



**Selbstmanagementförderung bei
psychischen Gesundheitsproblemen
– eine Literaturstudie**

Frank Rosenbach & Michael Ewers

Working Paper No. 12-01

Berlin, Mai 2012

**Unit Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

Zitierhinweis:

Rosenbach F, Ewers M (2012):
Selbstmanagementförderung bei psychischen
Gesundheitsproblemen – eine Literaturstudie.
Working Paper No. 12-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 12-01 der
Unit Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik

Berlin, Mai 2012

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizin-, Pflegepädagogik
und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin / Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://imppw.charite.de>

Abstract

Selbstmanagementförderung ist ein Sammelbegriff für patientenzentrierte Interventionsstrategien in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Erstmals in den 1960er-Jahren in diesem Kontext verwendet, wurde Selbstmanagementförderung im Zeitverlauf unterschiedlich konzeptualisiert und in nahezu allen Versorgungssettings sowie bei diversen Zielgruppen angewendet. Auffallend ist, dass Menschen mit anhaltenden und wiederkehrenden psychischen Gesundheitsproblemen in den Diskussionen über Selbstmanagementförderung lange Zeit unberücksichtigt blieben. Psychische Beeinträchtigungen wurden oft nur als Störfaktoren eines effektiven Selbstmanagements bei chronischen körperlichen Erkrankungen diskutiert. Allmählich scheint sich dies zu ändern.

Vor diesem Hintergrund wurde eine umfassende Literaturanalyse durchgeführt, (1) um den Diskussions- und Forschungsstand zum Thema Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit zu kompilieren, (2) die zuvor skizzierten Entwicklungen im Diskursverlauf nachzuzeichnen und (3) den Stand der Auseinandersetzung mit Selbstmanagementförderung speziell im Mental Health Bereich zu dokumentieren. Ziel war es, Forschungsdesiderata zu identifizieren und Grundlagen für die Durchführung empirischer Untersuchungen zum Thema zu erarbeiten.

Als Ergebnis der Analyse zeigt sich, dass die Selbstmanagementdebatte für den deutschsprachigen Raum noch wenig systematisch aufgearbeitet wurde. International mangelt es – trotz einer breiten und intensiv geführten Diskussion – an einem einheitlichen konzeptionellen Verständnis von Selbstmanagementförderung, weshalb unter diesem Sammelbegriff zahlreiche heterogene Interventionen mit mehr oder weniger positiven gesundheitsrelevanten Wirkungen beschrieben und diskutiert werden. Aus gesundheitspolitischer und -ökonomischer Sicht werden mit Selbstmanagementförderung Hoffnungen auf Einsparungen in der Versorgung chronisch Kranker verbunden, was das Interesse daran in Forschung und Praxis befördert hat. In den Diskussionen vernachlässigt werden vulnerable Gruppen und deren spezifischer Bedarf, darunter ethnische Minderheiten, Erkrankte aus unteren Sozialstatusgruppen und nicht zuletzt solche mit psychischen Gesundheitsproblemen. Dabei bestätigen erste Forschungsergebnisse, dass auch letztgenannte von der Förderung ihrer Selbstmanagementkompetenz profitieren können. Dringend angezeigt ist daher, die empirischen Forschungsaktivitäten zum Thema Selbstmanagementförderung für spezifische Patientengruppen oder bei psychischen Problemlagen zu intensivieren und systematisch zu verdichten. Probleme dürften sich dabei vor allem aus der unzureichenden Abgrenzung der Selbstmanagementförderung von anderen psychosozialen Interventionen ergeben. Für die konzeptionell-theoretische Diskussion zur Selbstmanagementförderung könnte sich der Recovery-Ansatz aufgrund seiner personenzentrierten Perspektive nicht allein im Mental Health Bereich künftig als hilfreiche Orientierung erweisen.

Inhalt

1. Hintergrund und Fragestellung	5
2. Methodisches Vorgehen	9
3. Ergebnisse der Literaturanalyse im Überblick	11
3.1 Quantitativer Überblick über den Stand der Literatur	11
3.2 Qualitativer Überblick über den Stand der Literatur	13
3.3 Versuch einer definitorischen Eingrenzung	14
3.4 Identifikation konzeptioneller Kernelemente	16
3.5 Interventionslogische Einordnung und Abgrenzung	19
4. Selbstmanagementförderung – Thematische Schwerpunkte	22
4.1 Historische Entwicklung der Selbstmanagementförderung	22
4.2 Programme zur Selbstmanagementförderung	25
4.2.1 <i>Krankheitsspezifische Programme</i>	26
4.2.2 <i>Generische Programme</i>	28
4.3 Theoretische Bezugspunkte der Selbstmanagementförderung	33
4.4 Selbstmanagementförderung und der Recovery-Ansatz	36
4.5 Umsetzung in der Praxis und kritischer Diskurs	39
5. Forschung zur Selbstmanagementförderung	43
5.1 Übersicht zu den Forschungsaktivitäten	43
5.2 Forschungsergebnisse	45
5.3 Forschungsdesiderata	49
6. Zusammenfassung und Ausblick	54
7. Literatur	58

1. Hintergrund und Fragestellung

Chronische Erkrankungen haben sich zu einem drängenden Gesundheitsproblem entwickelt – mit weit reichenden Konsequenzen für das Gesundheitssystem, für die in ihm tätigen professionellen Helfer und besonders für die davon unmittelbar betroffenen Menschen. Letztgenannte sind es in erster Linie, die sich mit den vielfältigen Begleiterscheinungen der jeweiligen Erkrankung Tag für Tag auseinandersetzen, ihre Alltagsroutinen den damit einhergehenden Beeinträchtigungen und Versorgungserfordernissen anpassen und zumeist auch die Hauptverantwortung für das Leben mit der Krankheit (er-)tragen müssen (Grypdonck 2005; Schaeffer/Moers 2008). Diese Feststellung gilt für Menschen mit somatischen Gesundheitsproblemen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Stoffwechselstörungen und muskuloskelettale Erkrankungen ebenso wie für solche mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Demenzen oder aber für die wachsende Zahl derer, die zugleich an physischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen leiden und mit dem komplizierten Wechselspiel beider zurecht kommen müssen. Es sind dann auch weniger die Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitsprobleme als vielmehr die gemeinsamen Merkmale chronischer Erkrankungen – darunter deren Dauerhaftigkeit und Komplexität – die zu einem deutlichen Anforderungswandel in der Versorgung chronisch kranker Menschen und ihres sozialen Umfelds beigetragen haben.

Von besonderem Interesse ist an dieser Stelle die mit chronischen Gesundheitsproblemen einhergehende Akzentverschiebung im Verhältnis zwischen den Erkrankten und den professionellen Helfern. Immer öfter wird erwartet, dass chronisch kranke Menschen – weitgehend unabhängig von der Ursache ihrer Erkrankung und deren konkreten Auswirkungen auf ihren Alltag – zum „Akteur in eigener Sache“ werden, dass sie an der Festlegung und Umsetzung von Therapieregimen mitwirken (Halsbeck/Schaeffer 2007; Haslbeck 2010), dass sie dem Leitbild eines „arbeitenden“ Patienten folgend eigenständig Versorgungsaufgaben übernehmen (Rieder/Giesing 2011: 18) und dass sie dabei ein hohes Maß an Verantwortung für sich selbst sowie das Krankheits- und Versorgungsgeschehen tragen. Letztlich sollen sie die anstehenden krankheits-, alltags-, biografie- und versorgungsbezogenen Aufgaben im Zeit- und Krankheitsverlauf weitgehend autonom regulieren und steuern. Dies setzt spezifische (Gesundheits-)Kompetenzen voraus, darunter nicht zuletzt die Fähigkeit und Bereitschaft zum *Selbstmanagement*.

Dieser schillernde, in der (populär-)wissenschaftlichen Literatur häufig verwendete Begriff beschreibt die Kompetenz eines Menschen zur pro-aktiven Organisation und Gestaltung kognitiver, emotionaler, motivationaler, behavioraler und körperlicher Prozesse und Dispositionen sowie der darauf ausgerichteten Umweltbedingungen. Im Kontext der Personalpsychologie – einer Teildisziplin der Arbeits- und Organisationspsychologie – spielt der Begriff seit geraumer Zeit eine wichtige Rolle. Selbstmanagement meint in diesem Zusammenhang,

„das Hinarbeiten auf eine optimale Integration der emotionalen, geistigen, intellektuellen und körperlichen Lebensweise in jeder Phase des Lebens. Effektives Selbstmanagement verlangt, dass wir unsere persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten erkennen, unsere Fähigkeiten entfalten und dabei unseren eigenen Bedürfnissen gerecht werden“ (Wehmeier 2001: 13).

Mit einer im Kern vergleichbaren Konnotation wird der Begriff auch in den Debatten über die Bewältigung chronischer Erkrankungen verwendet. Lorig beispielsweise versteht unter Selbstmanagement schlicht das Vorhandensein und die Anwendung von Fertigkeiten, die erforderlich sind, um angesichts einer chronischen Erkrankung ein aktives und emotional befriedigendes Leben zu führen (Lorig 1993: 11; vgl. auch Lorig/Holman 2003). Weiterführende Definitionen des Begriffs werden weiter unten noch einmal präsentiert (vgl. Kap. 3.3).

Diese spezifische Kompetenz kann nicht per se und nicht bei allen chronisch Erkrankten jederzeit und vollumfänglich als gegeben vorausgesetzt werden. Vielmehr besteht weitgehend Konsens darüber, dass es situativ *edukativer Unterstützungsmaßnahmen* bedarf, um sie aufzubauen, zu fördern und dauerhaft zu festigen. Nutzerorientierte Interventionen und Strategien, deren Ziel es ist, Zuversicht und Kompetenzen zum eigenständigen und selbstverantwortlichen Umgang mit krankheits-, alltags-, biografie- und versorgungsbezogenen Herausforderungen und damit für ein Leben mit chronischer Krankheit auszubilden und zu fördern, werden heute üblicherweise mit dem Begriff *Selbstmanagementförderung*¹ umschrieben. Eben dieser spezifische Interventionsansatz steht im Zentrum der folgenden Ausführungen. Unser Interesse richtet sich dabei – in Ergänzung zu vorliegenden Übersichtsarbeiten (exempl. Haslbeck/Schaeffer 2007; Haslbeck 2010) – insbesondere auf dessen *Diskussion und Anwendung bei der Begleitung von Menschen mit anhaltenden oder wiederkehrenden psychischen Gesundheitsproblemen*. Zu bedenken ist dabei, dass diese Personengruppe in den Diskussionen über Selbstmanagementförderung lange Zeit unberücksichtigt geblieben ist. Psychische Beeinträchtigungen wurden vielfach nur als Störfaktoren eines effektiven Selbstmanagements bei chronischen körperlichen Erkrankungen diskutiert. Allmählich jedoch scheint sich dies zu ändern – und zwar aus guten Gründen:

Hinzuweisen ist etwa auf die epidemiologische Relevanz psychischer Erkrankungen und die in den letzten Jahren international zunehmende Aufmerksamkeit für diesen Problembereich. Die Krankheitslast durch psychische Störungen wird in allen modernen Gesellschaften insgesamt als hoch angesehen. Rund 27 % der erwachsenen Bevölkerung in der EU weisen innerhalb eines Jahres mindestens eine

¹ In der Literatur werden die Begriffe Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung oftmals synonym verwendet, wobei jedoch kurzerhand die Kompetenz des Individuums (Seite der Patienten) mit den darauf ausgerichteten Maßnahmen zur Förderung und Festigung dieser Kompetenz (Seite der Helfer) gleichgesetzt werden. Im Folgenden geht es dagegen ausschließlich um *Selbstmanagementförderung* als Sammelbegriff für verschiedene, von Seiten Dritter eingeleitete Interventionen und Strategien, die das Selbstmanagement von Personen mit chronischen Gesundheitsproblemen unterstützen, fördern und begleiten sollen.

psychische Störung auf (Wittchen/Jacobi 2005). Dem Bundesgesundheitsurvey ist in Übereinstimmung mit internationalen epidemiologischen Daten zu entnehmen,

„dass etwa ein Viertel bis ein Drittel der erwachsenen Allgemeinbevölkerung im Laufe eines Jahres die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer psychischen Störung erfüllt. Über ein Drittel (39,5 %) der Personen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, wies mehr als eine psychische Störung auf“ (Jacobi/Harfst 2007: 4).

Die häufigsten Störungen sind Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und Abhängigkeitserkrankungen (Wittchen/Jacobi 2005). Die betroffenen Menschen und ihr soziales Umfeld sind oft über lange Zeiträume in vielen Lebensbereichen durch die Krankheitsfolgen in erheblichem Maße individuell und sozial beeinträchtigt (Eikelmann et al. 2005, Social Exclusion Unit 2004, WHO 2001).

Darüber hinaus wird zunehmend zur Kenntnis genommen, dass körperliche und psychische Gesundheit einander bedingen und dass zwischen ihnen eine komplizierte Wechselwirkung besteht. Viele chronische körperliche Grunderkrankungen sind mit psychischen Gesundheitsproblemen assoziiert und umgekehrt entwickeln überdurchschnittlich viele Menschen mit schweren psychischen Störungen im Laufe ihres Lebens mindestens eine chronisch verlaufende somatische Erkrankung (Prince et al. 2007). Psychische Krankheiten gehen zudem nicht selten mit verhaltensbedingten Risikofaktoren wie körperlicher Inaktivität, Rauchen oder einer ungünstigen Ernährung und im Ergebnis Überernährung und Adipositas einher (Busch et al. 2011; Daumit et al. 2005; McCreadie et al. 1998). Im Zusammenhang mit der ausgeprägten Lebenszeit- und Querschnittskomorbidität von psychischen und somatischen Erkrankungen sind ein beschleunigtes körperliches Altern sowie eine je nach Krankheitsbild deutlich erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zur Normalbevölkerung zu beobachten. Beispielsweise ist die Lebenserwartung Schizophrener gegenüber der Normalbevölkerung im Schnitt um 20 bis 25 Jahre geringer (Jeste et al. 2011).

Zwangsläufig rücken neben der epidemiologischen Bedeutung in diesem Fall auch die gesundheitsökonomischen Folgen in den Fokus. In Deutschland verursachen psychische und Verhaltensstörungen rund 11 % aller direkten Krankheitskosten, sie liegen damit hinter Krankheiten des Kreislaufsystems und des Verdauungssystems auf dem dritten Rang. Besonders kostenintensiv sind Demenzerkrankungen und Depressionen (RKI 2009). Psychische Störungen verursachen zudem hohe „indirekte“ Kosten in Form erhöhter Inanspruchnahme allgemeiner Gesundheitsleistungen, verminderter Arbeitsproduktivität sowie einem Verlust von produktiven Lebensjahren (Jacobi et al. 2004). Gemessen an den behinderungsbereinigten Lebensjahren (Disability Adjusted Life Years - DALYs) belegt die Depression weltweit den fünften und deutschlandweit den dritten Rang (Hintzpeter et al. 2010).

Die hier mit wenigen Strichen skizzierte Problemlage auf individueller und gesellschaftlicher Ebene und der damit verbundene Handlungs- und Innovationsdruck in

der Gesundheitsversorgung haben in den letzten Jahren international erhöhte Aufmerksamkeit auf das Thema „Mentale Gesundheit“ gelenkt. Programmatische Formeln wie beispielsweise „No health without mental health“ (Prince et al. 2007) sollen in den gesundheitspolitisch motivierten Aktions- und Förderprogrammen darauf aufmerksam machen, dass bei der Beantwortung des durch den Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen bedingten Anforderungswandels psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen stärker berücksichtigt und adressiert werden müssen (Europäische Kommission 2005, Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit 2005). Vor diesem Hintergrund ist es plausibel, dass auch im Kontext der Diskussionen über Selbstmanagementförderung Menschen mit psychischen Erkrankungen ins Blickfeld geraten.

Schließlich ist zu bedenken, dass sich seit den umfassenden Reformbewegungen in der Folge der in den 1970er-Jahren verabschiedeten Psychiatrieenquete der Fokus der psychiatrischen Versorgung von der Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern auf wohnortnahe Behandlungs- und Versorgungskonzepte verlagert hat. Auch wenn psychisch Kranke nach wie vor von vielen Teilbereichen der Gesellschaft ausgeschlossen sind, lebt die Mehrzahl mittlerweile in der Gemeinde, wo sie durch ambulante Versorgungsangebote unterstützt werden (Eikermann et al. 2005; Rössler/Theodoridou 2006; Social Exclusion Unit 2004). Die im somatischen Bereich erfolgreiche Selbstmanagementförderung könnte sich – so die Erwartung – auch in der (prioritär ambulanten) Begleitung von chronisch psychisch kranken Menschen als innovativer Interventionsansatz erweisen.

Wenig transparent ist bislang aber, wie Selbstmanagementförderung im Kontext von Mental Health verstanden wird und welche Möglichkeiten sie bei der Begleitung psychisch chronisch kranker Menschen bietet. Eben diesem Mangel wollen wir mit dieser Literaturanalyse begegnen. Deren Ziel ist es, die Entwicklung und das Verständnis von Selbstmanagementförderung generell nachzuzeichnen, den Entwicklungs-, Diskussions- und Forschungsstand zu diesem Thema zu kompilieren und insbesondere dessen bisherige Rezeption und Anwendung bei chronisch psychischen Gesundheitsproblemen in den Blick zu nehmen. Konkret werden in dieser Literaturarbeit folgende wissenschaftliche Teilfragestellungen bearbeitet:

- Wie haben sich Selbstmanagementförderung und der Diskurs darüber von den Anfängen an bis heute entwickelt, und welche Wandlungsprozesse wurden dabei in Theorie und Praxis durchlaufen?
- Lässt sich der vorliegenden Literatur über die verschiedenen Anwendungsbereiche und Diskussionszirkel hinweg ein einheitliches konzeptionelles Verständnis von Selbstmanagementförderung entnehmen?
- Welches Verständnis von Selbstmanagementförderung herrscht im Mental Health Bereich vor und wie schlägt sich dies in der Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen nieder?

- Welche Forschungsaktivitäten zum Thema Selbstmanagementförderung in diesem spezifischen Handlungsfeld sind auszumachen, welche Erkenntnisse wurden bereits erarbeitet und welche Desiderata lassen sich identifizieren?

Durch die Beantwortung dieser Fragestellungen wird ein Beitrag zur Diskussion über Selbstmanagementförderung im Anwendungsfeld mentaler Gesundheitsversorgung geleistet, die Relevanz der unter diesem Begriff zusammengefassten Interventionen für die Beantwortung chronisch psychischer Gesundheitsprobleme reflektiert und schließlich eine solide Ausgangsbasis für die künftige empirische Auseinandersetzung mit diesem Thema erarbeitet.

2. Methodisches Vorgehen

Durchgeführt wurde eine umfangreiche Recherche und Analyse deutsch- und englischsprachiger Literatur zum Thema. In einem ersten Arbeitsschritt wurden hierfür Übersichtsarbeiten und systematische Reviews gesichtet und per Schneeballverfahren zentrale Publikationen sowie Autoren identifiziert, die wesentliche Beiträge zum Diskurs über Selbstmanagementförderung geliefert oder sich bereits intensiver mit diesem Thema befasst haben. Für die sich anschließende Datenbankrecherche wurden die Schlagworte „*Self Management*“ mit „*Chronic Disease*“, „*Chronic Illness*“ und „*Chronic Conditions*“ sowie in einem zweiten Schritt mit „*Mental Illness*“, „*Mental Disease*“, „*Mental Disorders*“, „*Schizophrenia*“, „*Depression*“ und „*Bipolar Disorder*“ kombiniert. Recherchiert wurde in den Datenbanken Medline und Embase, PsycInfo sowie Sociological Abstracts. Berücksichtigt wurden nur solche Publikationen, bei denen die relevanten Begriffe im Titel, in der Kurzfassung (Abstract) oder als Schlüsselwort auftauchten. Von der Auswertung ausgeschlossen wurden Veröffentlichungen, die primär mit dem Selbstmanagement verwandte oder in diesem Zusammenhang zuweilen diskutierte Konzepte wie „*Self-Care*“ oder „*Disease Management*“ behandeln.

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden nationale und internationale Datenbanken und Bibliotheksverbünde gesichtet, um relevante Monographien, Sammelbände und Lehrbücher auffindig zu machen. Da im Zuge dessen schnell deutlich wurde, dass der Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit dem Thema im anglo-amerikanischen Raum liegt, wurde international vor allem in der British Library sowie dem Verbundkatalog von Großbritannien recherchiert. Berücksichtigt wurden zudem Diskussions- und Arbeitspapiere wissenschaftlicher Einrichtungen sowie Veröffentlichungen im Auftrag staatlicher und nichtstaatlicher Institutionen des Gesundheitswesens im In- und Ausland. Diese wurden zusätzlich auch über die einschlägigen Internetsuchmaschinen Google und Google Scholar recherchiert.

Aufgrund der Vielzahl der auf diese Weise gefundenen Veröffentlichungen war eine vollständige Sichtung und Bearbeitung aller Publikationen nicht möglich. Für die Auswertung erfolgte daher eine Konzentration auf Übersichtsarbeiten sowie auf für die Fragestellung als relevant eingestufte Veröffentlichungen – dies waren in

erster Linie Publikationen von häufig zitierten Autoren sowie solche, die einen inhaltlich-konzeptionellen oder theoretischen Beitrag zur Selbstmanagement-Debatte leisten. Aus den Studien zur Wirksamkeit von Selbstmanagementprogrammen wurden vorzugsweise systematische Reviews oder zumindest randomisierte kontrollierte Studien ausgewählt. Die letztlich in die Analyse eingeschlossenen Publikationen wurden nach folgenden Kriterien geordnet:

- Anzahl der Veröffentlichungen im Zeitverlauf (national/international)
- Art der Veröffentlichungen (empirische Studien, systematische Reviews, konzeptionelle, praxisorientierte Arbeiten oder theoretische Arbeiten)
- Disziplinen und Akteure, die sich am Diskurs beteiligen, und ihre jeweiligen thematischen Akzentsetzungen

Die auf diese Weise vorstrukturierten Publikationen wurden schließlich systematisch gelesen, wobei als wichtig erachtete Textpassagen markiert und paraphrasiert und mit Blick auf die zuvor genannten Teilfragestellungen inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Die Ergebnisse der Literaturanalyse wurden thematisch verdichtet und in dem vorliegenden Diskussionspapier berichtsförmig aufbereitet. Dabei erfolgt in einem ersten Teil zunächst eine deskriptiv gehaltene Darstellung der Befunde im Überblick, sodann in einem zweiten Teil eine thematisch orientierte Erörterung als zentral erachteter Ergebnisse der Literaturanalyse.

3. Ergebnisse der Literaturanalyse im Überblick

3.1 Quantitativer Überblick über den Stand der Literatur

Die Zahl der im Rahmen dieser Studie kompilierten Publikationen ist mit über 1.500 einschlägigen Titeln beachtlich. Die Spannweite reicht von Aufsätzen in Sammelwerken über Monographien und Diskussion Papers bis hin zu zahlreichen Veröffentlichungen in Periodika. Die meisten der hier erfassten Publikationen sind Zeitschriftenaufsätze, eher selten finden sich Monographien zum Thema. Erste interessante Befunde zeigen sich bereits, wenn allein die in einschlägigen Datenbanken erfassten Zeitschriftenaufsätze näher betrachtet werden.

