lenhardt & M. T. Wright (Hrsg.), Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock (S. 340-351). Bern: Huber.

Anthony, W., Rogers, E. S. & Farkas, M. (2003). Research on Evidence-Based Practices: Future Directions in an Era of Recovery. *Community Mental Health Journal*, Vol. 39, No. 2, 101-114.

APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.

Barry, C. A. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science & Medicine* 62, 2646-2657.

Baur, N., Kelle, U. & Kuckartz, U. (Hrsg.) (2017). *Mixed Methods. Sonderheft 57 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Wiesbaden: Springer.

Beck, S., Niewöhner, J. & Sörensen, S. (Hrsg.). 2012 - *Science and Technology Studies: Eine sozialanthropologische Einführung*. Transscript Verlag, Bielefeld.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaften*. Berlin, Springer.

Bowker, G. & Star, S. L. (1999). *Sorting Things Out. Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Broom, A. & Adams, J. (2012). A critical social science of Evidence-Based Healthcare. In: Broom, A. & Adams, J. (Eds.) (2012). *Evidence-Based Healthcare in Context: Critical Social Science Perspectives* (pp. 1-22). Ashgate: Farnham.

Broom, A., Adams, J. & Tovey, P. (2009). Evidence-based healthcare in practice: A study of clinical resistance, professional deskilling, and inter-specialty differentiation in oncology. *Social Science and Medicine*, 68(1), 192-200.

Burns, T. (2014). Community psychiatry's achievements. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 23, 337-344. DOI 10.1017/S2045796014000560

Burns T (2010) The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22:2, 130-137. DOI 10.3109/09540261003661841

Caspari, C. (2007). *Shared decision making zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Eine qualitative Studie zur Entscheidungsfindung von Patient und Arzt bei Brustkrebs*. Saarbrücken, VDM Verlag Dr. Müller.

Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.

Charles, C., Gafni, A. & Freeman, E. (2011). The evidence-based medicine model of clinical practice: scientific teaching or belief-based preaching? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 597-605.

Deister, A. (2019). Personalbemessung und die Frage der Gerechtigkeit. *Psychiat Prax* , 46. 423-425.

DGPPN - Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*
S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage. Verfügbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-0201_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-01.pdf [25.11.2019].

Dörner, K. (2016). Wege der Psychiatrie (Psychiatriegeschichte). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P. Brieger, A. Heinz & F. Wendt (Hrsg.), *Irren ist Menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (25. Aufl., S. 687-714). Psychiatrie Verlag Köln.

- Falkai, P. (Hrsg.) (2012). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer: Heidelberg.
- Flick, U. (Hrsg.) (2006). Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte Methoden Umsetzungen. Reinbek, Rowohlt.
- Frances, A. (2013) Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. DuMont, Köln.
- Gaebel, W., Becker, T., Janssen, B., Munk-Jorgensen, P., Musalek, M., Rössler, W., Sommerlad, K., Tansella, M., Thornicroft, G. & Zielasek, J. (2012). EPA guidance on the quality of mental health services. Eur Psychiatry. 27, 87-113. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/> [25.11.2019].
- GBA - Gemeinsamer Bundesausschuss (2019). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie: Erstfassung. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4005/> [17.12.2019]
- Goldenberg, M. J. (2006). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. Social Science & Medicine, 62(11), 2621-2632.
- Goldfried, M. R. (2010). The Future of Psychotherapy Integration: Closing the Gap Between Research and Practice. Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 20, No. 4, 386-396.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? Psychotherapeutenjournal, 4, 4-11.
- Green, L. W., Ottoson, J. M., Garcia, C. & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. Annual Review of Public Health 30, 151-74.
- Guyatt, G., Haynes, R. B., Jaeschke, R., Meade, M., Wilson, M., Montori, V. M. et al. (2008a). The philosophy of evidence-based medicine. In G. Guyatt, R. Drummond, M. Meade & D. Cook (eds.), Users Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice (2nd ed., pp. 9-15). New York: McGraw-Hill.
- Guyatt, G., Oxman A. D., Kunz, R. et al. (2008b). Going from evidence to recommendations. BMJ. 336(7658), 1049-1051.
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. H. (2002). Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. Evidence-Based Medicine, 7, 36-38.
- Heintz, B. (2010). Numerische Differenz. Überlegungen zu einer Soziologie des (quantitativen) Vergleichs. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 39, Heft 3, 162-181.
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.) (2011). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0. Verfügbar unter: <http://handbook.cochrane.org/> [10/2019].
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). The loss of sadness. How psychiatry transforms normal sorrow into depressive disorder. London, New York: Oxford University Press.
- Ioannidis, J. P. A. (2019). Cochrane crisis: Secrecy, intolerance and evidence based values. Editorial. European Journal of clinical investigation, 49(3). DOI 10.1111/eci.13058

Kirmayer, L. J. (2012). Cultural competence and evidence-based practice in mental health: Epistemic communities and the politics of pluralism. *Social Science & Medicine* 75, 249-256.

Klausner, M. (2015). *Choreografien psychiatrischer Praxis. Eine ethnografische Studie zum Alltag in der Psychiatrie*. Bielefeld: transkript.