In Tab. 1 sind die bei EMBASE, Medline, Sociological Abstracts sowie PsycInfo gelisteten Veröffentlichungen zu Selbstmanagement im Bereich chronisch körperlicher Erkrankungen im Zeitverlauf dokumentiert. Das Gros dieser Veröffentlichungen stammt aus den letzten Jahren, rund drei Viertel aller in den genannten Datenbanken gelisteten Veröffentlichungen wurden seit 2005 publiziert.

Tab. 1: Veröffentlichungen zu „Self Management“ in Kombination mit „Chronic Disease“, „Chronic Illness“ oder „Chronic Conditions“ im Zeitverlauf, Stand: 28.03.2012

Zeitraum	Medline und Embase		PsycInfo (nur Journals)	Sociological Abstracts
	Gesamt	Deutschsprachig		
1979 – 1984	4	0	1	0
1985 – 1989	5	0	3	1
1990 – 1994	10	0	4	2
1995 – 1999	58	2	14	2
2000 – 2004	193	6	44	4
2005 – 2009	536	14	219	45
2010 – aktuell	418	8	102	16
Gesamt	1224	30	387	70

Diese Übersicht ist aus unterschiedlichen Gründen bemerkenswert: Zum einen dürfte sich darin schlicht niederschlagen, dass in wissenschaftlichen Kreisen einer Veröffentlichung in einschlägigen Periodika in jüngerer Zeit größeres Gewicht beigemessen wird und die Gesamtzahl der Publikation in diesem Bereich insgesamt angestiegen ist. Sie könnte aber auch ein Hinweis darauf sein, dass die Beschäftigung mit dem Thema Selbstmanagement bei chronischer Krankheit in den letzten Jahren intensiver geworden ist oder aber dass die entsprechende Forschungstätigkeit zugenommen hat. Möglich wäre zudem, dass sich in der zunehmenden Zahl an einschlägigen Veröffentlichungen schlicht der Bedeutungszuwachs chronischer Erkrankungen im Krankheitspanorama abbildet. Auch der Umstand, dass – wie noch zu zeigen sein wird – das Selbstmanagement verstärkt in den Fokus gesundheitspolitischer Strategien der Versorgung chronisch Kranker gerückt wurde,

dürfte die Aufmerksamkeit für dieses Thema geschärft und die Publikationstätigkeit angeregt haben. Erfahrungsgemäß gehen von derartigen politischen Akzentverschiebungen stets auch Impulse für die wissenschaftliche Auseinandersetzung aus. Welcher der genannten Gründe für den dokumentierten Befund verantwortlich ist oder ob nicht alle gemeinsam die wachsende Zahl an Veröffentlichungen zum Thema Selbstmanagementförderung erklären, ist schwer zu beurteilen.

Erste Veröffentlichungen, die das Thema Selbstmanagement im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen aufgreifen, finden sich in den 1980er- und 1990er-Jahren (Tab. 2). Seit den 2000er-Jahren steigen die in den einschlägigen Datenbanken gelisteten Veröffentlichungen deutlich an, bleiben in der Summe aber – verglichen mit denen zu chronisch somatischen Erkrankungen – noch überschaubar. Mittlerweile liegen zu vielen epidemiologisch relevanten psychischen Erkrankungen einschlägige Veröffentlichungen vor, dabei sind Schizophrenie, bipolare Störungen und Angststörungen etwa im gleichen Maße berücksichtigt. Eine Besonderheit stellen Veröffentlichungen zu Selbstmanagement bei Depressionen dar. Sie haben in den letzten Jahren einen deutlichen Zuwachs erfahren und sind in der Summe kaum mehr zu überblicken. Dabei ist zu bedenken, dass Depressionen vielfach als Komorbidität körperlicher Grunderkrankungen thematisiert werden (Redman 2008).

Tab. 2: Veröffentlichungen zu „Self Management“ in Kombination mit „Mental Illness“, „Mental Disorders“, „Mental Disease“, Stand 28.03.2012

Zeitraum	Medline und Embase		PsycInfo (nur Journals)	Sociological Abstracts
	Gesamt	Deutschsprachig		
1979 – 1984	0	0	1	0
1985 – 1989	1	0	0	0
1990 – 1994	1	0	2	0
1995 – 1999	3	0	5	0
2000 – 2004	13	0	17	0
2005 – 2009	40	0	33	0
2010 – aktuell	37	1	24	0
Gesamt	95	1	82	0

Der regionale Schwerpunkt der Aktivitäten zum Thema Selbstmanagement(förderung) liegt unverkennbar in den USA, Großbritannien und Australien. Es lassen sich Forschergruppen identifizieren, die die Debatte national und international vorangetrieben haben. Hervorzuheben sind die Arbeiten der Arbeitsgruppe um Kate Lorig von der Stanford University (exempl. Lorig 1982, 1993; Lorig/Holman 2003), deren „Chronic Disease Self-Management-Program“ (CDSMP) inzwischen weltweite Aufmerksamkeit erfahren hat, in vielen Ländern verbreitet ist und an unterschiedliche Patientengruppen angepasst wurde. Eine zweite maßgebende Forschergruppe ist um Malcolm Battersby von der Flinders University in Australien versammelt. Auch das Flinders Modell, das sich auf das CDSMP bezieht, wurde

zwischenzeitlich international zur Kenntnis genommen und aufgegriffen – so auch in Deutschland (Battersby et al. 2010; Battersby 2007; Schwarze et al. 2008). In jüngster Zeit ist darüber hinaus eine zunehmende Publikationstätigkeit in China und Japan zu beobachten (exempl. Fu et al. 2006; Du/Yuan 2010) – Ausdruck der auch dort zunehmenden Auseinandersetzung mit dem Thema.

Englischsprachige Veröffentlichungen von deutschen Experten(gruppen) sind vergleichsweise selten zu finden. Auch bleiben deutschsprachige Veröffentlichungen zahlenmäßig weit hinter den englischsprachigen zurück. Ursächlich hierfür mag sein, dass die Debatte über Selbstmanagementförderung im deutschsprachigen Raum erst mit Verzögerung, im internationalen Vergleich nach wie vor verhalten, zuweilen unter anderen thematischen Vorzeichen und wenig systematisch aufgenommen wurde. Bemühungen darum, den Selbstmanagement-Diskurs systematisch aufzubereiten und für den deutschsprachigen Raum zu erschließen, wurden zwischenzeitlich aus pflegewissenschaftlicher Perspektive (Schaeffer et al. 2005, Haslbeck/Schaeffer 2007) sowie – mit Einschränkungen – aus den Reihen der Rehabilitationsmedizin geleistet (Rau/Petermann 2008; Schwarze et al. 2008).

In der deutschsprachigen Literatur finden sich neben wenigen wissenschaftlichen Arbeiten die Übersetzung eines englischsprachigen Standardwerks (Redman 2008) sowie eine sich vorsichtig entwickelnde Thematisierung in Praxiszeitschriften. Die in der Schweiz ansässige Stiftung Careum ist bemüht, die Selbstmanagementförderung im deutschsprachigen Raum zu verbreiten und hat erst unlängst eine deutschsprachige Version des mittlerweile weit verbreiteten Chronic Disease Self-Management Program (CDMSP) sowie eine Version des dazugehörigen Patientenbuches von Kate Lorig veröffentlicht (Lorig/Haslbeck 2011).

3.2 Qualitativer Überblick über den Stand der Literatur

Aufschlussreich ist neben der rein quantitativen Entwicklung der Veröffentlichungen auch die Frage, wer sich mit welchen thematischen Schwerpunktsetzungen und Relevanzkriterien an der Selbstmanagementdiskussion beteiligt. Wird danach gefragt, welche Disziplinen am Diskurs über Selbstmanagementförderung partizipieren, sticht das Engagement der Pflege(wissenschaft) hervor. Ein erheblicher Teil der Veröffentlichungen stammt aus dieser Disziplin, vereinzelt wird Selbstmanagementförderung sogar als genuin pflegerische Intervention bezeichnet (exempl. Nagakawa-Kogan 1988). Erklären lässt sich dies damit, dass die Pflege als „caring profession“ in ihren unterschiedlichen Handlungsfeldern in besonderer Weise mit den Auswirkungen chronischer Krankheiten konfrontiert und daher stets auf der Suche nach geeigneten Interventionsansätzen ist. Eine wichtige Rolle spielt das Thema aber auch für andere Gesundheits- und Sozialprofessionen beispielsweise im Handlungsfeld der Rehabilitation. Mediziner sind, außer im australischen Flinders Modell (Battersby 2007) seltener am Diskurs über Selbstmanagementförderung beteiligt. Dies mag damit zusammenhängen, dass edukative Inter-

ventionen zumeist außerhalb des medizinischen Handlungsrepertoires angesiedelt (Wagner et. al 2001) und international anderen Gesundheitsprofessionen – darunter nicht zuletzt Pflegenden – überantwortet werden. Allenfalls im Mental Health Bereich scheint das ärztliche Engagement durch die Beteiligung von Psychiatern ausgeprägter. Schließlich schlägt sich in der Literatur die umfangreiche medizinsoziologische Forschung zum Thema Selbstmanagementförderung nieder.

Die einzelnen Disziplinen legen unterschiedliche Relevanzkriterien an, wenn sie sich mit Selbstmanagementförderung befassen. So rückt die Verhaltens- und Rehabilitationsmedizin vorrangig klinische Outcomes und das Einhalten von Therapieregimen ins Blickfeld (exempl. Van Wert et al. 2008). In der Psychiatrie spielt traditionell die Frage der Therapietreue und der auf diese Weise erreichten Symptomreduktion und Rückfallprophylaxe als Ergebnisdimension in der Selbstmanagementförderung eine wichtige Rolle (Barlow et al. 2005a; Shon/Park 2002; Shon 2003). Die Pflege interessiert sich zwar ebenfalls für klinische Outcomes, thematisiert darüber hinaus aber auch individuelle Präferenzen der Patienten und setzt sich somit kritisch mit der Dominanz medizinischer Relevanzkriterien im Behandlungsprozess auseinander (exempl. Wilson et al. 2007). Die (medizin-)soziologische Forschung wiederum fokussiert Zugangswege sowie mögliche Benachteiligungen vulnerabler Patientengruppen in der Gesundheitsversorgung (exempl. Bury et al. 2005) – ein Aspekt, der für die Versorgung psychisch kranker Menschen bedeutsam ist.

Ein Teil dieser Veröffentlichungen setzt sich außerdem kritisch mit dem zunehmenden Engagement gesundheitspolitischer Akteure in der Selbstmanagementdebatte auseinander. Bereits seit den 1980er-Jahren und vermehrt in den letzten Jahren finden sich Veröffentlichungen, die Selbstmanagementförderung aus politischer und ökonomischer Perspektive diskutieren (exempl. Bury et al. 2005; Department of Health 2001; Institute of Medicine 2003). Vor allem im angloamerikanischen Raum wird Selbstmanagementförderung neben eher steuerungsbezogenen Konzepten (etwa dem Case Management; vgl. exempl. Ewers/Schaeffer 2005) als ein zentrales Element gesundheitspolitischer Antworten auf die Zunahme chronischer Erkrankungen diskutiert (Coulter/Ellins 2009). In Konzepten wie dem „Chronic Care Model“ oder dem „Expert Patient Programme“ ist Selbstmanagementförderung neben Case Management und Disease Management eine tragende Säule in einem multimodalen Versorgungskonzept – mit entscheidender Bedeutung für die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker (Bury et al. 2005; Department of Health 2001, 2005; Nolte/McKee 2008; Wagner et al. 2001).

3.3 Versuch einer definitorischen Eingrenzung

Für den englischsprachigen Begriff „self-management“ (zu Deutsch: Selbstmanagement) gibt es keine Gold-Standard-Definition (Barlow et al. 2002; McGowan 2005). Je nach verwendetem Kontext und Fokus auf die Diskussion kursieren ver-

schiedene Begriffsbestimmungen, die zwar ähnliche Aktivitäten benennen, sich aber hinsichtlich der Zuschreibung von Rollen und Verantwortlichkeiten der beteiligten Akteure zum Teil deutlich unterscheiden (McGowan 2005). Grundsätzlich lassen sich in der Literatur drei Bedeutungsstränge von „self-management“ ausmachen, die hier kurz dargelegt werden sollen.

Zum einen wird Selbstmanagement als *individuelle Bewältigungsaufgabe chronisch kranker Menschen* gefasst, wobei sich sowohl defizitorientierte als auch ressourcenorientierte Ausprägungen dieses Verständnisses finden. Einige Autoren heben in ihren Definitionen hervor, dass Selbstmanagement dazu beiträgt, die mit der Erkrankung alltäglich einhergehenden Belastungen individuell kontrollieren oder reduzieren zu können (Clark et al. 1991: 5). Andere, wie etwa Adams et al. (2004), betonen die Aufgaben, die bewältigt werden müssen, um trotz der chronischen Beeinträchtigungen ein erfülltes Leben führen zu können:

„Self-management relates to the tasks that an individual must undertake to live well with one or more chronic conditions. These tasks include having the confidence to deal with medical management, role management, and emotional management“ (Adams et al. 2004: 57).

Daneben existieren zahlreiche Definitionen, die Selbstmanagement als *individuelle Kompetenz chronisch kranker Menschen* verstanden wissen wollen:

„Self-management refers to the individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychological consequences and life style changes inherent in living with a chronic condition“ (Barlow et al. 2002: 178).

Der Begriff bezeichnet in diesem Fall das Wissen, das Können und dessen koordinierte Anwendung sowie die Bereitschaft eines Menschen, die aus der Konfrontation mit einer chronischen Krankheit resultierenden Belastungen und Herausforderungen eigenständig beantworten und bewältigen zu können.

Schließlich wird der Begriff „self-management“ in der Literatur auch für *edukative Interventionen zur Entwicklung und Förderung der Selbststeuerungsfähigkeiten von chronisch kranken Menschen* verwendet, so etwa in einer häufig zitierten Definition des britischen Department of Health (2001: 22). Eher in Ausnahmefällen werden für diese eher anbieterorientierte Sichtweise im Englischen konkretere Begriffe wie „self-management support“ (Adams et al. 2004), „self-management preparation“ (Reman 2004) oder auch „self-management education“ (Funnel et al. 2010) verwendet und damit eine sprachliche Differenzierung vorgenommen.

Grundsätzlich zeigen die Autoren international nur wenig Interesse an einer unmissverständlichen terminologischen Abgrenzung und nicht selten werden in den Quellen mehrdeutige Begrifflichkeiten nebeneinander oder synonym verwendet. Diese Feststellung gilt auch für die Diskussionen im Mental Health Bereich. Sowohl in den einschlägigen Programmen als auch in den entsprechenden Studien wird selten eine konsentrierte Definition angeboten und vielfach wird in den diversen Publikationen eine uneinheitliche Terminologie verwendet (Barlow et al. 2005a).

Während sich vereinzelte Autoren darum bemühen, eigene definitorische Akzente zu setzen (exempl. Gingerich/Mueser 2005; Mueser et al. 2002), orientieren sich andere mit ihren Definitionen enger an dem Diskurs zu chronisch körperlichen Erkrankungen und den in diesem Kontext verwendeten Begriffsbestimmungen (Pollack 1996). Bemerkenswert ist in diesem Kontext folgende Definition:

„Self-management is something we all do. It is whatever we do to make the most of our lives by coping with our difficulties and making the most of what we have. Applied specifically to people with a schizophrenia diagnosis, it includes the ways we cope with, or manage, or minimise, the ways the condition limits our lives, as well as what we do to thrive, to feel happy and fulfilled, to make the most of our lives despite the condition“ (Martyn 2005: 3).

Der Wortlaut und die inhaltliche Ausrichtung lassen erkennen, dass diese Definition aus einer Insiderperspektive heraus und nicht – wie sonst üblich – aus professioneller Expertensicht verfasst wurde. Darin schlägt sich nieder, dass der Diskurs über Selbstmanagement(förderung) im Mental Health Bereich stark von den Erkrankten und ihren Interessenorganisationen mitgestaltet und beeinflusst wird. Dieser Aspekt wird später noch einmal aufgegriffen.

An dieser Stelle bleibt zunächst festzuhalten, dass wir den Begriff *„Selbstmanagement“* in Übereinstimmung mit den meisten maßgeblichen Autorinnen und Autoren ausschließlich für solche Aktivitäten verwenden, die von chronisch somatisch oder psychisch kranken Menschen außerhalb der geplanten Kontakte mit dem Hilfesystem selbst unternommen werden oder über die sie als individuelle Kompetenz eigenständig verfügen können. Dagegen verstehen wir unter dem Begriff *„Selbstmanagementförderung“* einen patientenzentrierten Versorgungsansatz, bei dem geschulte Laien oder professionelle Helfer zur Aktivierung, Edukation und zum Empowerment von Patienten mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art beitragen (Rijken 2008).

3.4 Identifikation konzeptioneller Kernelemente

Ausgangspunkt der in der Literatur zu findenden konzeptionellen Überlegungen zur Selbstmanagementförderung ist der zunächst etwas trivial anmutende Befund, dass Patienten mit chronischen Krankheiten tagtäglich Entscheidungen über das Leben mit ihrer Erkrankungen treffen, weite Teile der Krankheitsfolgen eigenständig und unabhängig von professioneller Unterstützung steuern, sowie ihr Leben auch nach der Diagnose jenseits von Symptomatik und Beeinträchtigungen autonom (weiter)leben (Battersby et al. 2010; Bodenheimer et al. 2002). Dies trifft gleichermaßen auf Menschen mit somatischen und mit psychischen Gesundheitsproblemen zu. Die Anerkennung dieser Realität bereitet den Boden für ein neues partnerschaftliches Paradigma im Umgang mit chronischer Krankheit und den daraus resultierenden Folgen: An die Stelle traditionell paternalistisch gestalteter Arzt-Patient-Interaktionen tritt eine Partnerschaft von Hilfesuchenden und Hel-

fern sowie eine Verpflichtung auf das Ziel der gemeinsamen Förderung des Selbstmanagements der chronisch Kranken (Bodenheimer et al. 2002). Der Begriff des Managements wird dabei bewusst dem der Bewältigung vorgezogen, um das aktive Handeln der beteiligten Akteure zu betonen. Der Begriff des Selbst wiederum deutet auf die subjektbezogenen Dimensionen dieser Aktivitäten hin (Haslbeck/Schaeffer 2007).

Eine über dieses Grundverständnis hinausgehende Einordnung von Selbstmanagement(-förderung) ist schwierig – zu heterogen sind die unter diesem Terminus subsumierten Ansätze. Im Folgenden soll daher der Versuch einer Abgrenzung gegenüber vergleichbaren Ansätzen sowie einer noch weitgehend ausstehenden Systematisierung der konzeptionellen Kernelemente unternommen werden.

Exkurs: Abgrenzung gegenüber Selbstfürsorge und Selbsthilfe

Einige Autoren verwenden in ihren konzeptionellen Überlegungen den Begriff Selbstfürsorge (self care) in engem Zusammenhang mit dem des Selbstmanagements, was an dieser Stelle einige Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden erforderlich macht. Auch wenn die Begriffe teilweise synonym gebraucht werden, so gilt Selbstfürsorge als der übergeordnete Begriff. Er umfasst alle Aktivitäten einer Person, die eigene Gesundheit zu erhalten und die Auswirkungen von Krankheit zu steuern oder zu verbessern. Selbstmanagementförderung wäre – diesem Verständnis folgend – eine Strategie zur Verbesserung der Selbstfürsorge (Coulter/Ellins 2006). Dagegen wollen Clark et al. (1991) das Selbstmanagement und dessen Förderung deutlich von der Selbstfürsorge abgegrenzt wissen. Selbstfürsorge wird demnach als von gesunden Personen tagtäglich eigenständig vollzogene präventive Tätigkeit zum Erhalt oder zur Förderung von Gesundheit aufgefasst. Selbstmanagement hingegen kommt bei chronischer Krankheit zum Tragen und basiert auf einer *Partnerschaft zwischen Leistungserbringern und Patienten* (ebd.; Clark 2003).

Damit wird deutlich, dass gelingendes Selbstmanagement bei chronischer Krankheit einer mehr oder weniger intensiven Förderung und *Unterstützung durch Professionelle* bedarf (vgl. auch Bodenheimer et al. 2005; Rijken et al. 2008). Dieser Aspekt der durch Professionelle initiierten Unterstützung ist es letztlich auch, der die Selbstmanagementförderung von dem Bereich der *Selbsthilfe(förderung)* abgrenzt. Praktiken, die heute unter dem Terminus Selbstmanagement firmieren, existieren bereits lange bevor sie gezielt von professionellen Akteuren adressiert worden sind. Edukative Ansätze der Selbstmanagementförderung sind allerdings nicht in der Tradition dieser Selbsthilfepraktiken zu sehen, sondern vielmehr als professionelle Ansätze in der Versorgung. Im Unterschied zu dem Edukationsmodell des Selbstmanagements ist das Selbsthilfe-Ethos aus einer kritischen Grundhaltung gegenüber Professionalität entstanden und hebt den Nutzer als Manager seines eigenen Lebens hervor (Kendall/Rogers 2007).

Bei der Selbstmanagementförderung handelt es sich demnach um eine spezifische Form der Zusammenarbeit zwischen chronisch Kranken und Professionellen, die sich in einem Spannungsfeld bewegt – zwischen der Wahrung der Betroffenenau-

tonomie einerseits und der Notwendigkeit professioneller Intervention, also einem Eingriff in ein bestehendes (Bewältigungs-)Geschehen, andererseits. Mit der Betonung der Betroffenenautonomie ist zugleich die Nähe zum Empowerment-Konzept² gegeben. Effektive Selbstmanagementförderung umfasst somit stets auch die Befähigung von Personen mit chronischen Erkrankungen, Verantwortung für ihr Leben mit der Erkrankung, die darauf ausgerichtete Versorgung und gegebenenfalls die Konsequenzen aus individuell getroffenen Versorgungsentscheidungen zu übernehmen – etwa die Ablehnung einer spezifischen Therapie.

Basierend auf diesem Verständnis und vor dem Hintergrund der in der einschlägigen Literatur geführten Diskurse lassen sich letztlich die folgenden drei konzeptionellen Kernaspekte der Selbstmanagementförderung ableiten:

Problemverständnis: Nicht die chronische Krankheit und ihre Ausprägungen, sondern die Person und deren Möglichkeiten zur Bewältigung der bio-psycho-sozialen Folgen der Erkrankung stehen im Zentrum der Aufmerksamkeit und der gemeinsamen Behandlungs- und Versorgungsaktivitäten. Das Leben mit chronischer Krankheit wird als sozial definierte Erfahrung, nicht als medizinische aufgefasst. Diese gelebte Erfahrung hebt sich vom konventionellen biomedizinischen Verständnis von Krankheit ab und beinhaltet eine Abkehr vom paternalistischen Modell der medizinischen Behandlung. Das primäre Ziel ist oftmals nicht Heilung, sondern Verbesserung des körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens und Wiedererlangung von Handlungs- und Entscheidungsautonomie (Battersby et al. 2010; Bury et al. 2005; Corbin/Strauss 2010; Hanson/Gerber 1990; Redman 2004).

Interventionsverständnis: Die Problemdefinition wird von den Erkrankten selbst, nicht von den professionellen Helfern geleistet, dementsprechend folgen auch die Interventionen einer veränderten Logik, bei der nicht allein die Kontrolle des Krankheitsverlaufs im Vordergrund steht (Bodenheimer et al. 2002; Redman 2004). Traditionelle, zumeist direktive Formen der Patientenschulung sowie konventionelle, an behavioristischen Leitgedanken orientierte didaktische Ansätze treten zugunsten partizipatorischer und selbstbestimmter Lerntechniken in den Hintergrund. Die Vermittlung von Problemlösekompetenzen gewinnt gegenüber der von kognitivem Wissen und technischen Skills an Bedeutung. Statt Förderung der Therapietreue geht es um eine verbesserte Selbstwirksamkeit (Bodenheimer et al. 2002, 2005; Lorig/Holman 2003; Redman 2004).

Rollenverständnis: Selbstmanagementförderung basiert auf veränderten Annahmen über die Rollen chronisch kranker Menschen und professioneller Helfer. Aufgabe Letztgenannter ist es, chronisch kranke Menschen durch Einbringen fachlicher Expertise bei deren Selbstmanagement zu unterstützen: Professionelle Helfer informieren und aktivieren den Patienten und assistieren ihm bei seinem Selbst-

² „Empowerment“ meint das Entdecken und die Entwicklung der einer Person innewohnenden Kapazitäten, Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen (Battersby et al. 2010; Stark 1996).

management (Bodenheimer et al. 2002; Coultner/Ellins 2006). Menschen mit chronischen Krankheiten und ihre professionellen Helfer müssen ihr jeweiliges Rollenverständnis immer wieder neu aushandeln und den sich verändernden Situationen im Krankheitsverlauf anpassen. Sie lassen sich dabei von einem partnerschaftlichen und auf Gleichberechtigung basierenden Modell der Beziehungsgestaltung leiten (Bodenheimer et al. 2002; Bury et al. 2005).

Selbstmanagementförderung ist somit – die bisherigen Überlegungen zusammenfassend – ein patientenzentrierter, partnerschaftlich geplanter und durchgeführter edukativer Interventionsansatz, der sowohl auf eine möglichst autonome Bewältigung bio-psycho-sozialer Folgen chronischer Krankheit als auch eine aktive Gestaltung des eigenen Lebens mit der Erkrankung abzielt. Die chronisch kranke Person wird – unter Berücksichtigung ihrer bio-psycho-sozialen Voraussetzungen – beim eigenständigen Erwerb konkreter Kompetenzen, die für die Erreichung selbst gesetzter Ziele notwendig sind, aktiv gefördert und begleitet.

3.5 Interventionslogische Einordnung und Abgrenzung

In der somatisch orientierten Traditionslinie scheint unter den relevanten Autoren Einvernehmen darin zu bestehen, dass die Selbstmanagementförderung den *edukativen Interventionsformen* zuzuordnen ist. Unter Rückgriff auf bildungswissenschaftliche und lernpsychologische Erkenntnisse und Methoden sollen individuelle Lern- und Entwicklungsprozesse auf kognitiver, affektiver und pragmatischer Ebene angestoßen und durch geeignete Maßnahmen in ihrem Verlauf gefördert werden (DHHS 1982; Holroyd/Creer 1986; Lorig 1982; Ormiston 1980). Von der traditionellen Patientenedukation mit einem Fokus auf Wissensvermittlung und Complianceförderung unterscheidet sich die Selbstmanagementförderung konzeptionell-methodisch – wie zuvor angemerkt – durch einen stärker partizipativen und subjektzentrierten Ansatz (Müller-Mundt 2001; Lorig/Holman 2003). In patientenzentrierten Interventionen, in denen Selbstmanagementförderung eine zentrale Rolle einnimmt (Cook 2005; Coultner/Ellins 2006), werden Patienten als eigenständige Persönlichkeiten wahrgenommen und ihre individuellen Erfahrungen von Krankheit gewürdigt (the patient-as-person) (vgl. auch Mead/Bower 2000). Wesentliches Charakteristikum dieser Intervention ist, dass die Erkrankten zur aktiven Mitwirkung an der Behandlung ermutigt werden und dass die Verantwortung für das Behandlungs- und Versorgungsgeschehen partnerschaftlich geteilt wird (ebd.; Bodenheimer et al. 2002). Um die Interventionslogik dieser Vorgehensweise zu fassen, wird in der Literatur auch von supportivem anstelle von edukativem Vorgehen gesprochen (Haslbeck/Schaeffer 2007).

Auch im Mental Health Bereich wird Selbstmanagement als zentrales Element einer nutzergesteuerten (consumer-directed) Versorgung angesehen (Cook 2005). Allerdings ist die Situation hier unübersichtlicher – dies betrifft vor allem die Frage, ob die von professionellen Helfern durchgeführte Selbstmanagementförde-

rung den edukativen oder den therapeutischen Interventionsansätzen zugeordnet werden kann, ob es sich dabei also um die Initiierung und Begleitung eines individuellen Lernprozesses durch Information, Beratung und Anleitung oder um die Durchführung eines von Therapeuten gesteuerten Behandlungsprozesses handelt.

Zumeist wird die Selbstmanagementförderung in diesem Kontext – in Abgrenzung zur bedeutsamen und viel diskutierten Psychopharmakotherapie – den *psychosozialen Behandlungsansätzen* zugeordnet (Mueser/Bond 2000). In dieser Sammelkategorie finden sich so unterschiedliche Interventionen wie das Case Management, die berufliche Wiedereingliederung, die Familienintervention, die kognitive Verhaltenstherapie, die Soziotherapie oder auch die Psychoedukation. Als Gemeinsamkeit dieser unterschiedlichen Interventionsansätze gilt, dass sie durch kommunikativ-interaktive Maßnahmen den interpersonalen Umgang und das Einhalten sozialer Rollen auf der Verhaltensebene unterstützen, ein selbständiges Leben und eine Beschäftigung in der Gemeinde fördern, die Schwere der Symptomatik und eventuell begleitende Komorbidität reduzieren sowie den Umgang mit der Erkrankung insgesamt verbessern sollen (Mueser/Bond 2000). Bemühungen um eine interventionslogische Unterscheidung zwischen im eigentlichen Sinne therapeutischen, edukativen oder versorgungssteuernden Interventionen findet sich in der Literatur selten. Allenfalls in Richtung auf verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze lassen sich vereinzelt Abgrenzungsversuche ausmachen. Diesen therapeutischen Ansätzen werden zwar ähnliche Ziele wie der Selbstmanagementförderung zugeschrieben, allerdings fehlt ihnen ein „Selbstmanagement-Ethos“:

“Central to self-management is the promotion of control and responsibility by the individual who then feels confident in his or her own ability to manage symptoms and the impact of symptoms on his or her life. This approach differs from behavioral treatment: use of the term ‘treatment’ infers therapist intervention and is not the same as interventions that are informed by behavioral principles” (Barlow et al. 2005a: 273f).

Verhaltenstherapeutische Ansätze setzen – diesem Verständnis folgend – auf die Behandlung der Erkrankung und ihrer Symptome durch Professionelle, während Selbstmanagementförderung die eigenverantwortliche Anwendung spezifischer Strategien Einzelner in deren Alltag zur Bewältigung der Erkrankung und ihrer Symptome unterstützen will (ebd.).

Abgrenzungsprobleme ergeben sich mit Blick auf das Selbstmanagement aber nicht allein in Richtung auf die Verhaltenstherapie. Auch mit Blick auf die in der psychologischen und psychotherapeutischen Literatur populäre *Psychoedukation* gibt es Klärungsbedarf. Der Begriff der Psychoedukation wurde vor gut 20 Jahren in den USA geprägt und steht für Behandlungsansätze bei chronisch psychisch Kranken, die eine umfassende Aufklärung von Betroffenen über ihre Erkrankung zum Ziel haben (Behrendt/Krischke 2005). Hauptziel psychoedukativer Interventionen ist die Verbesserung der Therapietreue sowie eine Senkung der Rückfall-

wahrscheinlichkeit und damit eine positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs insgesamt (Behrendt et al. 2005). Dabei ist zu berücksichtigen, dass beispielsweise in der Behandlung schizophrener Psychosen fehlende medikamentöse Therapie-treue als stärkster Rückfallprädiktor gilt (Barkhof et al. 2011; Klimitz 2006; Vermeire et al. 2001). Neben diesem Motiv der Complianceförderung und Rückfallprophylaxe will die Psychoedukation unter anderem auch die subjektive Verarbeitung des Krankheitsgeschehens fördern, die aktive Krankheitsbewältigung stärken, die Entwicklung eines positiven Selbstkonzepts auf Seiten der Erkrankten unterstützen, das krankheitsbezogene Wissen erweitern sowie zu einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient beitragen (Behrendt/Krischke 2005). Ungeachtet dieser emanzipatorischen Zielsetzungen dominieren in der Regelversorgung der Psychoedukation jedoch kognitiv-behaviorale Formen der Patientenunterweisung bzw. -schulung, bei der die Rollen zwischen Teilnehmenden und Lehrenden auf zumeist traditionelle Weise verteilt sind und die Themensetzung durch die Professionellen vorgegeben wird (Knuf et al. 2007; Klimitz 2006; Behrendt/Krischke 2005). Die Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003: 3) spricht mit Blick auf die Psychoedukation auch von einer „didaktisch-psychotherapeutischen Intervention“, bei der dem Therapeuten besondere Verantwortung auferlegt ist. Aus interventionslogischer Perspektive betrachtet ist die Psychoedukation somit an der Schnittstelle zwischen edukativen und verhaltenstherapeutischen Interventionen anzusiedeln, wobei je nach Autor entweder edukative oder verhaltenstherapeutische Aspekte überwiegen (Behrendt/Krischke 2005).

Wengleich die Psychoedukation in der Literatur immer wieder in die Nähe der Selbstmanagementförderung gerückt oder gar mit ihr gleichgesetzt wird, zeigen sich bei näherer Betrachtung doch Unterschiede zwischen beiden Interventionskonzepten: Hingewiesen sei einerseits auf die in der Psychoedukation erkennbare didaktische Bevorzugung dozenten-zentrierter, kognitiv-behavioraler Vorgehensweisen, wogegen in der Selbstmanagementförderung konstruktivistisch gedachte, selbstgesteuerte Lernprozesse favorisiert werden. Darüber hinaus unterscheidet sich die Psychoedukation von der Selbstmanagementförderung durch die Zielsetzung der Complianceförderung und damit dem Festhalten an der Außenperspektive der Therapeuten. Ungeachtet dieser unterschiedlichen Logiken werden die beiden Ansätze in der Literatur selten auseinandergehalten, was eine systematische Auseinandersetzung mit diesen Interventionsansätzen in Theorie und Praxis erheblich erschwert. Dies gilt insbesondere dann, wenn einzelne Programme identifiziert werden sollen, die eindeutig als Selbstmanagementförderung zu verstehen und anzusehen sind (vgl. Kap. 4.2.1).

4. Selbstmanagementförderung – Thematische Schwerpunkte

Im Folgenden werden unter Rückgriff auf die vorliegende Literatur einige thematische Schwerpunktsetzungen vorgenommen und ausgewählte Aspekte des Themas Selbstmanagementförderung näher betrachtet. Den Anfang machen ein Rückblick auf die Entstehung des Selbstmanagementkonzepts und der Versuch, dessen Entwicklungen im Zeitverlauf nachzuzeichnen. Es schließt sich ein Überblick über Programme der Selbstmanagementförderung sowie deren theoretische Grundlagen an, darunter auch über den für die Entwicklung der Selbstmanagementdebatte im Mental Health Bereich bedeutsamen Recovery-Ansatz. Schließlich werden die Praxis der Selbstmanagementförderung sowie wesentliche Kritikpunkte an der derzeitigen programmatischen Umsetzung thematisiert.

4.1 Historische Entwicklung der Selbstmanagementförderung

Die Anfänge des Selbstmanagementkonzepts bei chronischer Krankheit reichen bis in die 1960er-Jahre zurück (Lorig/Holman 2003). Die Arbeitsgruppe um Thomas Creer vom Children's Asthma Research Institute and Hospital in den USA bezeichnet damit vorwiegend die aktive Beteiligung von Patienten an deren Behandlung. Betont werden zudem die damit verbundenen Möglichkeiten, Beeinträchtigungen der Lebensqualität – etwa die eingeschränkte Aktivität der erkrankten Kinder – zu vermeiden oder entgegenzuwirken. Die Patienten sollen darin unterwiesen werden, wie sie ungeachtet ihrer chronischen Erkrankung ein erfülltes und produktives Leben führen können. Selbstüberwachung und Selbststeuerung werden dabei als wesentliche Voraussetzungen angesehen. Noch bleibt dieser Interventionsansatz der Outsider-Perspektive verhaftet: es geht primär darum, die chronisch kranken Kinder „zu managen“ (Creer/Christian 1976: 4). Das Motiv, durch Selbstmanagementförderung zur Sicherung der Lebensqualität der Erkrankten beizutragen, hat sich aber über den Zeitverlauf hinweg erhalten und spielt auch in aktuellen Konzepten eine zentrale Rolle (DHHS 1982; Lorig/Holman 2003).

In einem frühen Übersichtswerk zum Thema Selbstmanagement aus den 1980er-Jahren taucht ein weiteres, für die Selbstmanagementförderung bedeutsames Motiv auf (Holroyd/Creer 1986). Die Rede ist von der Kritik am Paternalismus in der Arzt-Patient-Beziehung und an unzureichender Patientenautonomie. Selbstdiagnose, Selbstbehandlung und Selbststeuerung waren – so der Tenor der kritischen Gesundheits-, Patienten- und Selbsthilfebewegung jener Zeit (Illich 2007³) – traditionell weit verbreitete Praxis, die jedoch nach und nach durch die rechtliche Etablierung des Arztberufes und dessen Machtstellung als unwissenschaftliche

³ Das Original der Kritik des österreichisch-amerikanischen Philosophen Ivan Illich an der Medikalisation der Gesellschaft durch eine um sich greifende Gesundheits- und Medizintechnokratie wurde 1975 unter dem Titel „Die Enteignung der Gesundheit – Medical Nemesis“ publiziert und hat zu damaliger Zeit eine breite Resonanz gefunden.

und potenziell gefährliche Praktiken stigmatisiert und zurückgedrängt worden sind. Dem soll durch eine Renaissance der Selbsthilfe, die Betonung von Eigenverantwortung sowie mehr Patientenorientierung und Patientenpartizipation im Versorgungshandeln begegnet werden. Diese Forderungen wurden von Seiten einzelner professioneller Helfer aufgegriffen und unter anderem mit Programmen zur Selbstmanagementförderung beantwortet (DHHS 1982; Parcel et al. 1986). Betont wurde die spezifische Problemlösungskompetenz von Patienten sowie deren Rolle als Entscheidungsträger im Behandlungs- und Versorgungsprozess:

„As manager, the client uses knowledge and experience to increase his or her flexibility in applying the principles underlying the medical regimen, rather than only following the specifics of the regimen“ (DHHS 1982: 2).

Der autonome Patient wird – so die auch in diesem Zitat zum Ausdruck kommende Sichtweise – ermutigt, sich kritisch mit der Logik des Versorgungshandelns auseinanderzusetzen. Er soll befähigt werden, den Behandlungsplan flexibel und in Reaktion auf die sich verändernde Eigenwahrnehmung, die äußeren Verhältnisse oder die (Krankheits-)Bedingungen anzupassen, anstatt schlicht den Anweisungen professioneller Helfer zu folgen (ebd.). Vielfach blieben bei diesen Initiativen der 1980er-Jahre aber die Imperative des Versorgungssystems und die Logik des Behandlungsplans dominant und wurden die lebensweltlichen und subjektiven Dimensionen des Lebens mit chronischer Krankheit vernachlässigt oder überlagert – ein bis heute im Kontext der Selbstmanagementförderung virulentes Phänomen.

Schließlich schiebt sich seit den 1980er-Jahren ein drittes Motiv mehr und mehr in den Vordergrund: Unter der Überschrift Selbstmanagementförderung kann Versorgungsverantwortung auf die Patienten und ihre Angehörigen (zurück)verlagert und können kostenintensive professionelle Versorgungsleistungen durch Eigenleistungen der Patienten oder informelle Hilfe durch ihr jeweiliges soziales Netzwerk ersetzt werden. Derartige ökonomische Argumentationsmuster finden sich seit dieser Zeit immer wieder in den Veröffentlichungen zu Selbstmanagementförderung (exempl. Holroyd/Creer 1986; Lorig 1985).

Die Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung konzentriert sich lange Zeit auf die patientenseitigen Herausforderungen bei ausgewählten somatischen Krankheitsbildern. Noch in der Definition von Clark et al. (1991) bezieht sich Selbstmanagement lediglich auf die Aufgaben, die aus einer chronisch körperlichen Krankheit erwachsen (Clark et al. 1991). Psychische Krankheiten sind in vielen Initiativen als Störfaktoren für Selbstmanagement-Prozesse sogar ausgeschlossen (Holroyd/Creer 1986; Lawn et al. 2007). Eine Ausnahme bilden kognitiv- und verhaltensorientierte Skills-Trainings zur Verbesserung von sozialer Kompetenz oder Problemlösekompetenz, in denen vereinzelt der Terminus Selbstmanagement verwendet wird (Eckmann et al. 1992).

Erst nach und nach tritt ins Bewusstsein, dass chronisch somatische Erkrankungen häufig mit psychischen Symptomen assoziiert sind. Ins Blickfeld rücken dabei vor

allem Depressionen als Folge einer chronischen körperlichen Grunderkrankung (Chapman et al. 2005). Eine vergleichsweise junge Entwicklung ist dann auch, dass psychische Erkrankungen zum alleinigen Zielpunkt von Programmen zur Selbstmanagementförderung erklärt oder dass bestehende Programme den spezifischen Herausforderungen dieser Zielgruppe angepasst werden.

Als Gründe für die zögerliche Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich werden in der Literatur vor allem zwei Aspekte diskutiert. Zum einen herrschte lange Zeit eine pessimistische Sicht auf Krankheitsverläufe bei schweren psychischen Erkrankungen vor, zum anderen bestanden auf Seiten der professionellen Helfer Zweifel mit Blick auf die Partizipationsmöglichkeiten der Patienten an psychosozialen Interventionen. Dies beförderte in der Summe eher paternalistische Behandlungsansätze (Gingerich/Mueser 2005). Verbesserungen in der Behandlung schwerer psychischer Störungen, die vor allem durch eine Weiterentwicklung der Psychopharmaka erreicht werden konnten, lenkten die Aufmerksamkeit schließlich auf die Möglichkeiten der Rehabilitation und die Bedeutung der Patientenbeteiligung für den Behandlungserfolg (ebd.). Beobachtet wurde, dass psychische Erkrankungen deutlich positiver verlaufen können als lange Zeit angenommen (Davidson et al. 2005) und dass Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits erfolgreich verschiedene Strategien anwenden, um ihr Leben mit der Krankheit und ihren Symptomen zu bewältigen (Breier/Strauss 1983; Hamera et al. 1991; Kennedy et al. 2000). Viele dieser Selbstmanagementstrategien werden über individuelles Experimentieren und mit geringer Anleitung durch Professionelle entwickelt. Dies betrifft nicht zuletzt den relativ hohen Anteil an Personen mit einer psychiatrischen Diagnose, die keine professionellen Hilfen in Anspruch nehmen („untreated prevalent cases“) – entweder aufgrund der Unzulänglichkeiten des psychiatrischen Hilfesystems oder wegen ihrer persönlichen Überzeugungen im Hinblick auf psychische Erkrankungen und deren Behandlung (Olesen et al. 2010). Diese Erkenntnisse haben zu einem Umdenken beigetragen und das Interesse an der Selbstmanagementförderung für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen geweckt.

Schließlich ist noch auf eine weitere Entwicklung hinzuweisen, nämlich die intensiver werdende Beschäftigung mit *krankheitsübergreifenden Herausforderungen*, also etwa dem Umgang mit Symptomen, der Einnahme von Medikamenten oder der Übernahme eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch chronisch kranke Menschen. Dieser seit den 1990er-Jahren forcierte Perspektivwechsel in der Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung ermöglichte es, generische Programme zu entwickeln, die bei unterschiedlichen chronischen Erkrankungen angewendet werden können (Clark et al. 1991). Gestützt wird diese Sichtweise dadurch, dass sich auch bei psychischen Störungen über verschiedene Diagnosen hinweg *allgemeine Selbstmanagementstrategien* identifizieren lassen (Pollack 1996), die denen von chronisch körperlich Erkrankten sehr ähnlich sind, so beispielsweise bei der Einnahme von Medikamenten, der Suche nach Informationen,

der Interaktion mit Professionellen, beim Umgang mit Stress oder beim Erhalt sozialer Beziehungen (ebd.). Aktuell liegen zahlreiche krankheitsspezifische wie auch generische Programme zur Selbstmanagementförderung mit konzeptionell und methodisch unterschiedlicher Akzentuierung vor – einige davon werden im Folgenden übersichtsartig vorgestellt.

4.2 Programme zur Selbstmanagementförderung

Selbstmanagementförderung ist unabhängig von der konzeptionellen und methodischen Ausgestaltung einzelner Programme eine *problemorientierte und auf Problemlösung ausgerichtete Intervention*. Das Definieren von Problemen, das Entwickeln von Lösungen unter Rückgriff auf soziale und professionelle Netzwerke und Ressourcen, die Umsetzung der Lösungswege sowie das Monitoring der Ausführung und schließlich die Bewertung der erzielten Ergebnisse gelten als grundlegende Bausteine (Lorig/Holman 2003). Zentrale Komponenten zahlreicher Programme zur Selbstmanagementförderung sind darüber hinaus

- (1) die Orientierung an den Prinzipien einer patientenzentriert-kooperativ und partnerschaftlich angelegten Versorgungsgestaltung (Collaborative Care),
- (2) das Bemühen um Verhaltens- und Lebensstiländerungen auf Seiten der Patienten sowie die Integration verhaltensbezogener edukativer Interventionen in das Versorgungsgeschehen,
- (3) die Beförderung informierter und partizipativer Entscheidungsprozesse (informed choice),
- (4) die Nutzung von Monitoring- beziehungsweise Kontrollmechanismen durch die Erkrankten selbst, durch Peers oder durch professionelle Helfer (McDonald et al. 2004).

Die Programme integrieren zumeist die Aneignung von Wissen über die Erkrankung sowie deren Management, das Aushandeln und die Anwendung von Versorgungsplänen in Kooperation mit Gesundheitsprofessionen, anderen Unterstützern und Bezugspersonen, die Steuerung physischer, emotionaler und sozialer Folgen der Erkrankung sowie Strategien zur Erleichterung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten und deren Nutzung (Lawn/Schoo 2010).