Krampen, G., Schui, G. & Wiesenhütter, J. (2008). Evidenzbasierte Psychotherapie und Therapie-Ressourcen. Ein erweitertes 4-Phasen-Prüfmodell und seine Anwendung auf die klinisch-psychologische Fachliteratur aus dem deutschsprachigen Bereich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37 (1), 43-51.

Lambert, H. (2006). Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*, 62, 2633-2645.

Mahoney, J. & Goertz, G. (2006). A Tale of Two Cultures: Contrasting Quantitative and Qualitative Research. *Political Analysis*, 14 (3), 227-249.

Mau, S. (2018). *Das metrische Wir - Über die Quantifizierung des Sozialen*. Suhrkamp: Frankfurt.

Mykhalovskiy, E. & Weir, L. (2004). The problem of evidence-based medicine: Directions for social science. *Social Science & Medicine*, 59(5), 1059-1069.

Norcross, J. C., Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices, *Psychotherapy* Vol. 48, No. 1, 98-102.

Norcross J. C. & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *J Clin Psychol*. 74(11), 1889-1906.

Pargament, K. I. (2011). Religion and coping: the current state of knowledge. In S. Folkman & P. E. Nathan (Eds.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 269-288). New York: Oxford University Press.

Priebe, S. (2016). A social paradigm in psychiatry - themes and perspectives. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 25, 521-527. DOI 10.1017/S2045796016000147

Sackett, D. L., Haynes, R. B., Guyatt, G. H., & Tugwell, P. (1985). *Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown and Company.

Schmacke, N. (2010). Gesundheitsreform: Welche Logik zählt? In Th. Gerlinger, S. Kümpers, U. Lenhardt & M. T. Wright (Hrsg.), *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock* (S 112-121). Bern: Huber.

Schmacke, N. (2012). Versorgungsforschung und die Patientenperspektive. *G+S - Gesundheits- und Sozialpolitik*, 03/2012, S. 59-63.

Slade, M. & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *Br J Psychiatry* 179, 286-287.

Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* 37, 392-397.

Steinhart, I. (2018). Schwer psychisch krank in Deutschland - (k)ein "gutes Leben". *Psychiat Prax* 45, 341-343.

- Stollberg, G. (2008). Kunden der Medizin? Der Mythos vom mündigen Patienten. In I. Saake & W. Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin - Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Berlin: Springer.
- Summerfield, D. (2012). Against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530.
- Taylor, C. B. (Ed.). (2009). *How to practice evidence-based psychiatry: Basic principles and case studies*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Thompson, R. P. (2010). Causality, mathematical models and statistical association: dismantling evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(2), 267-275.
- Thornicroft, G., Deb, T. & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry* 15, 276-286.
- Timmermans, S. & Oh, H. (2010) The Continued Social Transformation of the Medical Profession. *J Health Soc Behav* 51, Suppl, 94-106. DOI 10.1177/0022146510383500
- Timmermans, S. & Kolker, E. (2004). Evidence-based medicine and the reconfiguration of medical knowledge. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 177-93.
- Timmermans, S. & Epstein, S. "A World full of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standardization. *Annual Review of Sociology*, Vol. 36, 69-89.
- Vogd, W. (2004). Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen. Berlin: VWF Verlag. Verfügbar unter: <http://userpage.fu-berlin.de/~vogd/vogdhabil.pdf> [25.11.2019].
- Vogd, W. (2011). *Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung*. Velbrück.
- Vogd, W. (2002). Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie: Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*. 31 (4), 294-315.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us - the globalization of the western mind*. London: Constable & Robinson.
- Wampold, B. E. & Zac, E. I. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work (Counseling and Psychotherapy)* 2. Ed. Taylor & Francis.
- Weinmann, S. (2007). *Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weinmann, S. (2008). *Erfolgsmythos Psychopharmaka - Warum wir Medikamente in der Psychiatrie neu bewerten müssen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Weinmann, S. (2009). Metaanalysen zur Psychopharmakotherapie: Garbage in - Garbage out? *Psychiat Prax* 36, 255-257.
- Weinmann, S. (2019). *Die Vermessung der Psychiatrie - Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Weinmann, S. & Gaebel, W. (2005). Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. *Nervenarzt* 76, 809-21.

Whitaker, R. (2015). *Psychiatry Under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. New York: Palgrave.

Zaumseil, M. (2012). Der Diskurs über Trauma im Kontext von Katastrophen - Einsichten aus dem Umgang mit extremem Leid in Java/ Indonesien. Vortrag an der St. Petersburg State University. Verfügbar unter: http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinische_psychotherapie/ehemalige-Professor_inn_en/ [25.12.2019].

Zaumseil, M. (2006). Der alltägliche Umgang mit Schizophrenie in Zentral-Java In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie- Interkulturelle Psychotherapie - Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 331-360). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Zimmermann, C. (2012). *Der Gemeinsame Bundesausschuss, Kölner Schriften zum Medizinrecht*, Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. DOI 10.1007/978-3-642-22752-3_16

Autor

Prof. Dr. Manfred Zaumseil

zaumseil@bitte-keinen-spam-zedat.fu-berlin.de