Unterscheiden lassen sich die vorliegenden Programme zur Selbstmanagementförderung nach drei Kriterien und zwar (a) der inhaltlichen Ausrichtung (generisch versus krankheitsspezifisch), (b) der Leitung (Peers/Laien versus Gesundheitsprofessionen) und (c) der Zielgruppe (Einzelprogramme versus Gruppenprogramme). Diverse Mischformen sind denkbar und in der Praxis auch zu finden.

4.2.1 Krankheitsspezifische Programme

Programme aus dem somatischen Bereich

Zu den bekanntesten Programmen für chronisch somatisch Erkrankte zählen die Ansätze der Arbeitsgruppe um Kate Lorig, die vor nunmehr 25 Jahren am Stanford University Patient Education Research Center im kalifornischen Palo Alto in den USA entwickelt wurden und seitdem bei verschiedenen Populationen, Erkrankungen und in unterschiedlichen Kontexten angewandt, vielfach wissenschaftlich evaluiert sowie in verschiedenen Ländern implementiert wurden (Lawn/Schoo 2010). Beispielhaft soll hier das überaus erfolgreiche Arthritis Self-Management Program (ASMP) skizziert werden. Aus ihm ist später das nicht minder bekannte generische Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) hervorgegangen.

Das ASMP ist von den Grundannahmen geprägt, dass (1) Patienten grundsätzlich zum Management ihrer Arthritis Erkrankung in der Lage sind und (2) als sachkundige Patienten eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erreichen können und damit auch weniger Gesundheitskosten verursachen (Lorig et al. 1985). Es handelt sich um ein gruppenbasiertes Programm. Die Gruppen bestehen in der Regel aus 15 bis 20 Teilnehmern, wahlweise können auch Familienmitglieder einbezogen werden (Lorig et al. 1985). Angeleitet werden die Gruppen von zwei geschulten Laien, so genannten Peers, von denen mindestens einer selbst chronisch krank ist. Der Einsatz von geschulten Laien ist ein zentraler Gedanke des Programms, glaubwürdige Rollenvorbilder sollen die Gruppenteilnehmer in der Modifikation ihres Verhaltens unterstützen. Darüber hinaus werden Laien auch deshalb eingesetzt, weil sie in größerer Zahl verfügbar sind und so viele Patienten kostengünstig erreicht werden können (Lorig 1982). Angeboten werden die Gruppen bewusst in außerklinischen Settings, um die Patienten – ohne den häufig angstauslösenden oder einschüchternden Eindruck eines medizinischen Settings – darin zu bestärken, dass sie mit der Erkrankung in der Gemeinde eigenständig leben und die damit verbundenen Herausforderungen bewältigen können (Lorig 1982). Behandelte Themen sind das Wesen der Erkrankung, der Umgang mit der Medikation, Bewegungsübungen, Entspannungstechniken, Ernährung oder die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal (Lorig et al. 1985). Unterrichtsmethoden sind Gruppendiskussionen, praktische Übungen, Kontrakte und Tagebücher zur Verbesserung der Compliance sowie ein wöchentliches Feedback (Lorig et al. 1985).

Programme aus dem Mental Health Bereich

Im Mental Health Bereich wird Selbstmanagementförderung vielfach mit therapeutischen oder psychoedukativen Interventionskonzepten vermischt, was eine Identifikation krankheitsspezifischer Programme für diese Zielgruppe erschwert (Barlow et al. 2005a). Insgesamt zeigt sich, dass viele krankheitsspezifische Programme zur Förderung des Selbstmanagements bei chronischen psychischen Störungen auf die Reduktion von Symptomen fokussiert sind – den weiteren Konsequenzen der Erkrankung wird oft wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Barlow et al.

2005a; Stenberg et al. 1998). Bei *Schizophrenie* beispielsweise liegt eine hohe Rückfallrate vor, weshalb der Fokus vieler Programme auf die Erkennung von und den Umgang mit Frühwarnzeichen gelegt wird (Stevens/Sin 2005). Weitere Schwerpunkte sind das Medikamentenmanagement, das Symptommanagement (etwa der Umgang mit akustischen Halluzinationen), die Reduzierung von Stress, die Entwicklung von Coping-Strategien sowie das Emotions-Management. Die letztgenannte Facette des Selbstmanagements hat das Ziel, emotionale Probleme, die aufgrund von Schwierigkeiten beim Ausdruck von Emotionen entstehen, besser beantworten zu können (Anzai et al. 2002; Buffum et al. 2009; Shon 2003; Stenberg et al. 1998; Won et al. 2011). Auffallend ist, dass aufgrund der besonderen Bedeutung der Pharmakotherapie in der Behandlung schwerer psychischer Störungen viele Aktivitäten auf die Verbesserung der zuverlässigen Einnahme der Medikamente ausgerichtet sind (Corrigan et al. 1994; Hayward et al. 1995; Liberman/Evans 1985; Shon/Park 2002). Neben der Konzentration auf ein vom Leitgedanken der Therapietreue geprägtes Medikamenten(selbst)management, einer tendenziellen Defizitorientierung und einer traditionellen Rollenverteilung zwischen Helfer und Patient leiden einige dieser Programme auch daran, dass alltägliche Aspekte des Lebens mit der Erkrankung weitgehend unberücksichtigt bleiben (Barlow et al. 2005a; Eckmann et al. 1992; Hayward et al. 1995; Liberman/Evans 1985). Daneben finden sich auch Programme, die verschiedene psychosoziale Interventionen integrieren und sich stärker der Nutzerorientierung und dem Recovery-Ansatz (vgl. Kap. 4.4) verpflichtet fühlen, so beispielsweise Programme zu *bipolaren Störungen* (Stern/Sin 2012). In Selbstmanagement-Programmen bei *Depressionen* gelten die folgenden sechs Komponenten als bedeutsam:

- Interventionen zur Verhaltensänderung wie beispielsweise Assessment, Beobachtung oder Motivation (die meisten der erfolgreichen Programme beinhalten Aspekte von motivierender Gesprächsführung);
- Erstellung eines Plans für Krisen sowie zur Vermeidung von Rückfällen;
- Maßnahmen zum Wiederherstellen von persönlichem Sinn;
- Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Erfahrung, den sozialen Kontext und das gemeindliche Umfeld des Patienten;
- Aufbau einer Partnerschaft zwischen Klient und Professionellem;
- Etablierung einer ganzheitlichen, das Selbstmanagement unterstützenden Struktur (Bachman et al. 2005).

Bei Depressionen finden sich unter anderem psychologische Interventionen zur Förderung von Problemlösekompetenzen (Dowrick et al. 2000; Mynors-Wallis et al. 2000). Viele dieser Interventionen werden von Professionellen gesteuert, wobei häufig verhaltenstherapeutische Ansätze, kognitiv-behaviorale Trainings, Exposition oder Selbstlernmodule zum Einsatz kommen. Diesem Interventionsansatz entsprechend engagieren sich häufig klinische Psychologen oder Psychiater mit Erfahrung in der Anwendung verhaltenstherapeutischer Maßnahmen (Dowrick et al. 2000; Mynors-Wallis et al. 2000). Angeboten werden die Programme im Men-

tal Health Bereich im klinischen Setting oder auch über das Internet vermittelt im häuslichen Umfeld (Barlow et al. 2005a).

4.2.2 Generische Programme

Inzwischen gibt es neben krankheitsspezifischen auch zahlreiche krankheitsübergreifende, so genannte generische Programme zur Selbstmanagementförderung. Die meisten von ihnen wurden ursprünglich zur Unterstützung von chronisch somatisch Erkrankten entwickelt. Zwei international häufig aufgegriffene und umgesetzte Programme sollen hier zur Veranschaulichung kurz skizziert werden:

Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) / USA

Das CDSMP gilt als das weltweit am meisten akzeptierte edukative Programm zur Förderung des Selbstmanagements und ist Vorbild für eine Reihe weiterer generischer Programme, darunter auch das britische Expert Patient Programme (Griffiths et al. 2007; Fu et al. 2003). Es ist aus dem krankheitsspezifischen ASMP hervorgegangen und hat dieses um krankheitsspezifische Herausforderungen erweitert. Es basiert auf folgenden, leicht veränderten Prämissen:

- (1) Patienten haben unabhängig von der spezifischen chronischen Krankheit, an der sie leiden, vergleichbare Selbstmanagement-Probleme und krankheitsbezogene Herausforderungen zu bewältigen,
- (2) Patienten können lernen, Verantwortung für das tagtägliche Management ihrer Erkrankung zu übernehmen und
- (3) zuversichtliche, sachkundige Patienten, die ein aktives Selbstmanagement betreiben, erreichen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und nehmen weniger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch (Lorig et al. 1999).

Zentrales Anliegen ist es, die chronisch Kranken darin zu unterstützen, Kontrolle über ihre eigene Gesundheit und die darauf ausgerichtete Versorgung zu erlangen und auf diese Weise ihre Selbstwirksamkeitserwartungen zu erhöhen (ebd.). Durchgeführt werden strukturierte 6-wöchige Kursprogramme für Gruppen von in der Regel 10 bis 15 Teilnehmern. Die Inhalte der problemorientierten Kurse werden von den chronisch Kranken selbst definiert. Dabei wird ein besonderes Augenmerk auf Probleme und Symptome gerichtet, die über verschiedene chronische Erkrankungen hinweg entstehen, wie Schmerz, Müdigkeit und Erschöpfung, Schlafprobleme, Ärger oder Depression (Sobel et al. 2002). Durch Maßnahmen wie die Erstellung eines wöchentlichen Handlungsplans mit qualifiziertem Feedback, Verhaltensmodellierung und gegenseitigem Problemlösen in der Gruppe, Neuinterpretation von Symptomen sowie Unterstützung bei der individuellen Entscheidungsfindung soll das Selbstmanagement der Kursteilnehmer aktiv gefördert werden. Der Arbeit in Gruppen kommt dabei besondere Bedeutung zu: individuelle Selbstmanagementbemühungen werden verstärkt und der sozialen Isolation der Teilnehmer entgegengewirkt (Lawn/Schoo 2010, Sobel et al. 2002). Das Vorgehen ist bewusst interaktiv gestaltet: es werden keine Lösungen angeboten,

sondern Fertigkeiten zur Entscheidungsfindung sowie Problemlösestrategien eingeübt. Zugleich werden die Erkrankten so auf die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Professionellen vorbereitet (Sobel et al. 2002).

The Flinders Program™ / Australien

Das von Battersby et al. an der Flinders University of South Australia entwickelte Flinders-Modell (The Flinders Program™) will den Stanford-Ansatz fortführen und ergänzen (Battersby 2007; Schwarze et al. 2008), setzt dabei jedoch deutlich andere Akzente als das gruppenbasierte CDSMP. Das Flinders-Programm stellt professionellen Helfern eine individuelle, patientenzentrierte Interventionsstrategie für die Förderung der Zusammenarbeit mit chronisch kranken Patienten bereit. Mittels einer gezielten Bedarfsabschätzung (Assessment) und einer sich unmittelbar anschließenden gemeinsamen Versorgungsplanung sollen die chronisch Kranken in ihrem Selbstmanagement von den professionellen Helfern aktiv unterstützt werden. Das dabei zum Einsatz kommende, vergleichsweise schlichte und vom Patienten selbst anzuwendende Assessmentinstrument „Partners in Health Scale“ wurde von der australischen Arbeitsgruppe basierend auf allgemeinen Grundsätzen des Selbstmanagements, einer systematischen Literatursichtung und den Ergebnissen von Fokus Groups entwickelt (ebd.). Basierend auf der initialen Selbsteinschätzung der chronisch Kranken wird im Gespräch mit dem Arzt das zumeist eher im psychosozialen als im medizinischen Bereich vermutete Hauptproblem ermittelt. Der Patient wird dann interaktiv bei der Festlegung von ihm mittelfristig angestrebter Zielsetzungen für eine gesunde Lebensführung trotz chronischer Krankheit unterstützt. Der sodann erstellte Versorgungsplan geht von den eingangs festgestellten Selbstmanagementproblemen aus. Er enthält Hinweise auf die vereinbarten Behandlungsziele, die zum Einsatz kommenden Interventionen, die dafür verantwortlichen Personen sowie Termine zur Überprüfung der erreichten Fortschritte (ebd.). Mit dieser spezifischen Vorgehensweise ähnelt das australische Flinders-Modell weniger klassischen Ansätzen der didaktisch gestalteten Patientenschulung als vielmehr patientenzentrierten Steuerungsinstrumenten wie dem individuellen Case Management (Ewers/Schaeffer 2005).

Generische Programme im Mental Health Bereich

Mittlerweile liegen auch im Mental Health Bereich einige generische Selbstmanagementprogramme vor (Tab. 3, folgende Seite). Einige davon sind aus etablierten Programmen wie den zuvor beschriebenen hervorgegangen und an die Problemlagen von Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen angepasst worden (Kemp 2011; Lawn et al. 2009). Die Anwendbarkeit des Flinders Programms ist zwischenzeitlich im Rahmen einer Pilotstudie auch mit psychisch Erkrankten erprobt worden, mit durchaus ermutigenden Ergebnissen (Lawn et al. 2009). Auch die Anwendung des britischen Expert Patient Programms wird im Mental Health Bereich derzeit diskutiert (Davidson 2005). Zielgruppenspezifisch erweitert wurde zudem das aus den USA stammende und auf das CDSMP aufbau-

ende *Health and Recovery Peer (HARP) Program* (Druss et al. 2010; Kemp 2011; Lawn et al. 2009). Angesichts der hohen Raten an komorbiden somatischen Erkrankungen adressiert das HARP – sowie eine Reihe weiterer Programme – vorrangig den körperlichen Gesundheitszustand psychisch Kranker (Chafetz et al. 2008; Druss et al. 2010; Sajatovic et al. 2011; Schmutte et al. 2009).

Tab. 3: Generische Programme zur Selbstmanagementförderung (Mental Health Bereich)

Programme	Health and Recovery Peer (HARP) Program	Wellness Recovery Action Planning™ (WRAP)	Illness Management und Recovery Program (IMR)
Programme	Druss et al. 2010	Cook et al. 2009, 2011, 2012; Fukui et al. 2011; Starnino et al. 2010	Färdig et al. 2011; Fujita et al. 2010; Hasson-Oyahon et al. 2007; Levitt et al. 2009; Mueser et al. 2006
Zielgruppe	Psychisch Kranke mit chronisch körperlichen Komorbiditäten	Erwachsene mit psychischen Störungen	Erwachsene mit schweren psychischen Störungen (überwiegend Schizophrenie oder schizoaffektive Psychosen)
Themen	Sport und Bewegung; Management von Schmerz und Fatigue; Gesunde Ernährung bei geringem Budget; Medikamentenmanagement; Zusammenarbeit mit dem Arzt	Entwicklung individueller Wellness-Strategien; Übungen zur Verbesserung des Selbstwertgefühls; Entwicklung eines täglichen Versorgungsplans; Erkennen von Frühwarnzeichen; Entwicklung eines Krisenplans	Recovery-Strategien; Informationen über schwere psychische Erkrankungen, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und Behandlungsstrategien; Soziale Unterstützung; Medikamentenmanagement; Umgang mit Stress, Problemen und fortdauernden Symptomen
Methoden	Handlungsplanung und Feedback; Verhaltens- und Problemlösemodellierung; Neuinterpretation der Symptome; Training spezifischer Selbstmanagementtechniken	Vorträge; Gruppendiskussionen; Beispiele aus dem Leben der Dozenten und Teilnehmer; Einzel- und Gruppenübungen; freiwillige Hausaufgaben	Psychoedukative, motivationale und kognitiv-behaviorale Methoden; Hausaufgaben; Einbezug wichtiger Bezugspersonen
Zielparameter	Patientenaktivierung; Krankheitsselbstmanagement; Medikamenten-Adhärenz; Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Psychiatrische Symptomatik; Hoffnungsvolles Gefühl; Recovery; Selbst; Körperliche und psychische Gesundheit	Krankheitsmanagement; Psychiatrische Symptomatik; Psychosoziales Funktionieren; Recovery
Ergebnisse	Verbesserung in den Bereichen Patientenaktivierung und gesundheitsbezogene Lebensqualität; verbesserte Inanspruchnahme von Angeboten der Primärversorgung	Reduzierung der psychiatrischen Symptomatik; Verbesserung in den Bereichen hoffnungsvolles Gefühl und Lebensqualität	Signifikante Verbesserung des Krankheitswissens, Krankheitsmanagements und der psychiatrischen Symptomatik; Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus

Im HARP wurde aufgrund möglicher Probleme mit der Gesundheitskompetenz (Health-Literacy) kognitiv beeinträchtigter Erkrankter eine Anpassung der eingesetzten Arbeitshilfen vorgenommen: sie wurden auf ein niedrigeres Lese- und Sprachniveau vereinfacht, behandeln den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche und enthalten modifizierte Hinweise zu Ernährung und Bewegung, um den hohen Raten an Armut und sozialer Benachteiligung in dieser Patientengruppe gerecht werden zu können. Zudem wird darin nunmehr die besondere Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen Anbietern der Primärversorgung und dem psychiatrischen Hilfesystem herausgestrichen (Druss et al. 2010).

Neben diesen aus dem somatischen Bereich adaptierten Programmen finden sich solche, die eigens für den Mental Health Bereich entwickelt wurden. Zwei für die weitere Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung richtungweisende Programme für Menschen mit chronisch psychischen Gesundheitsproblemen sollen kurz vorgestellt werden:

Wellness Recovery Action Planning (WRAP)

Das Programm ist innerhalb der USA weit verbreitet, in jedem Bundesstaat der USA finden sich öffentlich geförderte WRAP Programme. Daneben wurde WRAP bereits in weiteren angloamerikanischen Ländern sowie in Japan und Hong Kong aufgegriffen (Cook et al. 2011). Die selbst von einer psychischen Erkrankung betroffene Wissenschaftlerin Mary Ellen Copeland hat WRAP aufgrund individueller Erfahrungen entwickelt (Scott/Wilson 2011). Sie war unzufrieden mit der mangelnden Unterstützung seitens der Gesundheitsprofessionen bei ihren Bemühungen, das eigene psychische Gesundheitsproblem zu managen. Das Konzept wurde ursprünglich entwickelt, um Erkrankte zu befähigen, mit einer bipolaren Störung leben zu können. Mittlerweile wird das WRAP als ein Selbstmanagementansatz für eine ganze Reihe verschiedener psychischer Erkrankungen angewendet (Scott/Wilson 2011). Einige der das WRAP leitenden Werte sind Selbstbestimmung, Gleichheit, gegenseitiges Lernen und Hoffnung. Das Wellness Recovery Action Planning wird nicht nur als ein Programm gesehen, sondern als eine Art zu leben. Dabei versteht es sich als Ergänzung, nicht als Ersatz traditioneller Versorgungsangebote (Scott/Wilson 2011).

Das Programm wird in 8 bis 12 wöchentlichen Sitzungen angeboten und typischerweise von Personen geleitet, die stabil von einer psychischen Erkrankung genesen sind. Die Trainer sind angehalten, nicht direkt über psychiatrische Diagnosen zu sprechen oder eine medizinische beziehungsweise krankheitsorientierte Sprache zu verwenden, um die Bedürfnisse der Teilnehmer nicht zu überformen und zu überfremden (Cook et al. 2009, 2011). Zentraler Bestandteil des WRAP ist die Gestaltung eines eigenen individuellen Plans, um eine Wiederherstellung oder Genesung (Recovery) zu erreichen und erhalten (vgl. hierzu auch Kap. 4.4). Bestandteile sind das Erlernen von Strategien, um Wohlbefinden aufrecht zu erhalten, das Identifizieren und Managen von Symptomen und Auslösern von Krisen sowie die

Bewältigung psychiatrischer Krisen während und nach ihrem Erscheinen. Zum Einsatz kommen sowohl Instruktionstechniken als auch die modellhafte Unterstützung durch Peers, die ihre eigenen Erfahrungen einbringen und damit zentrale Konzepte von Selbstmanagement und Recovery veranschaulichen (Cook et al. 2011). Das Curriculum beinhaltet eine Mischung aus individueller Planung, Schulungsanteilen (z.B. zu Frühwarnzeichen), praktischen Übungen (z.B. zur Unterstützung des Selbstwertgefühls) sowie der Entwicklung eines Krisenplans (Cook et al. 2011). Um das Programm erfolgreich durchführen zu können, werden die Teilnehmer ermutigt, sich täglich 15 bis 20 Minuten Zeit zu nehmen, um ihre persönliche Liste an hilfreichen Verhaltensweisen, Auslösern, Frühwarnzeichen sowie weiteren Symptomen zu überprüfen. Diese Übung gilt als zentraler Bestandteil des WRAP, da sie den Teilnehmern erlaubt zu bestimmen, welche Bestandteile des individuellen Plans jeweils anzugehen sind. Selbstkontrolle wird als alltägliche Routine internalisiert (Scott/Wilson 2011).

Die theoretischen Grundlagen des WRAP sind die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Theorie sozialer Vergleichsprozesse (Cook et al. 2011). Gemessene Outcomes sind die Reduktion der psychiatrischen Symptomatik, das Vorhandensein eines hoffnungsvollen Gefühls sowie die Lebensqualität (Cook et al. 2011).

Illness Management and Recovery Program (IMR)

Ein prominentes und gut erforschtes Beispiel für ein umfassendes, verschiedene Strategien integrierendes Programm ist das Illness Management and Recovery Program (Mueser et al. 2006). Auch das IMR ist mittlerweile international verbreitet, so beispielsweise auch in Schweden, Japan oder Israel (Färdig et al. 2011; Fujita et al. 2010; Gingerich/Mueser 2005; Hasson-Ohayon et al. 2007).

Das Programm wurde entwickelt, um Menschen mit schizophrenen Erkrankungen oder schweren affektiven Störungen darin zu unterstützen, die eigene Krankheit zu steuern und ihre persönlichen Ziele zu erreichen. Hierfür werden verschiedene evidenzgestützte Strategien in einem Curriculum integriert. Basierend auf einem Review zu kontrollierten Studien wurden fünf empirisch gestützte Strategien identifiziert und eingebaut:

- Psychoedukation über psychische Krankheiten und ihre Behandlung
- Kognitiv-behaviorale Ansätze zur Medikamenten-Adhärenz
- Entwicklung eines Rückfall-Präventions-Plans
- Stärken der sozialen Unterstützung durch soziales Kompetenz-Training
- Coping und Skills Training für das Management fortdauernder Symptome (Mueser et al. 2006)

Das zwischen 4 und 8 Monaten dauernde Programm besteht aus einer Reihe von wöchentlichen Sitzungen, bei denen geschulte Praktiker den Teilnehmern dabei helfen, persönliche Strategien für das Management der psychischen Erkrankung zu entwickeln und ihre Lebenssituation zu verbessern (Gingerich/Mueser 2005). In

den Sitzungen arbeiten Professionelle und Teilnehmer gemeinsam daran, Informationen, Strategien und Fertigkeiten herauszufinden, die dem Recovery-Prozess der Erkrankten förderlich sind. Die Teilnehmer darin zu unterstützen, persönlich bedeutsame Ziele zu entwickeln und zu erreichen, ist ein entscheidender Baustein des auf Wiederherstellung und Genesung (Recovery) ausgerichteten Programms. Die Ziele bewegen sich damit zu einem großen Teil außerhalb medizinischer Relevanzkriterien und beinhalten neben Symptomreduktion und einer verbesserten allgemeinen Gesundheit die Bereiche Freizeitgestaltung, Wohnen, finanzielle Situation oder soziale Beziehungen. Zur Anwendung kommen motivationale, kognitiv-behaviorale und andere edukative Methoden (Gingerich/Mueser 2005).

Die generischen Programme im Mental Health Bereich zusammenfassend zeigt sich, dass sie im Vergleich zu den dort angewandten krankheitsspezifischen Interventionen in der Regel einen breiteren Fokus haben. Es werden nicht nur einzelne spezifische Kompetenzen wie das Management von Symptomen oder die Einnahme von Medikamenten, sondern auch weitere Aspekte des Lebens mit psychischer Krankheit adressiert. Eine Besonderheit im Mental Health Bereich ist es, dass langjährige Psychiatrieerfahrene aktiv in die Entwicklung von Selbstmanagement-Ansätzen einbezogen werden (Finnel et al. 2011).

4.3 Theoretische Bezugspunkte der Selbstmanagementförderung

Im Wesentlichen lassen sich zwei zentrale theoretische Bezugspunkte ausmachen, auf die sich viele der Programme zur Selbstmanagementförderung mehr oder weniger explizit beziehen: die sozialkognitive Lerntheorie nach Bandura sowie die Arbeiten von Corbin/Strauss zur Bewältigung chronischer Krankheit. Dabei ist zu bedenken, dass Selbstmanagementförderung im Allgemeinen das Ziel verfolgt, das Verhalten chronisch kranker Menschen so zu beeinflussen, dass die komplexen Folgen der Erkrankung minimiert und weitere Verschlechterungen vermieden werden können (Rijken et al. 2008). Um diese Verhaltensänderung bewirken zu können, wurde anfänglich auf klassisch-kognitive Wissensvermittlung und vorwiegend behavioristisch orientierte Ansätze zurückgegriffen. Nachdem sich diese als wenig zielführend erwiesen, rückten alternative Modelle in den Fokus der Aufmerksamkeit, beispielsweise das transtheoretische Modell, das auf intentionale Verhaltensänderungen abzielt, das krankheitstheoretische Stress-Coping-Modell oder auch die handlungstheoretische Rational-Choice-Theorie (vgl. Newman et al. 2004; Rijken et al. 2008). Eine besondere Wirkungsgeschichte hat jedoch die *sozialkognitive Lerntheorie* des US-amerikanischen Psychologen Albert Bandura (1977; 1979; 2005) entfaltet. Sie wurde in der Selbstmanagementdiskussion früh als theoretischer Bezugspunkt gewählt (vgl. Creer/Christian 1976; Ormiston 1980; Tobin et al. 1986; Clark et al. 1991), darunter nicht zuletzt in den einflussreichen Arbeiten der Stanford-Arbeitsgruppe um Kate Lorig (Lorig/Holman 2003). Letzteres mag dadurch befördert worden sein, dass auch Bandura an der Stanford-Universität gelehrt und geforscht hat.

Exkurs: Sozialkognitive Lerntheorie

Entwickelt in den 1970er- und 1980er-Jahren, betont die über den damals vorherrschenden Behaviorismus hinausgehende sozialkognitive Lerntheorie die Bedeutung des Lernens am Modell für die Übernahme neuer Verhaltensweisen. Lernen erfolgt dabei in einer *Aneignungsphase* (Kompetenz) und einer *Ausführungsphase* (Performanz), die sich wiederum in Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprozesse einerseits sowie motorische Reproduktions-, Verstärkungs- und Motivationsprozesse andererseits aufschlüsseln lassen. Motivation und Handeln von Menschen sind durch vorausschauendes Denken reguliert, wobei eine Verhaltensänderung in starkem Maße durch Kontrollerleben ermöglicht wird: Personen, die überzeugt sind, Ereignisse auslösen zu können, führen im Sinne dieser Theorie ein aktiveres und selbstbestimmteres Leben (Luszczynska/Schwarzer 2005). Ein zentrales Konstrukt innerhalb der sozialkognitiven Lerntheorie ist die *Selbstwirksamkeitserwartung* (engl. *perceived self-efficacy*). Darunter wird nach Bandura die Zuversicht eines Menschen in die eigenen Möglichkeiten verstanden, ein bestimmtes Verhalten zeigen oder spezifische Bedingungen verändern zu können. Die Stärke dieses Zutrauens gilt als guter Prädiktor für künftige Motivation und Verhalten (Bandura 1977). Gemäß dem Modell bestimmt das Vorhandensein von Selbstwirksamkeitserwartung, ob instrumentelles Handeln überhaupt eingeleitet wird, wie viel Aufwand dafür erforderlich ist und wie lange es schließlich angesichts von Hindernissen und Misserfolgserlebnissen aufrechterhalten wird. Als wesentliche Quellen von Selbstwirksamkeitserwartung gelten (1) die gelungene Bewältigung einer Herausforderung, (2) die stellvertretende Erfahrung in Form von Beobachtung einer gelungenen Bewältigung, (3) verbale Überzeugung sowie (4) das Vermindern emotionaler Erregung in einer belastenden Situation (Bandura 1979). Empirisch hat sich in einer Vielzahl an Studien bestätigt, dass Selbstwirksamkeitserwartung mit einer Reihe von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie beispielsweise Ernährung, Bewegung oder auch Adhärenz assoziiert und ein guter Prädiktor sowohl für die Übernahme als auch die Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten ist (Bandura 1977; Luszczynska/Schwarzer 2005).

Lorig/Holman (2003) haben in ihren Arbeiten zur Selbstmanagementförderung herausgearbeitet, dass das Gefühl von Kontrolle über die Krankheit eine wichtige Rolle bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes spielt. Sie konnten nachweisen, dass die Verbesserungen im Gesundheitszustand weniger mit einer Optimierung des Gesundheitsverhaltens als vielmehr mit einer Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung zusammenhängen (ebd.). Das Selbstmanagement der eigenen chronischen Erkrankung setzt also voraus, dass der Betroffene davon überzeugt ist, die eigenen Lebensbedingungen selbst steuern zu können. Neben der Kompetenzvermittlung wird folgerichtig auch Zuversicht in die eigene Handlungsmacht und Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten der Selbstfürsorge als Ziele von Selbstmanagementförderung formuliert (McGowan 2005).

Ein zweiter theoretischer Bezugspunkt der Selbstmanagementförderung ist in der *sozialwissenschaftlichen Bewältigungsforschung* zu verorten. Viele Programme basieren auf den Ergebnissen der soziologischen Forschung über das Verständnis

sozialer Kontexte sowie auf Narrativen zur Erfassung der Situation und biographischen Erfahrungen chronisch kranker Menschen und ihres sozialen Umfeldes (Bury et al. 2005). Als Grundlage dienen Arbeiten des Medizinsoziologen Anselm Strauss und der Pflegewissenschaftlerin Juliet Corbin von der University of California, San Francisco in den USA. Darin werden weniger die medizinischen Aspekte chronischer Krankheit, sondern vielmehr deren soziale Implikationen und die damit verbundenen Bewältigungsherausforderungen auf individueller und sozialer Ebene in den Blick genommen und reflektiert (Corbin/Strauss 1991, 2010; Corbin et al. 2009).

Exkurs: Trajectory Framework / Verlaufskurvenmodell

Im Zentrum dieser theoretischen Perspektive steht das *Verlaufskurvenmodell*, anhand dessen die Komplexität chronischer Erkrankung sowie deren Bewältigung als alltägliche Herausforderung gefasst und die subjektiven Erfahrungen des Erleidens nachvollzogen werden können (Corbin et al. 2009; Schütze 2006). Komplex sind chronische Krankheiten insofern, als ihre Folgen alle Lebensbereiche betreffen und neben physiologischen in hohem Maße mit psychischen, sozialen, biografischen sowie ökonomischen Folgeerscheinungen einhergehen. Krankheitsbewältigung wird in diesem Modell als Arbeit konzeptualisiert, womit zugleich auch der aktive und gestaltende Charakter des Bewältigungshandelns hervorgehoben wird. Die zentralen Arbeitslinien liegen auf den Ebenen des Krankheitsgeschehens, der sozialen Rollensituation sowie emotionaler Probleme (Corbin et al. 2009; Corbin/Strauss 2010). Der Entwicklungsverlauf chronischer Krankheit ist kurven-, beziehungsweise ungleichförmig und durch einen aus Sicht der Betroffenen unkalkulierbaren Wechsel von krisenhaften, akuten, stabilen und instabilen Phasen gekennzeichnet. Die Betroffenen erleben sich vielfach nicht aktiv handelnd, sondern übermächtigen Ereignissen ausgesetzt und zu reaktiven Verhaltensweisen gezwungen, Erfahrungen von Unsicherheit und Kontrollverlust sind für chronisch Kranke prägend (Corbin et al. 2009). In der Folge kann das Vertrauen, den Gang der Ereignisse beeinflussen oder sogar kontrollieren zu können, verloren gehen, so dass die Betroffenen in ihrer Lebensorientierung mutloser und in ihren Aktivitäten passiver werden (Schütze 2006). Die Ergebnisse der Bewältigungsforschung haben weit reichende Implikationen für die Versorgungspraxis: Der chronisch kranke Patient ist als einflussnehmender und handelnder Akteur zu sehen, dessen subjektives Krankheitserleben bedeutsam ist und dessen aktive Bewältigungsarbeit auf den Verlauf der Krankheit zurückwirkt. Die der chronischen Krankheit immanente Eigendynamik der Krankheitsphasen verleihen ihr den Charakter einer Dauerkrise und diese Verlaufsdynamik zusammen mit der aktiven Rolle bei der Krankheitsbewältigung lenken die Aufmerksamkeit auf die besonderen Anforderungen an die Selbststeuerung und die Frage, wie die Erkrankten Kontrollerhalt erreichen können (Schaeffer 2009).

Erkenntnisse der soziologischen Bewältigungsforschung haben dazu beigetragen, das Verständnis von den komplexen, mit chronischen Erkrankungen einhergehenden individuellen und sozialen Herausforderungen zu vertiefen, weshalb sie für die Selbstmanagementförderung wegweisend sind. Insgesamt ist allerdings zu

konstatieren, dass viele der konkreten Programme sich vorwiegend an verhaltenstherapeutischen und lerntheoretischen Ansätzen orientieren (exempl. Nagakawa-Kogan 1988). Neuere Erkenntnisse der Bewältigungsforschung werden kaum aufgegriffen, so dass sich die Selbstmanagementdebatte zunehmend vom Theoriediskurs über die Krankheitsbewältigung entfernt (Haslbeck/Schaeffer 2007).

In den vorliegenden Publikationen aus dem Mental-Health-Bereich wird nicht immer angesprochen, auf welche Theorien die jeweiligen Selbstmanagementprogramme konkret rekurrieren (Barlow et al. 2005a). Dort wo dies geschieht, werden in erster Linie lerntheoretische Ansätze erwähnt. So wird die Selbstwirksamkeitserwartung auch im psychiatrischen Feld als hilfreich für eine erfolgreiche Behandlung angesehen (Shon/Park 2002; Shon 2003). Vereinzelt findet sich auch der Hinweis auf die Selbstbestimmungstheorie (Cook et al. 2011). Im Mental Health Bereich einflussreich ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin/Spring 1977), das vor allem in der Behandlung von Menschen mit Schizophrenie, aber auch bei anderen psychischen Störungen große Bedeutung hat und folglich auch in einige Selbstmanagementprogramme Eingang fand (Gingerich/Mueser 2005; Kennedy et al. 2000). Auf die sozialwissenschaftliche Bewältigungsforschung wird im Mental Health Bereich vergleichsweise selten Bezug genommen, zumindest nicht in der expliziten Form, wie es beispielsweise in einigen Programmen aus dem Bereich der chronischen körperlichen Erkrankungen der Fall ist.

4.4 Selbstmanagementförderung und der Recovery-Ansatz

Selbstmanagementförderung wird im Mental Health Bereich bereits früh mit der Idee von *Recovery* (zu Deutsch: *Besserung, Genesung, Wiederherstellung*) in Verbindung gebracht. Die Verbreitung des Recovery-Ansatzes wird von einigen Autoren sogar dafür verantwortlich gemacht, dass auch im Bereich der mentalen Gesundheitsversorgung ein stärkerer Fokus auf das Selbstmanagement gelegt wurde (Battersby 2010; Davidson 2005; Mueser et al. 2002). Eine genaue Bestimmung des Begriffs „Recovery“ ist schwierig, oft rezipiert wird jedoch folgende Definition aus der Anfangszeit der Recovery-Bewegung:

„Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness“ (Anthony 1993: 12f).

In vielen Ländern gilt Recovery als übergeordnetes Ziel der mentalen Gesundheitsversorgung und ist dort bereits als Leitidee fest in das psychiatrische Versorgungssystem integriert (Davidson et al. 2005; Schrank/Amering 2007). Seinen Ursprung hat Recovery jedoch in der Drogenselbsthilfe, wobei von Beginn an auf die Befähigung von Betroffenen abgezielt wurde, die Kontrolle über das eigene Leben

und die eigene Gesundheit zurückzugewinnen (vgl. auch Ewers/Weicht 1995). Seit einiger Zeit lässt sich eine klare Verschiebung der Idee des Recovery in den Bereich der Psychiatrieerfahrenen-Bewegung nachzeichnen (Sterling et al. 2010). Das aktuelle Verständnis beruht auf zwei Entwicklungen, die stellvertretend für zwei unterschiedliche Perspektiven stehen:

- (1) Ausgehend von klinischen Studien, die sehr heterogene Krankheitsverläufe schwerer psychischer Erkrankungen einschließlich teilweiser oder vollständiger Heilung nachgezeichnet haben, steht Recovery für die prinzipielle Möglichkeit der Genesung von schweren psychischen Erkrankungen im Gegensatz zur traditionellen Vorstellung von deren Unheilbarkeit. Symptome der Störung können reduziert und kognitive, soziale und berufliche Funktionen wiederhergestellt werden. Recovery ist somit langfristiges Ziel und messbares Ergebnis von Remission, dem temporären oder dauerhaften Nachlassen von Krankheitssymptomen körperlicher oder psychischer Natur. Diesem *klinischen* oder *symptomfokussierten Verständnis von Recovery* wird allerdings von Seiten einiger Kritiker eine eingeschränkte psychopathologische Perspektive und eine einseitige Reduktion auf den Funktionsstatus der psychisch Kranken attestiert (Davidson et al. 2005; Schrank/Amering 2007).
- (2) Demgegenüber rückt das *personenzentrierte Verständnis von Recovery* beziehungsweise das *Rehabilitationsmodell* die subjektive Perspektive der chronisch psychisch kranken Menschen ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Betont wird die Möglichkeit, trotz einer andauernden psychischen Störung ein lebenswertes Leben zu leben. Es findet damit eine Verschiebung der Aufmerksamkeit von der Krankheit hin zur Person statt. Ziele sind Autonomie und eine sinnvolle Lebensgestaltung. Zentral ist, die Kontrolle und Verantwortung für das eigene Leben auch bei langwierigen Verläufen zu erhalten oder wiederzustellen (Davidson et al. 2005; Schrank/Amering 2007).

Anknüpfungspunkte dieses zweiten Verständnisses von Recovery lassen sich sowohl an die Bewältigungsforschung wie auch an die Selbstmanagementförderung finden, im Fokus steht vor allem die Fähigkeit, mit der eigenen Krankheit umzugehen. In der Literatur zu Konzepten von Recovery wird allerdings selten deutlich gemacht, welche dieser beiden Perspektiven eingenommen wird. Das ist insofern problematisch, als die beiden Konzepte auf unterschiedliche Personengruppen fokussieren. Während das klinische Konzept auf die Remission von Symptomen und die Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit zielt und damit nützlich für Menschen mit einer einzelnen psychotischen Episode und rascher symptomatischer Remission ist, geht das Rehabilitations-Konzept von andauernder Behinderung aus und bezieht sich auf Menschen, die dauerhaft psychisch erkrankt sind (Davidson et al. 2005; Schrank/Amering 2007).

Aus Sicht der Erkrankten gelten die Hoffnung auf Besserung und die persönliche Verantwortung für deren Eintreten als zentrale Elemente zur Erreichung von

Recovery. Ziel ist es, aus der passiven Patientenrolle herauszutreten und ein aktiver und autonomer Gestalter des eigenen Lebens zu werden (Scott/Wilson 2011). Eine Übersicht über wesentliche konzeptionelle, sprachliche und wertebezogene Aspekte des Recovery-Modells in Abgrenzung zum traditionellen medizinischen Modell psychischer Krankheit verdeutlicht die im Original von der irischen Mental Health Commission übernommene Übersicht (Tab. 4).

Tab. 4: Konzeptionelle Unterschiede zwischen Recovery und Medical Model (Im Original entnommen aus Mental Health Commission 2005: 16)

Recovery Model	Medical Model
Distressing experience	Psychopathology
Biography	Pathography
Interest centred on the person	Interest centred on the disorder
Pro-health	Anti-disease
Strengths-based	Treatment-based
Experts by experience	Doctors and patients
Personal meaning	Diagnosis
Understanding	Recognition
Value-centred	(Apparently) value-free
Humanistic	Scientific
Growth and discovery	Treatment
Choice	Compliance
Modelled on heroes	Underpinned by meta-analysis
Guiding narratives	Randomised controlled trials
Transformation	Return to normal
Self-management	Expert care coordinators
Self-control	Bringing under control
Personal responsibility	Professional accountability
Within a social context	Decontextualised

Ähnlich wie der Empowerment-Begriff steht Recovery allerdings eher für eine Idee oder ein Paradigma denn für ein ausformuliertes Konzept. Für die Selbstmanagement-Debatte sind beide Ansätze insofern hilfreich, als sie mit ihrer konsequenten Personenzentrierung den Maßstab für die Umsetzung von Programmen der Selbstmanagementförderung in die Praxis setzen können.

4.5 Umsetzung in der Praxis und kritischer Diskurs

Die praktische Umsetzung der Selbstmanagementförderung ist gemessen an den Zielgruppen, Settings, Formen und Anbietern der Programme ausgesprochen heterogen und in der Summe nur schwer zu überblicken. Einige der wesentlichsten, international zu beobachtenden Entwicklungen sollen hier dennoch zur Orientierung zusammengefasst werden:

Zielgruppen der Selbstmanagementförderung waren in der Praxis anfänglich vorwiegend Menschen mit weit verbreiteten chronisch somatischen Krankheiten wie Asthma, Arthritis und Diabetes. Mittlerweile finden sich entsprechende Initiativen zu nahezu allen chronischen körperlichen Erkrankungen sowie zu zahlreichen psychischen Erkrankungen (Barlow et al. 2002, 2005a; Coulter/Ellins 2006; Redman 2004). Die Mehrzahl der Programme adressiert die erkrankte Person, nur wenige richten sich an Angehörige oder informelle Helfer (Rijken et al. 2008; Vassilev et al. 2010). Meistens werden Erwachsene angesprochen, seltener Kinder oder Jugendliche (Barlow et al. 2002, 2005a; Rijken et al. 2008). Vereinzelt finden sich Programme für vulnerable Zielgruppen wie Hochaltrige (Clark et al. 1991; Gallagher 2008), ethnische Minderheiten oder sozioökonomisch benachteiligte Gruppen (Glazier et al. 2006).

Als *Settings der Selbstmanagementförderung* spielen Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken oder Heime eine wichtige Rolle. Einrichtungen der Primärversorgung oder auch das häusliche Umfeld der chronisch Kranken werden in der Diskussion zwar als wichtig erachtet, aber noch nicht immer in der gewünschten Weise für die Förderung des Selbstmanagements genutzt (Coleman/Newton 2005). Weitere relevante Settings, in denen bereits Programme zur Selbstmanagementförderung angeboten werden, sind die Einrichtungen der Erwachsenenbildung, der Gemeinden (z.B. der Gemeindesaal), die Schule oder der Arbeitsplatz (Barlow et al. 2002).

Bei den *Formen der Selbstmanagementförderung* dominieren Gruppenangebote, die nahezu alle als direkte face-to-face-Interaktion angeboten werden. Unterstützend wird auf Video-, Audio- oder Print-Materialien oder auch Computerprogramme zurückgegriffen (Barlow et al. 2005a; Newman et al. 2004). Neben Vorträgen, Rollenspielen, Gruppendiskussionen und Instruktionen kommen auch individuelle Beratungen oder Hilfeplanverfahren zum Einsatz (Barlow et al. 2002). In jüngerer Zeit werden verstärkt moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in der Selbstmanagementförderung erprobt (exempl. Gortzis 2009; van der Meer et al. 2007).

Als *Anbieter von Selbstmanagementförderung* treten Pflegende, Psychologen, Diätberater/Ernährungswissenschaftler, Ergotherapeuten, Ärzte, Pädagogen, Pharmazeuten, Physiotherapeuten, Sozialwissenschaftler, Sozialarbeiter sowie Sprachtherapeuten in Erscheinung (Barlow et al. 2002; Newman et al. 2004). Auf Seiten der professionellen Helfer werden zumeist ausgeprägte kommunikative, interaktive und interpersonale Kompetenzen (Bodenheimer et al. 2005; Cor-

ben/Rosen 2005) sowie ein Umdenken und kritisches Reflektieren der eigenen professionellen Rolle vorausgesetzt (Blakeman et al. 2006).⁴ Bei den von Lorig et al. entwickelten Programmen sowie den in Großbritannien weit verbreiteten Expert Patient Programmen werden geschulte Laien für die Selbstmanagementförderung eingesetzt (Lorig 1982; Lorig et al. 2001).

Die Heterogenität der Programme zur Selbstmanagementförderung wird nicht zuletzt dadurch befördert, dass in der Praxis unter diesem Label immer wieder Interventionen zu finden sind, die sich bei näherer Betrachtung als traditionelle, zumeist kognitiv ausgerichtete oder verhaltenstherapeutisch überformte Patientenschulungen herausstellen (Wagner et al. 2001) und bei denen zentrale konzeptionelle Forderungen vernachlässigt werden (etwa die Einbeziehung sozialer Dimensionen oder die aktive Einbindung der Erkrankten bei der Problemdefinition). Ob diesen Entwicklungen durch die derzeit – beispielsweise in Australien (RACGP 2003) – angestoßene Leitlinienentwicklung begegnet werden kann, sei dahin gestellt. Die Praxis der Selbstmanagementförderung ist jedenfalls sichtlich in die Kritik geraten und zum Gegenstand von Diskussionen geworden. Die wichtigsten Kritikpunkte an der derzeitigen Umsetzung der Selbstmanagementförderung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- (1) Viele Programme zur Selbstmanagementförderung sind *selektiv* und erreichen nur eine bestimmte Bevölkerungsschicht, in der Regel die weiße, gebildete Bevölkerung der Mittelklasse (Bury et al. 2005). Personengruppen mit ausgeprägtem Unterstützungsbedarf sowie ethnische Minderheiten werden kaum erreicht (Wilson et al. 2007). Bereits der Zugang zu Angeboten der Selbstmanagementförderung setzt – so der kritische Einwand – ein Mindestmaß an (Gesundheits-)Kompetenzen voraus (Protheroe et al. 2009; Rijken et al. 2008). Selbstmanagementförderung droht daher, das Problem gesundheitlicher Ungleichheiten zu verschärfen. Eine ähnliche Kritik wird seit langem auch mit Blick auf Selbsthilfegruppen sowie für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention geäußert (Bauer 2005; Borgetto/Kolba 2008).
- (2) In der Selbstmanagementförderung dominieren *individualistische Ansätze*, die den sozialen Kontext von Gesundheit und Krankheit außer Acht lassen (Gallant 2003; Taylor/Bury 2007) – eine vor allem in der britischen Diskussion häufig vorgebrachte Kritik. Indem der Fokus auf der Selbstwirksamkeit als primäres Kennzeichen von Veränderung gelegt wird, fällt die Selbstmanagementförderung hinter zeitgemäße multifaktorielle Ansätze von Gesundheitsverhal-

⁴ Es finden sich in diesem Zusammenhang eine Reihe von Arbeiten, die sich mit der Frage nach den notwendigen Kompetenzen und damit auch dem Qualifizierungsbedarf der professionellen Helfer befassen (WHO 2005; Corben/Rosen 2005; Kennedy et al. 2005; Lawn et al. 2009; Pols et al. 2009). Vor allem in der Primärversorgung mangelt es an entsprechenden Kompetenzen sowohl im Bereich der Prävention chronischer Krankheit als auch für die Unterstützung des Selbstmanagements (Lawn et al. 2009). Zur Unterstützung der Professionellen sind mittlerweile eine Reihe von Maßnahmen und Tools entwickelt worden, wie etwa das Target Practice Model oder der Personal Action Plan (Coleman/Newton 2005).

ten zurück (Kennedy/Rogers 2009). Zudem würde die Bedeutung von Normen- und Wertesystemen, sozialen Netzwerken, und sozialem Kapital in den Debatten über Selbstmanagementförderung tendenziell unterschätzt (Kennedy/Rogers 2009; Vassilev et al. 2010).

- (3) Selbstmanagementförderung wird *ökonomisch instrumentalisiert* und als kostensparendere, da weniger personalintensive Intervention eingesetzt. Patienten erhalten weniger professionelle Unterstützung, müssen zugleich aber immer mehr Verantwortung übernehmen und Versorgungslasten tragen. Übersehen wird, dass Patienten auch überfordert werden können und dass sie der Übernahme von (Selbst-)Verantwortung für das Leben mit chronischer Krankheit zuweilen ambivalent gegenüberstehen (DHHS 1982; Schmidt 2008). Ohne angemessene Förderung und Betreuung der Patienten ist Selbstmanagementförderung mit ethischen Standards nicht vereinbar (Redman 2004). Gefordert wird daher, dass die Möglichkeit der Inanspruchnahme konventioneller Ansätze bestehen bleiben muss (Bury et al. 2005; Schmidt 2008).
- (4) Programme der Selbstmanagementförderung sind *normativ aufgeladen*. In den Programmen werden Wohlverhaltenserwartungen formuliert, denen die Patienten bei ihrem Selbstmanagement folgen sollen. Als „idealer Patient“ gilt demnach, wer sich sachkundig, rational und nicht-emotional verhält (Wilson et al. 2007). Krankheitssymptome zu bekämpfen oder unter Kontrolle zu bringen, wird zur moralischen Verpflichtung (Townsend 2006). Entsprechend äußern viele chronisch Kranke das Bedürfnis, als zuverlässige Patienten wahrgenommen werden zu wollen. Scheitern sie jedoch in ihrem Selbstmanagement, droht ihnen, dass sie für ihren Gesundheitszustand selbst verantwortlich gemacht werden – eine unbeabsichtigte Entsolidarisierung der Gesellschaft mit den chronisch Kranken könnte die Folge sein (Mahrer Imhof 2005).
- (5) Schließlich wird kritisiert, dass Selbstmanagementförderung einer *schleichenden Medikalisierung von Selbsthilfe-Praktiken* Vorschub leistet. Gerade in laiengeleiteten Programmen sind Partizipation und Beteiligung lediglich als „Feigenblatt“ anzusehen, hinter dem sich weiterhin eine professionelle Agenda mit einem Fokus auf Compliance verbirgt (Wilson et al. 2007). Wesentlich seien medizinische Kriterien (Symptome interpretieren, Anwendung von Medikation, Befolgen schriftlicher Leitfäden) und weniger alltägliche und soziale Aspekte des Lebens mit chronischer Krankheit. Der freiwillige Sektor sowie patienten-kontrollierte Initiativen werden in diesen Programmen durch eine immanente Orientierung am medizinischen Modell untergraben (Koch et al. 2004; Davidson 2005; Wilson et al. 2007).

Im Mental Health Bereich steht die Umsetzung von Selbstmanagementförderung in der Versorgungspraxis noch am Anfang, entsprechende Programme kommen international erst seit einigen Jahren zum Einsatz. Insofern zielen die meisten der zuvor zitierten Autoren mit ihrer Kritik insbesondere auf die weit verbreitete Pra-

xis der Selbstmanagementförderung bei chronisch körperlichen Erkrankungen. Allerdings gibt es bereits Hinweise darauf, dass einige der zuvor erwähnten Kritikpunkte auch auf die in der Entwicklung befindliche Selbstmanagementförderung bei chronisch psychischen Erkrankungen zutreffen könnten. Hierzu gehört insbesondere die Gefahr einer Überlagerung der Selbstmanagementaktivitäten der Erkrankten durch professionelle Relevanzkriterien – besonders im Zusammenhang mit der Psychopharmakotherapie und der Bevorzugung kognitiv-behavioraler und verhaltenstherapeutischer Interventionsstrategien. Umso mehr Aufmerksamkeit verdient eine erkennbare, an der Leitidee der Recovery orientierte Gegenbewegung aus den Reihen der chronisch psychisch Erkrankten. Selbstmanagement(förderung) wird auf deren Seiten mehr und mehr als eine innovative Möglichkeit angesehen, die Idee von Recovery in die Praxis zu übersetzen:

„Self management is one aspect of recovery which begins to translate the heady ideas of recovery and turn them into practical tools of everyday living“ (Davidson 2005: 26).

Mehrere Patientenorganisationen und -verbände aus dem Mental Health Bereich wie etwa die „Rethink Mental Illness“ Initiative (<http://www.rethink.org/>) in England engagieren sich für die Verbreitung der Ideen von Recovery und Selbstmanagementförderung und initiieren darüber hinaus eigene Programme (Cook et al. 2011; Davidson 2005; Martyn 2003; Martyn 2005). Sie unterstreichen damit die Bedeutung der vergleichsweise starken und aktiven sozialen Patientenbewegung für die Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich. Hierin liegt möglicherweise einer der zentralen Unterschiede zu den Entwicklungen im Bereich chronisch körperlicher Erkrankungen, die vorwiegend von professioneller Seite initiiert und getragen werden. Leitfiguren und Rollenmodelle wie Mary Ellen Copeland – selbst von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen und zugleich aktive Wissenschaftlerin – haben die Theorie und Praxis der Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich nachweislich beeinflusst (Copeland 1997; Scott/Wilson 2011) und ihre Sichtweisen und Relevanzkriterien nicht zuletzt auch in die Erforschung dieses Interventionsansatzes und seiner potentiellen und tatsächlichen Wirkungen eingebracht.

5. Forschung zur Selbstmanagementförderung

Im Folgenden sollen cursorisch die internationalen Forschungsaktivitäten beleuchtet, relevante Forschungsergebnisse über die mit Selbstmanagementförderung zu erzielende Wirkungen herausgearbeitet sowie einige aus unserer Sicht relevante Forschungsdesiderata aufgezeigt werden. Ziel ist es, vor dem Hintergrund der bisherigen literaturgestützten Ausführungen eine Grundlage für empirische Forschungsaktivitäten zu diesem Thema zu legen und Impulse für eine Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu setzen.

5.1 Übersicht zu den Forschungsaktivitäten

Die Forschung zur Selbstmanagementförderung ist vorwiegend *empirisch-klinisch* ausgerichtet. Es dominieren klassische Wirksamkeits- und Evaluationsstudien, die im somatischen Bereich inzwischen einen kaum noch zu überblickenden Umfang erreicht haben. In diesen Studien werden unterschiedliche Outcomes gemessen, anhand derer der Erfolg der Programme zur Selbstmanagementförderung beurteilt wird. Die Spannweite reicht von einzelnen Items zum körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheitszustand, über das Wissen über die Erkrankung und ihre Behandlung, die Einnahme von Medikamenten, die Selbstwirksamkeitserwartung, das Selbstmanagement-Verhalten, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bis hin zur Lebensqualität und zu ökonomischen Items (exempl. Barlow et al. 2002; Du/Yuan 2010; Griffiths et al. 2007; Newman et al. 2004). Im Mental Health Bereich werden Outcomes wie die Reduktion der psychiatrischen Symptomatik, krankheitsbezogene Kognitionen, die Einstellung gegenüber der Medikation, Selbstwirksamkeitserwartung oder Compliance mit der Medikation überprüft (Barlow et al. 2005a; Shon/Park 2002; Shon 2003). Zudem wird versucht, an Recovery-Kriterien orientierte Outcomes zu messen, wie etwa die subjektiv wahrgenommene Qualität der Genesung, Zuversicht („hopefulness“), Lebensqualität sowie schließlich die selbst wahrgenommene körperliche Gesundheit (Cook et al. 2012, 2011, 2009; Färdig et al. 2011, 2011a). Selten diskutiert wird in der Literatur, welche Parameter grundsätzlich für die Auswertung von Selbstmanagementförderung geeignet sind und welche womöglich als Standardkriterien für die Erfolgsmessung herangezogen werden sollten. Uneinigkeit besteht in der Frage, ob allein objektiv messbare Parameter im Rahmen von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) berücksichtigt werden sollten oder ob auch subjektive Sichtweisen von Patienten als Maßstab für den Erfolg der Selbstmanagementförderung herangezogen werden können (Bury et al. 2005).

Inzwischen sind die zahlreichen Wirksamkeits- und Evaluationsstudien selbst zum Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung geworden. Einige systematische Reviews bündeln und bewerten die vorliegenden Erkenntnisse. Zudem de-

cken sie methodische Schwächen der bisherigen Forschungsaktivitäten auf. Kritisiert wird, dass die Heterogenität der gewählten Methoden wie auch die uneinheitliche Qualität der Ergebnisdokumentation die Vergleichbarkeit der klinischen Studien und ihrer Ergebnisse behindern (Chodosh et al. 2005; Newman et al. 2004). Es fehlt an Standards und einem etablierten System der Evaluation (Du et al. 2010; Warsi et al. 2004). Ein hoher Anteil der Studien ist unkontrolliert. Von den RCTs weisen viele geringe Fallzahlen von beispielsweise lediglich 20 bis 30 Teilnehmern auf, womit sich keine reliablen Ergebnisse erzielen lassen (Barlow et al. 2002; Newman et al. 2004). Darüber hinaus sind viele Evaluationen mit Nachkontrollzeiträumen von typischerweise 4 bis 6 Monaten angesichts der Dauerhaftigkeit chronischer Erkrankungen und ihrer Folgen zu kurzfristig angelegt (Barlow et al. 2002). Patientenvariablen wie Dauer und Schwere der Erkrankung, Bildungsstand, soziale Unterstützung sowie Selbstwirksamkeitserwartung, die den Erfolg von Programmen zur Selbstmanagementförderung bei einzelnen Teilpopulationen möglicherweise beeinflussen, werden selten berücksichtigt (Warsi et al. 2004). Kritisch gesehen wird auch die mangelnde Repräsentativität aufgrund einer Selbstselektion der Teilnehmer. Bestimmte Patientengruppen – namentlich Frauen – neigen eher zur Teilnahme an Selbstmanagementprogrammen als andere. Nicht-muttersprachliche sowie weniger gebildete Teilnehmer sind unterrepräsentiert (Bury et al. 2005; Kennedy et al. 2005a). Eine „passive“ Rekrutierung von Freiwilligen über Medien und öffentliche Ausschreibungen lässt auf vergleichsweise hoch motivierte Studienteilnehmer schließen. Teilnehmer, die über direkte Ansprache rekrutiert wurden, zeigen deutlich geringere Effekte in den untersuchten Parametern (Solomon et al. 2002). Dies lässt darauf schließen, dass Personen, die freiwillig an Programmen teilnehmen, ein aktiveres Selbstmanagement betreiben als diejenigen, die aktiv rekrutiert werden (Bury et al. 2005).

Die klinisch-empirischen Wirksamkeits- und Evaluationsstudien – der Großteil davon auf die Selbstmanagementförderung im somatischen Bereich ausgerichtet – wird zunehmend um *qualitative Forschungsarbeiten* mit einem Fokus auf die Binnenperspektive der chronisch Erkrankten erweitert. Darin beforschte Themen sind zum Beispiel die Erfahrung und der Umgang mit chronischer Krankheit (Atkin et al. 2010; Townsend et al. 2006), subjektiv wahrgenommene Barrieren für ein gelungenes Selbstmanagement (Jerant et al. 2004), auf das Selbstmanagement ihrer Patienten bezogenes Verhalten und Einstellungen der Professionellen sowie Unterschiede in den Sichtweisen von Patienten und Professionellen (Blakeman et al. 2006; Kralik et al. 2004), die Patient-Professionellen-Interaktion bei Selbstmanagement-Interventionen oder aber die Bedeutung sozialer Vergleichsprozesse beim Selbstmanagement-Training (Rogers et al. 2009). Diese vorrangig aus (medizin)soziologischer oder pflegewissenschaftlicher Perspektive realisierten Studien stammen allesamt aus jüngerer Zeit. Hierzu zählen auch erste Arbeiten, die das bekannte CDSMP unter Rückgriff auf qualitative Methoden auswerten (Barlow et al. 2005). Ausgesprochen konzeptionell oder theoretisch interessierte Arbeiten finden sich dagegen kaum.

Da sich die Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich zeitverzögert entwickelt hat, gibt es hierzu insgesamt weniger Forschungsaktivitäten. Von der Ausrichtung her überwiegt aber auch in diesem Bereich die klinische Forschung. Dabei konzentrieren sich die Aktivitäten häufig auf den Bereich des Symptomanagements und weniger auf die weiteren Aspekte des Lebens mit der Erkrankung wie etwa die Auswirkungen auf die Familie und das weitere soziale Leben, auf Freizeitaktivitäten oder die Arbeit (Barlow et al. 2005a). Dies geschieht wohl auch vor dem Hintergrund einer Prioritätensetzung: solange die Symptome nicht unter Kontrolle sind, wird es als schwierig angesehen, den Fokus auf andere Aspekte des alltäglichen Lebens mit der Erkrankung zu erweitern (Pollack 1996). Neben diesem klinischen Fokus gibt es einige Forschungsarbeiten, die sich mit den vorhandenen Selbstmanagementstrategien chronisch psychisch Kranker auseinandersetzen (Pollack 1996; Tsai/Chen 2005). Allerdings sind diese mit einer erkennbar medizinischen Konzeption und einem Fokus auf (Psycho)Pathologie und Dysfunktion gestaltet. Ergänzend und kontrastierend dazu finden sich neuerdings qualitativ-explorative Studien zu der Frage, welche Selbstmanagementstrategien psychisch Kranke in ihrem Alltag erfolgreich anwenden, um ihr Wohlbefinden zu erhalten (Michalak et al. 2011; Murray et al. 2010).

5.2 Forschungsergebnisse

Im Folgenden werden Erkenntnisse aus den zahlreichen Wirksamkeits- und Evaluationsstudien über *messbare Effekte von Selbstmanagementprogrammen* zusammengetragen, wobei der somatische und der Mental Health Bereich getrennt voneinander betrachtet werden. Weil die Forschung zu Programmen bei psychischen Störungen noch am Anfang steht, stützen sich die Aussagen zu Wirkmechanismen sowie der Bedeutung von Patientenmerkmalen weitgehend auf Forschungsergebnisse aus dem somatischen Bereich. Abschließend werden Ergebnisse aus den in den letzten Jahren zunehmenden qualitativen Arbeiten skizziert.

Auf Grundlage einer Vielzahl an systematischen Übersichtsarbeiten (exempl. Barlow et al. 2002; Chodosh et al. 2005; Coulter/Ellins 2006; Foster et al. 2007; Newman et al. 2004; Warsi et al. 2004) gilt mittlerweile als gesichert, dass Selbstmanagementförderung bei chronisch körperlichen Erkrankungen das Krankheitswissen, das Ausführen von Selbstmanagementaktivitäten, die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Selbsteinschätzung der Gesundheit gegenüber der Regelversorgung positiv beeinflussen kann (Barlow et al. 2002; Coulter/Ellins 2006; Foster et al. 2007; Newman et al. 2004). Inkonsistente Ergebnisse liegen vor allem für den Gesundheitsstatus beziehungsweise bei den klinischen Outcomes sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vor. In den Übersichtsarbeiten konnten bei einigen, nicht aber bei allen der untersuchten chronischen körperlichen Erkrankungen statistisch signifikante Effekte auf klinische Parameter konsistent nachgewiesen werden (Chodosh et al. 2005; Coulter/Ellins 2006; Foster et al. 2007; Warsi et al. 2004). Als gesichert gilt beispielsweise, dass Patienten mit Dia-

betes oder Bluthochdruck durch ihre Teilnahme an Selbstmanagementprogrammen statistisch signifikante und klinisch bedeutsame Verbesserungen ihres Blutzuckerspiegels oder ihres Blutdrucks erreichen können (Chodosh et al. 2005). Über die langfristigen Effekte können dagegen keine zuverlässigen Aussagen getroffen werden. Nach derzeitigem Erkenntnisstand ist zu vermuten, dass die positiven Effekte nicht immer über längere Zeiträume aufrecht erhalten werden (können) – ein Problem, das die Selbstmanagementförderung allerdings mit vergleichbaren Interventionen teilt (Coulter/Ellins 2006; Newman et al. 2004).

Im Mental Health Bereich ist die Evidenzlage der Selbstmanagementförderung unbefriedigender, vor allem aufgrund der geringen Zahl an RCTs mit ausreichend großer Fallzahl. Für das IMR Programm liegen mittlerweile einige Studien vor, darunter drei RCTs. Anhand der „Illness Management and Recovery Scale“⁵ konnten statistisch signifikante Verbesserungen im Bereich des Selbstmanagementverhaltens nachgewiesen werden (Färdig et al. 2011; Hasson-Oyahon et al. 2007; Levitt et al. 2009). Zudem wurden statistisch signifikante Verbesserungen der psychiatrischen Symptomatik sowie eine Abnahme der Suizidalität beobachtet (Färdig et al. 2011; Hasson-Oyahon et al. 2007). Bei sekundären Outcomes wie Hospitalisierungen oder Substanzmissbrauch lassen sich hingegen keine positiven Effekte ausmachen (Levitt et al. 2009). Den wenigen bislang vorliegenden Studien zum WRAP ist zu entnehmen, dass die Teilnehmer mehr Lebensqualität, Zuversicht („hopefulness“) sowie teilweise auch eine Verbesserung der psychiatrischen Symptomatik erreichen konnten (Cook et al. 2011; Fukui et al. 2011; Starnino et al. 2010). Für das HARP liegt eine randomisierte Pilotstudie vor, in der Verbesserungen in den Bereichen Patientenaktivierung und gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie eine verbesserte Inanspruchnahme von Angeboten der Primärversorgung registriert wurden (Druss et al. 2010). Ein Review zu Selbstmanagementinterventionen bei Panikstörungen, Phobien und Zwangserkrankungen kommt ebenfalls zu positiven Ergebnissen in den Bereichen Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement-Verhalten sowie einer Verbesserung der Symptomatik. Als erfolgreiche Interventionen haben sich vor allem Verhaltenstherapie und Exposition herausgestellt – im Grunde genommen weitgehend klassische behaviorale Behandlungsmethoden. Die Wirksamkeit der Komponenten unterscheidet sich je nach Erkrankung, so dass hier keine allgemeinen Aussagen über die Effektivität einzelner Interventionen getroffen werden können (Barlow et al. 2005a).

Wenn auch wenig differenziert, können aus den vorliegenden Übersichtsarbeiten doch erste Aussagen zu *Wirkfaktoren der Selbstmanagementförderung* getroffen werden. Dabei ist zunächst von Interesse, welchen Einfluss die Dozenten auf den Erfolg der Programme haben: Laien- und peergeleitete Programme scheinen –

⁵ Um zu überprüfen, ob das IMR die Nutzer auch tatsächlich in die Lage versetzt, ihre psychische Erkrankung zu managen und ob sie Fortschritte in ihrem persönlichem Genesungsprozess (Recovery) machen, wurde eigens die IMR Scale entwickelt. Validität und Reliabilität der Skala sind mehrfach psychometrisch getestet worden (Färdig et al. 2011a; Salyers et al. 2007).

vorliegenden Forschungserkenntnissen folgend – ähnlich effektiv zu sein wie solche, die von Professionellen geleitet werden. Beide führen zu vergleichbaren Ergebnissen (Barlow et al. 2002; Bury et al. 2005; Newman et al. 2004). Derartige Befunde bestätigen das grundsätzliche Wirkprinzip laiengeleiteter Programme und den Stellenwert, den die Betroffenen in der Versorgung selbst einnehmen. Sie unterstreichen zugleich die Notwendigkeit, die Rolle der Gesundheitsprofessionellen in der Versorgung chronisch Kranker zu überdenken.

Erfolgreich sind ferner Interventionen, die auf traditionelle personenbezogene Interaktionen (face-to-face) setzen (Warsi et al. 2004). Besondere Bedeutung haben dabei Gruppen, wobei die intra- und interpersonellen Prozesse, die durch die Teilnahme an Gruppenprogrammen ausgelöst werden, offenbar ebenso bedeutsam sind wie die Inhalte der Programme (Harrison et al. 2010). Das *Teilen von Erfahrungen mit anderen Betroffenen* ist demnach als ein zentraler Wirkfaktor der Selbstmanagementförderung anzusehen (Barlow et al. 2005).

Allgemein wird vermutet, dass edukative Maßnahmen zur Förderung des Selbstmanagements vor allem bei solchen somatischen Erkrankungen erfolgversprechend sind, bei denen (a) ein bestimmtes Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsverhalten den Krankheitsverlauf beeinflusst, (b) die Outcomes und Verhaltensweisen von den Patienten gut kontrolliert und (c) die Ziele der Therapie gezielt an die Patienten vermittelt werden können. Beispielsweise sind die globalen Ziele einer Arthritis Selbstmanagementförderung schwieriger zu definieren als das konkrete Erreichen eines optimalen nüchternen Blutzuckerwertes (Warsi et al. 2004). Diskutiert wird, dass einige der klinischen Effekte von Selbstmanagementprogrammen aus dem somatischen Bereich in erster Linie durch eine Verbesserung in der Medikamentenadhärenz erklärt werden können (Chodosh et al. 2005).

Wie bereits angedeutet, neigen bestimmte Patientengruppen dazu, eher an Maßnahmen der Selbstmanagementförderung teilzunehmen als andere. Erreicht werden vorrangig Angehörige der weißen Mittelklasse, die sich bereits als effektive „Selbstmanager“ begreifen (Rogers et al. 2008). Kaum erreicht werden dagegen Angehörige ethnischer Minderheiten (Griffiths et al. 2005; Kennedy et al. 2005a). Darüber hinaus gibt es Hinweise darauf, dass nicht alle Gruppen gleichermaßen von der Teilnahme an einem Selbstmanagementprogramm profitieren. Als bedeutsame Patientenmerkmale haben sich das Alter und das Geschlecht herausgestellt. Demnach profitieren jüngere Teilnehmer, insbesondere junge Frauen, am ehesten von den Programmen (Fu et al. 2003; Nolte et al. 2007). Für den Bildungsstand liegen inkonsistente Ergebnisse vor. Befunde einzelner Evaluationen, denen zufolge ein höherer Bildungsstand den Erfolg von Maßnahmen zur Selbstmanagementförderung signifikant beeinflusst (Bosma et al. 2011; Fu et al. 2003), konnten in anderen Untersuchungen nicht bestätigt werden (Nolte et al. 2007). Insgesamt ist die Wahrscheinlichkeit, von der Teilnahme an einem Selbstmanagementprogramm zu profitieren, bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen am geringsten. Zudem haben Personen mit schlechtem oder sehr schlechtem

Gesundheitszustand große Schwierigkeiten, an Programmen der Selbstmanagementförderung teilzunehmen (Bury et al. 2005; Nolte et al. 2007).

Die in den letzten Jahren wachsende Anzahl *qualitativer Forschungsarbeiten* erweitert den Fokus und ermöglicht Einblicke in Sichtweisen und Relevanzkriterien der an der Selbstmanagementförderung beteiligten Akteure. Wesentliche Erkenntnisse aus diesen Forschungsarbeiten sollen kurz skizziert werden: Beispielsweise wurde in einer Studie von Rogers et al. (2005) herausgearbeitet, dass Patienten grundsätzlich an einer offenen und gleichberechtigten Beziehung zu den professionellen Helfern interessiert sind. Sie beklagen jedoch, dass dem für die Selbstmanagementförderung zentralen Aspekt der Berücksichtigung der ganzen Person in der Versorgungspraxis zu wenig Beachtung geschenkt wird. Eine über die rein technischen und medizinischen Anliegen hinausgehende Berücksichtigung der Interessen, Fähigkeiten und Sorgen der Patienten findet aus deren Perspektive betrachtet kaum statt, nicht-medizinische Aspekte der Selbstbehandlung werden marginalisiert. So bleiben viele Bereiche des täglichen Lebens unberücksichtigt und werden mit den Professionellen gar nicht erst besprochen (Rogers et al. 2005). Doch obwohl sich auch Professionelle für gleichberechtigte und partnerschaftlich angelegte Versorgungsstrategien aussprechen (Blakeman et al. 2006), ist deren Sichtweise auf das Selbstmanagement vorrangig auf Förderung der Therapietreue und Aspekte wie Medikamenteneinnahme, Überwachung von Körperfunktionen oder Kontrolle von Auslösern ausgerichtet (Koch et al. 2004). Während Professionelle Selbstmanagementförderung als eine strukturierte Edukation auffassen, identifizieren Teilnehmer Selbstmanagement als die Einleitung eines längerfristigen Prozesses mit dem Ziel, Ordnung in das eigene Leben zu bringen (Kralik et al. 2004). Bezugnehmend auf die Ergebnisse einer qualitativen Langzeitstudie von Auduly et al. (2012) gestaltet sich das Selbstmanagement dabei als ein chronologischer Prozess, in dem sich Phasen des Suchens effektiver Strategien, des Abwägens von Kosten und Nutzen, des Gestaltens von Routinen sowie des Aushandelns und Anpassens von Selbstmanagement an das eigene Leben abwechseln. Der Patient wirkt aktiv und kreativ auf diesen Prozess ein mit dem Ziel, eine Expertise im Selbstmanagement zu entwickeln sowie eine Balance im Leben mit chronischer Krankheit zu finden (Auduly et al. 2012)

Zusammenfassend lässt sich den vorliegenden Studien zur Selbstmanagementförderung entnehmen, dass für die Patienten durch die Teilnahme an derartigen Programmen – ungeachtet der konzeptionellen Unterschiede – Verbesserungen in einigen wesentlichen gesundheitlichen Bereichen bewirkt werden können. Was genau diese positiven Effekte verursacht, kann zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht sicher beurteilt werden. Gruppenprozesse scheinen bedeutsam zu sein, wobei peergeleitete Gruppen offenkundig ähnliche Effekte erzielen können wie die von Professionellen geleiteten. Die vorliegenden Forschungsergebnisse aus qualitativen Studien machen darüber hinaus auf einen weiteren wichtigen Aspekt aufmerksam, der in den Diskussionen über Selbstmanagementförderung zuweilen

aus dem Blick zu geraten droht: Selbstmanagement bedeutet für die chronisch Kranken in der Regel weit mehr als die kurzfristige Verbesserung ausgewählter klinischer Parameter. Vielmehr handelt es sich dabei aus ihrer Sicht um ein prozesshaftes Geschehen, das sich über längere Zeiträume erstreckt und letztlich alle Lebensbereiche betrifft.

5.3 Forschungsdesiderata

Auf Basis dieser Literaturanalyse lassen sich einige Themen- und Aufgabenstellungen identifizieren, die bei künftigen Forschungsaktivitäten zum Thema Selbstmanagementförderung aufgegriffen und bearbeitet werden sollten. Zunächst richtet sich unsere Aufmerksamkeit dabei auf die Herausforderungen im Bereich der Wirkungs- und Evaluationsforschung, auf die unterschiedlichen Patientengruppen sowie die Relevanz der Kontextbedingungen, sodann werden sich daraus ergebende Implikationen für Forschungsmethoden und -perspektiven thematisiert bevor wir abschließend auf spezifische Forschungslücken zu Fragen der Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich eingehen.

- Die internationalen Forschungsaktivitäten zur Selbstmanagementförderung haben zumindest für den somatischen Bereich eine solide Datenbasis zur Wirkung von Selbstmanagementförderung erarbeitet und positive Effekte auf einige gesundheitliche Parameter nachgewiesen. Allerdings mangelt es bis heute an einer Verständigung darüber, was überhaupt als Erfolg einer Teilnahme an Selbstmanagementprogrammen zu werten ist – sind es statistisch nachweisbare Verbesserungen einzelner klinische Parameter, ist es eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit bezogen auf die Übernahme gesundheitlicher Verhaltensweisen, eine Zunahme an allgemeiner oder gesundheitsbezogener Lebensqualität oder sind es an Recovery angelegte Erfolgskriterien wie Zuversicht und die Übernahme von Verantwortung und Selbstkontrolle über das Management des eigenen Gesundheitsproblems? Einen *Konsensusprozess über einheitliche Erfolgskriterien von Selbstmanagementförderung* anzustoßen und damit auch nach dem eigentlichen Gegenstand der Wirkungsforschung zu fragen, hat aus unserer Sicht hohe Priorität.
- Werden klinische Parameter herangezogen, um die Auswirkungen der Selbstmanagementförderung auf den Gesundheitsstatus der Patienten zu messen, mangelt es der Forschung noch vielfach an Konsistenz. Zu uneinheitlich sind die in den einzelnen Studien gewählten Outcome-Parameter, wodurch eine Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse erheblich erschwert wird. Auch konzentrieren sich die Aktivitäten im Bereich der Wirkungsforschung noch vorwiegend auf kurzfristige Effekte. Angesichts der Dauerhaftigkeit chronischer Gesundheitsprobleme verdienen aber gerade die langfristigen Auswirkungen von Selbstmanagementförderung besondere Aufmerksamkeit. Dem wird künftig durch entsprechend *konsistente und langfristig angelegte empi-*

risch-klinische Forschungsaktivitäten – etwa in Form von Längsschnittstudien anhand einheitlicher Zielparameter und abgestimmter Messinstrumentarien – begegnet werden müssen.

- Vergleichsweise wenige Erkenntnisse liegen zu den Wirkfaktoren von Programmen zur Selbstmanagementförderung vor. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele Programme aus mehreren, zum Teil unterschiedlichen Bausteinen bestehen (Mehrkomponentenintervention), die oftmals nicht hinreichend detailliert beschrieben und konzeptionell oder interventionslogisch gegeneinander abgegrenzt werden. Zuverlässige Aussagen darüber, welche der einzelnen Komponenten wirken und welche weniger, sind kaum zu finden. Um Patienten möglichst passgenaue Interventionen anbieten zu können, sind evidenzbasierte Informationen darüber notwendig, welche Interventionen bei welcher Erkrankung und bei welchen Patientengruppen erfolgreich sind. Darüber hinaus fehlt es an Erkenntnissen darüber, zu welchem Zeitpunkt im Krankheitsverlauf Selbstmanagementförderung am effektivsten ist, beispielsweise unmittelbar nach Diagnosestellung oder im späteren Krankheitsverlauf. Es ist angezeigt, hier Abhilfe zu schaffen und den *Wirkfaktoren der Selbstmanagementförderung in der Forschung mehr Aufmerksamkeit zu widmen*.
- Bedeutsame Patientenmerkmale wie sozioökonomischer Status, demographische Merkmale oder Dauer und Schwere der Erkrankung und somit die Heterogenität der Patienten und ihrer Problemlagen werden in der Forschung zur Selbstmanagementförderung nicht hinreichend berücksichtigt. Bisweilen entsteht sogar der Eindruck, als werde Selbstmanagementförderung in der Art eines „one size fits all“- Ansatzes behandelt, der ungeachtet der individuellen Bewältigungsherausforderungen für alle Patientengruppen gleichermaßen geeignet ist. Dabei scheinen vor allem vulnerable Patientengruppen wie ethnische Minderheiten, chronisch Kranke aus unteren Sozialstatusgruppen oder auch Erkrankte mit sehr schlechtem Gesundheitszustand von den Programmen kaum erreicht zu werden oder aber sie profitieren vergleichsweise wenig von ihrer Teilnahme. Frühe Arbeiten zu sozioökonomischen Unterschieden im Selbstmanagementverhalten aus den 1980er Jahren (Cockerham et al. 1986) wurden im Mainstream der Selbstmanagementdebatte lange Zeit kaum zur Kenntnis genommen. Die Frage, *wie heterogene und insbesondere vulnerable Patientengruppen von den Möglichkeiten der Selbstmanagementförderung profitieren können*, sollte dringend auf die Forschungsagenda gesetzt werden.
- Die Aufmerksamkeit für bedingende Faktoren für das Selbstmanagementverhalten chronisch Kranker war in den letzten Jahren gering ausgeprägt, entsprechend spärlich ist der Forschungsstand zu diesem Thema. Zu den Kontextfaktoren gehören neben sozioökonomischen und bildungsrelevanten Aspekten auch die von den chronisch kranken Menschen erfahrene soziale Unterstützung oder deren kulturelle beziehungsweise subkulturelle Wertepräferenzen. Auch wenn es Indizien dafür gibt, dass diese Kontextfaktoren das

Selbstmanagement chronisch Kranker beeinflussen (exempl. Kennedy/Rogers 2007), wurden sie in ihren Wirkungen selten eingehender untersucht. Dabei könnte die *Auseinandersetzung mit sozialen, ökonomischen kulturellen oder normativen Kontextbedingungen* dazu beitragen, Wissenslücken im Verstehen des Selbstmanagements chronisch Kranker zu schließen und die Programme den tatsächlichen Gegebenheiten und den Problem- und Bedarfslagen dieser Patienten anzupassen (Gallant 2003). Forschungsaktivitäten, die in diese Richtung zielen, dürften von besonderer Bedeutung für den künftigen Erfolg der Selbstmanagementförderung sein.

- Die dominierenden Forschungsmethoden und -perspektiven zu Fragen der Selbstmanagementförderung müssen auf den Prüfstand gestellt und erweitert werden, um den Anforderungen in diesem Feld gewachsen zu sein. Soll der Fokus der Forschungsaktivitäten – wie zuvor gefordert – über die schlichte Messung klinischer Effekte hinausgehend um die Kontextbedingungen der Selbstmanagementförderung erweitert werden, müssen zudem sozial- und auch bildungswissenschaftliche Forschungsansätze und -perspektiven stärker als bislang berücksichtigt werden (Lindsay/Vrijhof 2009). Schließlich bedarf es detaillierterer Kenntnisse aus der Insiderperspektive chronisch Kranker, um deren Sichtweisen und Erfahrungen bei der Programmgestaltung und -evaluation berücksichtigen zu können. Methodisch könnte hierbei auf Narrative zurückgegriffen werden, mit deren Hilfe sich die vielfältigen Erfahrungen chronischer Krankheit dokumentieren und analysieren lassen. Wünschenswert wäre, wenn *qualitative Forschungsansätze*, die sich den Motiven, Erwartungen, Zielen und Hindernissen der Übernahme oder des Unterlassens von Selbstmanagementaktivitäten chronisch Kranker annähern und dabei auch den Theoriediskurs aus der Bewältigungsforschung berücksichtigen, die dominierende klinisch-empirische Forschung in diesem Feld erweitern und ergänzen.

Die angesprochenen Forschungsdesiderata gelten gleichermaßen für die Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung im somatischen Bereich wie auch im Mental Health Bereich. Allerdings sind sie im letztgenannten aufgrund der verzögerten Entwicklung zum Teil deutlich ausgeprägter. Auf die erst beginnende Implementierung und Evaluation von Programmen zur Selbstmanagementförderung bei psychischen Gesundheitsproblemen wurde zuvor hingewiesen – inklusive der dabei zu leistenden Implementierungs- und Evaluationsforschung. Nicht übersehen werden darf zudem, dass internationale Forschungsergebnisse zur Selbstmanagementförderung bei psychischen Gesundheitsproblemen nicht ohne weiteres auf die Situation in Deutschland übertragen werden können – zu spezifisch sind die jeweilige Strukturen der psychiatrischen Versorgung sowie der soziokulturelle Umgang mit psychischer Krankheit insgesamt. Bei den insofern dringend zu intensivierenden Forschungsaktivitäten zu Fragen der Selbstmanagementförderung im Mental Health Bereich wären vor allem folgende Aspekte berücksichtigen:

- Über die unterschiedlichen Patientengruppen im Mental Health Bereich und ihr bereits praktiziertes Selbstmanagement ist wenig bekannt. Diese Feststellung gilt insbesondere auch für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im Versorgungssystem in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Vor dem Hintergrund von in der Regel langjährigen Psychiatriekarrieren mit teilweise langen Hospitalisierungen stellt sich die Frage, wie es um die Selbstmanagementstrategien und besonderen Unterstützungsbedarfe dieser Patientengruppe bestellt ist. Es besteht dringender Forschungsbedarf zu der Frage, wie die älteren Patienten ihren Alltag mit der psychischen Erkrankung meistern und wie sie dabei insbesondere mit den begleitenden körperlichen Beschwerden umgehen. Zu wenig bekannt ist darüber hinaus, welchen Unterstützungsbedarf psychisch Kranke beim Management ihrer zumeist komplexen Medikamentenregime, der Realisierung eines gesunden Lebensstils unter Alltagsbedingungen oder beim Umgang mit dem Primärversorgungssystem haben. Das *Phänomen der Ko- und Multimorbidität von psychischen und somatischen Erkrankungen* in der Forschung intensiver zu berücksichtigen und mit entsprechenden empirischen Studien zu untersuchen, ist überfällig.
- Generell ist über Selbstmanagementstrategien sowie die entsprechenden Unterstützungsbedarfe von psychisch Kranken in Abhängigkeit von Patientenvariablen wie Geschlecht, Bildungsstand, sozioökonomischem Status, ethnischer Herkunft oder dem Vorhandensein von sozialer Unterstützung wenig bekannt. Lassen sich in diesem Zusammenhang zielgruppenspezifische Selbstmanagementstrategien identifizieren, oder dominieren vielmehr auch bei anderen Patientengruppen zu beobachtende Strategien? Welchen Einfluss haben krankheitsbezogene Merkmale wie Dauer oder Schwere der Symptomatik, die Ausgestaltung des Behandlungsregimes oder die Dauer der Intervention auf das Selbstmanagement, welche Bedeutung wird den jeweiligen Kontextbedingungen beizumessen sein? Die meisten der vorliegenden Studien aus dem Mental Health Bereich fokussieren vorrangig die Reduktion oder Kontrolle der psychiatrischen Symptomatik, den weiteren Konsequenzen für die Familie und das soziale Leben, die Freizeitaktivitäten oder die Arbeit wenden sie sich kaum zu (Barlow et al. 2005a). Dem ist dringend durch einen Perspektivwechsel in der Forschung abzuhelpfen.
- Während für Menschen mit chronisch körperlichen Erkrankungen umfassende Erfahrungen mit peergeleiteten Interventionen zur Selbstmanagementförderung vorliegen und diese auch als gut beforscht gelten, fehlen entsprechende Forschungsergebnisse für den Mental Health Bereich. Zwar bieten einige Organisationen entsprechende Peer-gestützte Interventionen an, diese sind in ihren Wirkungen aber noch wenig untersucht (Barlow et al. 2005a). Hier gilt es, diese ersten Erfahrungen der *Einbindung Psychiatrieerfahrener in die Versorgungspraxis* stärker als bislang wissenschaftlich zu reflektieren und dabei vor allem die Erfahrungen der Nutzer mit Peer-gestützten Interventionen zu

explorieren und auszuwerten. Offen ist nicht zuletzt die Frage, wie viel professionelles Engagement überhaupt erforderlich ist, um positive Effekte auf Seiten der chronisch psychisch Kranken zu erzielen. Auch fehlen Erkenntnisse dazu, wie sich das Verhältnis von Professionellen und chronisch psychisch kranken Menschen im Zeitverlauf entwickelt, und zur *Bedeutung der professionellen Helfer für die Selbstmanagementförderung*. Hier könnten sich interessante Fragestellungen für künftige Forschungsvorhaben ergeben.

- Im Mental Health Bereich hat die Insiderperspektive durch die Verbreitung von Narrativen individueller Heilungsprozesse und Selbstmanagementstrategien im Gefolge der Recovery-Bewegung viel Beachtung gefunden. Diese Impulse aufzugreifen und mit Forschungsaktivitäten zu unterstützen und zu erweitern, dürfte sich für die Debatte über Selbstmanagementförderung insgesamt als lohnend erweisen. Von Interesse wäre beispielsweise die Frage, wie psychisch Kranke ihre Selbstmanagementstrategien an bestehende Behandlungsregime anpassen beziehungsweise wie sie durch diese in ihren Selbstmanagementbemühungen unterstützt oder auch behindert werden. Nicht nur angesichts längerfristiger Hospitalisierungen sondern auch im Rahmen langfristiger ambulanter Behandlungsregime ist zu fragen, ob nicht unter Umständen die eigenständigen Selbstmanagementstrategien der Betroffenen durch professionelle Interventionen unterminiert werden. Schließlich könnte die *Beschäftigung mit der Insiderperspektive* auch Beiträge zur Diskussion über Prozesse erlernter Hilflosigkeit oder Demoralisierung als Folge psychischer Erkrankung wie auch deren Behandlung liefern und somit ein *tiefergehendes Verständnis vom erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Selbstmanagement von Menschen mit chronischen psychischen Gesundheitsproblemen* ermöglichen. Ein Zielgruppe, die hier von besonderem Interesse für die Forschung sein könnte, sind Personen mit einer psychiatrischen Diagnose, die bewusst keine professionellen Hilfen in Anspruch nehmen oder Alternativen zur herkömmlichen psychiatrischen Behandlung suchen.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Selbstmanagementförderung ist ein *Sammelbegriff für patientenzentrierte Interventionsstrategien* in der Versorgung chronisch kranker Menschen. Als komplexe, zumeist aus mehreren Komponenten bestehende edukative Intervention zur Beantwortung der mit chronischen Erkrankungen einhergehenden krankheits-, alltags- und biografiebezogenen Herausforderungen hat Selbstmanagementförderung spätestens seit der Jahrtausendwende international in nahezu alle Versorgungsbereiche Einzug gehalten – darunter in jüngster Zeit verstärkt auch in die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Im Kontext emanzipatorischer Ansätze diskutiert und als Alternative zum traditionell paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung angesehen, werden an die Selbstmanagementförderung heute allerorten hohe Erwartungen geknüpft. Im Gegensatz zur traditionellen Patientenrolle, die durch Patientenunterweisung und die Forderung nach Therapietreue und damit durch die Beschneidung von Autonomie und Entscheidungsfreiheit geprägt ist, sollen chronisch kranke Menschen durch Selbstmanagementförderung zu einem selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Erkrankung und deren Auswirkungen befähigt werden. Rollen und Verantwortlichkeiten werden mit den professionellen Helfern situativ immer wieder neu ausgehandelt. Die Problemdefinition erfolgt durch die Erkrankten selbst, wobei deren Relevanzkriterien durchaus auch von den medizinischen Behandlungsplänen abweichen können. Im Zentrum der Selbstmanagementförderung stehen das Erreichen von Selbstwirksamkeit sowie die Stärkung individueller Gesundheitsressourcen und Handlungskompetenzen.

Rückblickend betrachtet hat Selbstmanagementförderung eine dynamische Themenkarriere durchlaufen, in der wesentliche Akzentverschiebungen erkennbar sind: Die Anfänge der Diskussion sind stark von der politisch motivierten Gesundheits- sowie der Selbsthilfebewegung der 1970er-Jahre mit ihrem Anspruch auf Emanzipation und Partizipation beeinflusst. Seit den 1980er-Jahren beginnt sich dann zunehmend eine technokratische und individualistische Sichtweise auf Selbstmanagementförderung durchzusetzen. Sie soll den Patienten schlichtweg ermöglichen, die eigene Gesundheit zu kontrollieren und die zu deren Sicherung oder (Wieder-)Herstellung notwendigen Maßnahmen eigenverantwortlich zu steuern. Zugleich gerät Selbstmanagementförderung damit als ein wesentlicher Mechanismus ins Blickfeld, um die gesellschaftlichen Kosten chronischer Krankheiten zu begrenzen oder gar zu reduzieren:

„As a tsunami of chronic disease rolls across the world, governments seek ways to control its disastrous impact on health and economic effects, adopting, as a part of a package of reforms, patient self-management (PSM) as policy and as an altered norm for how healthcare should be delivered“ (Redman 2011: 181)

In den 1990er-Jahren wird schließlich durch eine Vielzahl an klinischen Studien nachgewiesen, dass Symptomüberwachung und Verhaltensänderungen durch die Erkrankten tatsächlich zur Reduktion einzelner Krankheitsfolgen beitragen können. Selbstmanagementförderung wird daraufhin immer populärer und in eine Vielzahl staatlicher „Top-Down-Strategien“ integriert. Diese sind zumeist einem individualpsychologischen Ansatz verpflichtet und nicht eben selten mit der pragmatischen Verlagerung von Versorgungslasten auf die chronisch Kranken verbunden. Selbstmanagementförderung hätte sich damit von den ursprünglich politischen Motiven und innovativen Ansätzen der sozialen Gesundheits- und Selbsthilfebewegung der Anfangsjahre entfernt – eine in der Literatur vielfach zu findende Kritik. Inwieweit es dabei auch seine eigentliche Wirkungskraft eingebüßt hat, wird weiterhin kritisch zu beobachten und zu reflektieren sein.

Die Praxis der Selbstmanagementförderung ist heute vor allem durch die Heterogenität der Programme und eine klinische Grundorientierung geprägt. Neben partizipatorisch ausgerichteten Programmen und dem Empowerment-Ansatz sowie der Nutzerperspektive verpflichteten Ansätzen firmieren auch traditionelle didaktisierte Patientenschulungen, vorrangig behaviorale Skills-Trainings oder die Psychoedukation unter diesem Sammelbegriff. Zahlreiche krankheitsspezifische und generische Programme existieren nebeneinander. Gemeinsam ist ihnen, dass die Fokussierung der professionellen Akteure auf messbare klinische Outcomes die chronisch kranken Menschen und ihre individuellen und sozialen Belange und Relevanzkriterien beim Selbstmanagement oftmals aus dem Blickfeld geraten lassen.

Programme, die gezielt Menschen mit psychischen Gesundheitsprobleme adressieren, sind erst mit einiger Verzögerung entwickelt und in der Praxis implementiert worden – nicht zuletzt aufgrund einer lange Zeit vorherrschenden paternalistisch gestalteten Versorgung. Diese wurde befördert durch eine pessimistische Sicht auf Krankheitsverläufe sowie auf die Möglichkeiten der Erkrankten, selbst aktiv auf den Verlauf der Erkrankung Einfluss zu nehmen. Mittlerweile gibt es für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen eine Reihe sowohl krankheitsspezifischer wie auch generischer Programme zur Selbstmanagementförderung. Vor allem die generischen Programme sind von der Idee des Recovery-Ansatzes getragen, den Nutzerinnen und Nutzern (wieder) Handlungsmacht und Selbstkontrolle zu ermöglichen. Anders als im Bereich der chronisch körperlichen Erkrankungen werden die Programme teilweise von Patientenorganisationen und -verbänden initiiert und auch an der Forschung und dem entsprechenden Diskurs über Selbstmanagementförderung sind die chronisch psychisch kranken Menschen aktiv beteiligt. Diese Impulse aufzunehmen und für die Selbstmanagementdebatte insgesamt nutzbar zu machen, dürfte sich für die Debatte über Selbstmanagementförderung insgesamt als innovativ erweisen.

Dem Mainstream der Selbstmanagementförderung entsprechend ist auch die Forschung zu diesem Thema überwiegend an den klinischen Outcomes und damit an der Effektivität (und Effizienz) der Programme interessiert. Auf der Basis einer

Vielzahl an klinischen Studien und Übersichtsarbeiten kann mittlerweile als gesichert gelten, dass Selbstmanagementförderung bei chronisch körperlichen Erkrankungen zu Verbesserungen des Krankheitswissens, der Selbstwirksamkeit, der Selbsteinschätzung der Gesundheit sowie in einigen Fällen auch von klinisch-messbaren Parametern führen kann. Die wissenschaftliche Reflexion und Evaluation der Programme aus dem Mental Health Bereich steht dagegen noch am Anfang. Die Ergebnisse der vorliegenden Wirkungsstudien sind immerhin ermutigend und liefern erste Hinweise darauf, dass psychisch Kranke von Selbstmanagementförderung in Bereichen wie dem Krankheitsmanagement, der psychiatrischen Symptomatik oder der Lebensqualität profitieren können.

An dieser Stelle angekommen, soll basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse zur Selbstmanagementförderung bei psychischen Gesundheitsproblemen ein kurzer Ausblick auf die weitere Auseinandersetzung mit diesem Thema gewagt werden. Folgende Aspekte sind aus unserer Sicht bedenkenswert:

- Dringlich – dies gilt für den psychiatrischen wie auch für den somatischen Bereich – sind eine definitorische Klärung von Selbstmanagement sowie eine klare Konzeptualisierung und interventionslogische Abgrenzung zu anderen im weiteren Sinne edukativen oder therapeutischen Interventionen. Dies wird eine Intensivierung und Ausweitung von Forschungsaktivitäten unumgänglich machen, wobei der Fokus der dominierenden klinischen Forschung dringend um konzeptionell und auch theoretisch orientierte Arbeiten zu erweitern wäre. Letztlich wird die Reichweite der Aussagen über die Effektivität und Effizienz der Selbstmanagementförderung davon abhängen, ob allen Beteiligten auch klar ist, was sie messen und worauf die beobachteten Effekte tatsächlich zurückzuführen sind. Der vorliegenden Literaturanalyse war zu entnehmen, dass in diesem Bereich noch zahlreiche Unsicherheiten bestehen – mit entsprechenden Konsequenzen für die Beurteilung der Wirksamkeit von Selbstmanagementförderung.
- Selbstmanagementförderung birgt – dies haben die Erfahrungen der letzten Jahre gezeigt – Chancen für unterschiedliche Patientengruppen. Allerdings teilt sie das Schicksal anderer (auch präventiver) Interventionen, die vorwiegend von solchen Bevölkerungsgruppen genutzt werden, die ohnehin ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein und eine hohe Gesundheitskompetenz haben, wohingegen diejenigen mit besonderem Unterstützungsbedarf nur schwer erreicht werden können. Eine Zielgruppe, die es in diesem Zusammenhang intensiver in den Blick zu nehmen gilt, sind Menschen, die gleichermaßen mit somatischen wie mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen leben (Ko- und Multimorbidität). Bisher sind Maßnahmen zur Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes von Menschen mit schweren psychischen Störungen selten erfolgreich. Ob Selbstmanagementansätze, die gezielt den körperlichen Gesundheitszustand psychisch Kranker adressieren, für dieses drängende und bislang ungelöste Problem ein vielversprechender Ansatz

sein können, wird sorgfältig zu prüfen sein. Unbestreitbar ist, dass hier angesichts der demographischen Entwicklung und der hohen Raten somatischer Komorbiditäten auf Seiten psychisch Kranker ein dringendes Handlungs- und Forschungsfeld darauf wartet, bearbeitet zu werden.

- Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit ist stärker als bisher in einen übergreifenden Diskurs über die Bedeutung von Partizipation und Mitwirkung chronisch kranker Menschen in der Gesundheitsversorgung in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen einzubetten. Die vorliegenden Erfahrungen mit der peer-gestützten Selbstmanagementförderung lassen vermuten, dass diese Ansätze mehr Aufmerksamkeit verdienen. Dies gilt auch im psychiatrischen Bereich, in dem bislang wenige Erfahrungen mit der aktiven Einbindung Psychiatrie-Erfahrener in die Versorgungspraxis gesammelt wurden. Dies lenkt die Aufmerksamkeit nicht zuletzt auf die professionellen Helfer und ihr Verhältnis zu den Patienten sowie den von ihnen praktizierten Selbstmanagementstrategien. Zuweilen werden Mediziner, Pflegende oder auch andere Helfer durch aktive Selbstmanager und deren Sichtweisen im Versorgungsalltag irritiert und verunsichert. Oftmals fehlt ihnen das Handwerkszeug für einen auf Partizipation angelegten Umgang mit den Patienten, weshalb sie oftmals zwischen traditionell paternalistischen und zu überfordernden Vorgehensweisen changieren. Der Sensibilisierung und Professionalisierung der Helfer für die Notwendigkeit zur aktiven Einbindung chronisch kranker Menschen in unterschiedliche Versorgungskontexte sowie für mit der Selbstmanagementförderung verbundene Aushandlungsprozesse ist dringend angezeigt.
- Mit dem Recovery Ansatz bietet der Mental Health Bereich interessante Impulse für die konzeptionell-theoretische Auseinandersetzung mit der Selbstmanagementförderung. Die leitenden Prinzipien von Recovery stimmen in vielerlei Hinsicht mit denen der Selbstmanagementförderung überein – so beispielsweise bei der Orientierung am subjektiven Wohlbefinden statt an objektiv diagnostizierter Krankheit, der Berücksichtigung der ganzen Person, der Bedeutung von Selbstkontrolle und Wahl statt Compliance oder schlicht der Anerkennung und Berücksichtigung der Expertise Betroffener. Letztlich wird damit die Person und die ihr innewohnenden Potenziale und nicht die Krankheit und die damit einhergehende Symptomatik in das Zentrum der gemeinsamen Aktivitäten von Patient und professionellem Helfer gerückt. Wie in dieser Literaturstudie aufgezeigt, war dieser Perspektivwechsel ursprünglich mit der Selbstmanagementförderung verbunden, wurde im Laufe der Entwicklung aber in den Hintergrund gedrängt und durch eine auf kurzfristige (meist somatische) Effekte zielende Praxis und Forschung überlagert. Nicht allein für den psychiatrischen Bereich könnte daher eine intensivere Auseinandersetzung mit der Recovery-Bewegung und der sie leitenden Prinzipien eine hilfreiche Orientierung in Praxis und Wissenschaft bieten und zu einer Renaissance der Grundideen der Selbstmanagementförderung insgesamt beitragen.

7. Literatur

- Adams K, Greiner AC, Corrigan JM (Eds.) (2004): Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit. A focus on communities. Washington, DC: National Academic Press
- Anthony WA (1993): Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16(4): 11-23
- Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP (2002): Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 53: 545-547
- Atkin K, Stapley S, Easton A (2010): No one listens to me, nobody believes me: Self management and the experience of living with encephalitis. *Social Science & Medicine* 71: 386-393
- Audulv Å, Asplund K, Norbergh KG (2012): The Integration of Chronic Illness Self-Management. *Qualitative Health Research* 22(3): 332–345
- Bachman J, Swenson S, Reardon ME, Miller D (2006): Patient self-management in the primary care treatment of depression. *Administration and Policy in Mental Health* 33: 76-85
- Bandura A (1979): *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bandura A (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review* 84(2): 191-215
- Bandura A (2005): The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion. *Applied Psychology* 54(2): 245-254
- Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM, Linszen DH, de Haan L (2011): Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia-A review of the past decade. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.005
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J (2002): Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling* 48: 177-187
- Barlow JH, Bancroft GV, Turner A (2005): Self-management training for people with chronic disease: a shared learning experience. *Journal of Health Psychology* 10(6): 863-872
- Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, Jones FR, Fisher A (2005a): A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111(4): 272-285
- Bauer U (2005): *Das Präventionsdilemma. Potentiale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Positionierung*. Wiesbaden: VS Verlag
- Battersby M (2007): Das Selbstmanagement-Modell der Flinders University. *Managed Care* 2: 23-26

- Battersby M, Lawn S, Pols R (2010): Conceptualisation of Self-Management. In: Kralik D, Paterson B, Coates V (Ed.): *Translating chronic illness research into practice*. Wiley-Blackwell
- Behrendt B, Kruschke NR (2005): Psychoedukative Interventionen und Patientenschulungen zur Förderung Compliance, Coping und Empowerment. In: Behrendt B & Schaub A: *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: Dgvt-Verl, 15-29
- Behrendt B, Pitschel-Walz G, Bäuml J (2005): Psychoedukation in der Behandlung schizophrener Erkrankter und ihrer Angehörigen: Grundlagen und aktuelle Ansätze. In: Behrendt B & Schaub A: *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: Dgvt-Verl, 111-159
- Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, Chew-Graham C (2006): A qualitative study of GPs' attitudes to self-management of chronic disease. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 56: 407-414
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K (2002): Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 288: 2469-2475
- Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C (2005): *Helping patients manage their chronic conditions*. California: California Healthcare Foundation
- Borgetto B, Kolba N (2008): Wie anfällig ist die gemeinschaftliche Selbsthilfe für die Reproduktion und Produktion sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit? In: Bauer U, Büscher A: *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: VS, 423-446
- Bosma H, Lamers F, Jonkers CC, van Eijk JT (2011): Disparities by Education Level in Outcomes of a Self-Management Intervention: The DELTA Trial in the Netherlands. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 62(7): 793-795
- Breier A, Strauss JS (1983): Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry* 40(10): 1141-1145
- Buffum MD, Buccheri R, Trygstad L, Gerlock AA, Birmingham P, Dowling GA, Kuhlman GJ (2009): Behavioral management of auditory hallucinations. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 47: 32-40
- Bury M, Newbould J, Taylor D (2005): A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness. Evidence review. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). London. Verfügbar unter: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/lay_led_rapid_review_v10-FINAL.pdf (13.09.2010)
- Busch M, Hapke U, Mensink GBM (2011): *Psychische Gesundheit und Lebensweise*. Hg. Robert Koch-Institut Berlin
- Chafetz L, White M, Collins-Bride G, Cooper BA, Nickens J (2008): Clinical trial of wellness training: health promotion for severely mentally ill adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 196(6): 475-483

- Chapman DP, Perry GS, Strine TW (2005): The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease* 2: A14
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P (2005): Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of Internal Medicine* 143(6): 427-438
- Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L (1991): Self-Management of Chronic Disease by Older Adults. *Journal of Aging and Health* 3: 3-27
- Clark NM (2003): Management of chronic disease by patients. *Annual Review of Public Health* 24: 289-313
- Cockerham WC, Lueschen G, Kunz G, Spaeth JL (1986): Social stratification and self-management of health. *Journal of Health and Social Behavior* 27(1): 1-14
- Coleman MT, Newton KS (2005): Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician* 72(8): 1503-1510
- Cook JA (2005): Patient-Centered and Consumer-Directed Mental Health Services: A Report Prepared for the Institute of Medicine. Chicago, IL: University of Illinois at Chicago National Research & Training Center
- Cook JA, Copeland ME, Hamilton MM, Jonikas JA, Razzano LA, Floyd CB, Hudson WB, Macfarlane RT, Grey DD (2009): Initial outcomes of a mental illness self-management program based on wellness recovery action planning. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 60: 246-249
- Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, Floyd CD, Hudson WB, Macfarlane RT, Carter TM, Boyd D (2011): Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using wellness recovery action planning. *Schizophrenia Bulletin*
- Cook JA, Steigman P, Pickett S, Diehl S, Fox A, Shipley P, MacFarlane R, Grey DD, Burke-Miller JK (2012): Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophrenia Research* 136(1-3): 36-42
- Copeland ME (1997): *Wellness Recovery Action Plan®*. West Dummerston, VT: Peach Press.
- Corben S, Rosen R (2005): Self-management for long-term conditions. Patients' perspectives on the way ahead. London: King's Fund
- Corbin J, Hildenbrand B, Schaeffer D (2009): Das Trajektkonzept. In: Schaeffer D (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber, 55-74
- Corbin J, Strauss A (1991): A Nursing Model for Chronic Illness Management Based upon the Trajectory framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 5(): 155-174
- Corbin JM, Strauss AL (2010): *Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Huber
- Corrigan PW, Wallace CJ, Schade ML, Green MF (1994): Learning medication self-management skills in schizophrenia: Relationships with cognitive deficits and psychiatric symptoms. *Behavior Therapy* 25(1): 5-15

- Coultner A, Ellins J (2006): Patient-focused interventions: A review of the evidence. Verfügbar unter: www.pickereurope.org/Filestore/PIE_reports/.../QEI_Review_AB.pdf (28.01.2011)
- Creer TL, Christian WP (1976): Chronically Ill and Handicaped Children. Their Management and Rehabilitation. Champaign, Ill.: Research Press Company
- Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, Dickerson F, Brown CH, Kreyenbuhl J, Wohlheiter K, Dixon LB (2005): Physical activity patterns in adults with severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 193(10): 641-646
- Davidson L (2005): Recovery, self management and the expert patient – Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health* 14: 25-35
- Davidson L, Lawless M, Leary F (2005): Concepts of recovery: competing or complementary? *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 664-667
- DHHS – Department of Health & Human Services (1982): Strategies to Promote Self Management of Chronic Disease. Chicago: American Hospital Association
- Department of Health (2001): The Expert Patient. A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century. London: Department of Health
- Department of Health (2005): Self-Care. A real choice. London: Department of Health
- Depp CA, Stricker JL, Zagorsky D, Goodale LC, Eyler LT, Patterson TL, Lebowitz BD, Jeste DV (2008): Disability and Self-Management Practices of People with Bipolar Disorder: A Web-Based Survey. *Community Mental Health Journal* 45: 179-187
- Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, Casey P, Wilkinson C, Vazquez-Barquero JL, Wilkinson G (2000): Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. BMJ (Clinical Research Ed.)* 321(7274): 1450-1454
- Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA, Bona JR, Fricks L, Jenkins-Tucker S, Sterling E, DiClemente R, Lorig K (2010): The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophrenia Research* 118: 264-270
- Du S, Yuan C (2010): Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *International Nursing Review* 57: 159-167
- Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnston-Cronk K, Zimmermann K, Mintz J (1992): Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Journal of Psychiatry* 149: 1549-55
- Eikelmann B, Reker T, Richter D (2005): Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker - Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 73(11): 664–673
- Ewers M, Weicht W (Hg.) (1995): Menschen mit AIDS pflegen: i.v. DrogengebraucherInnen. Frankfurt am Main: Mabuse

- Ewers M, Schaeffer D (Hg.) (2005): Case Management in Theorie und Praxis. 2., ergänzte Auflage. Bern: Huber
- Europäische Kommission (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union, KOM (2005) 484, endgültig, Brüssel, 14.10.2005. Verfügbar unter: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/de/com/2005/com2005_0484de01.pdf (19.03.2012)
- Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit (2005): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Helsinki. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf (19.03.2012)
- Färdig R, Lewander T, Melin L, Folke F, Fredriksson A (2011): A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 62(6): 606-612
- Färdig R, Lewander T, Fredriksson A, Melin L (2011a): Evaluation of the Illness Management and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Research* 132(2-3): 157–164
- Finnell DS, Osborne FH, Gerard VK (2011): Development of the patient-centered Recovery Resource System for veterans on long-term mental health medications. *Archives of Psychiatric Nursing* 25(4): 235–244
- Foster G, Taylor SJ, Eldrige SE, Ramsay J, Griffiths CJ (2007): Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)* (4): CD005108
- Fu D, Fu H, McGowan P, Shen YE, Zhu L, Yang H, Mao J, Zhu S, Ding Y, Wei Z (2003): Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: a randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization* 81(3): 174-82
- Fu D, Ding Y, MacGowan P, Fu H (2006): Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai. *Patient Education and Counseling* 61: 389-396
- Fujita E, Kato D, Kuno E, Suzuki Y, Uchiyama S, Watanabe A, Uehara K, Yoshimi A, Hirayasu Y (2010): Implementing the Illness Management and Recovery Program in Japan. *Psychiatric Services* 61(11): 1157–1161
- Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson KC, Rapp CA, Gowdy EA (2011): Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34(3): 214–222
- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA (2010): National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 33 Suppl 1: 89–96
- Gallagher R, Donoghue J, Chenoweth L, Stein-Parbury (2008): Self-management in older patients with chronic illness. *International Journal of Nursing Practice* 14: 373-382

- Gallant MP (2003): The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education* 30: 170-195
- Gingerich S, Mueser KT (2005): *Illness Management and Recovery*. In: Drake RE, Merrens MR, Lynde DW (Ed.): *Evidence-Based Mental Health Practice*. New York/London: W.W: Norton & Company
- Glazier RH, Bajcar J, Kennie NR, Willson K (2006): A Systematic Review of Interventions to Improve Diabetes Care in Socially Disadvantaged Populations. *Diabetes Care* 29(7): 1675 -1688
- Gortzis LG (2009): e-Health: Are there expert patients out there? *Health Sociology Review* 18: 173-181
- Griffiths C, Motlib J, Azad A, Ramsay J, Eldridge S, Feder G, Khanam R, Munni R, Garrett M, Turner A, Barlow J (2005): Randomised controlled trial of a lay-led self-management programme for Bangladeshi patients with chronic disease. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 55(520): 831-837
- Griffiths C, Foster G, Ramsay J, Eldridge S, Taylor S (2007): How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ* 334(7606): 1254 -1256
- Grypdonck M (2005): Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker. In: Seidl E, Walter I: *Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf Patientinnen nach Nierentransplantation*. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich, 15-60
- Hamera EK, Peterson KA, Handley SM, Plumlee AA, Frank-Ragan E (1991): Patient self-regulation and functioning in schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry* 42(6): 630-631
- Hanson RW, Gerber KE (1990): *Coping with Chronic Pain. A Guide to Patient Self-Management*. New York: Guilford Press
- Harrison M, Fulwood C, Bower P, Kennedy A, Rogers A, Reeves D (2010): Exploring the mechanisms of change in the chronic disease self-management programme: Secondary analysis of data from a randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112719> (19.03.2012)
- Haslbeck J (2010): Do it yourself. Für ein selbstverantwortliches Management chronischer Krankheit braucht es neue Ansätze. *Care Management* 3(6): 20-21
- Haslbeck JW, Schaeffer D (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege* 20: 82-92
- Haslbeck JW, Schaeffer D (2010): Selbstverantwortung im Gesundheitswesen, diskutiert am Medikamentenmanagement aus Sicht chronisch kranker Patienten. *Das Gesundheitswesen* 73(03): e44–e50

- Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S (2007): A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 58(11): 1461–1466
- Hayward P, Chan N, Kemp R, Youle S, David A (1995): Medication Self-Management: A preliminary report on an intervention to improve medication compliance. *Journal of Mental Health* 4(5): 511-518
- Hintzpeter B, List SM, Lampert T, Ziese T (2010): Entwicklung chronischer Krankheiten. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer, 3-28
- Holroyd KA, Creer TL (Ed) (1986): *Self-Management of Chronic Disease. Handbook of Clinical Interventions and Research*. New York: Academic Press
- Illich I (2007): *Die Nemesis der Medizin. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage*. München: CH. Beck Verlag
- Institute of Medicine (2003): *Priority areas for national action: Transforming health and quality*. (Adams K and Corrigan JM, Eds.). Washington, DC: National Academic Press
- Jacobi F, Harfst T (2007): Psychische Erkrankungen – Erscheinungsformen, Häufigkeit und gesundheitspolitische Bedeutung. *Die Krankenversicherung* (5): 3-6
- Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 8: 736-44
- Jerant AF, von Friederichs-Fitzwater MM, Moore M (2005): Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling* 57(3): 300-307
- Jeste D V, Wolkowitz O M & Palmer B W (2011): Divergent trajectories of physical, cognitive, and psychosocial aging in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 37(3): 451-455
- Kemp V (2011): Use of 'chronic disease self-management strategies' in mental healthcare. *Current Opinion in Psychiatry* 24: 144-148
- Kendall E, Rogers A (2007): Extinguishing the social?: state sponsored self-care policy and the Chronic Disease Self-management Programme. *Disability & Society* 22(2): 129
- Kendall E, Ehrlich C, Sunderland N, Muenchberger H, Rushton C (2011): Self-managing versus self-management: reinvigorating the socio-political dimensions of self-management. *Chronic Illness* 7(1): 87-98
- Kennedy MG, Schepp KG, O'Connor FW (2000): Symptom self-management and relapse in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 14: 266-275
- Kennedy A, Gask L, Rogers A (2005): Training professionals to engage with and promote self-management. *Health Education Research* 20: 567-578

- Kennedy A, Gately C, Rogers A (2005a): Process evaluation of the EPP—Report II: examination of the implementation of the Expert Patients Programme within the structures and locality contexts of the NHS in England. Manchester: University of Manchester, National Primary Care Research and Development Centre
- Kennedy AP, Rogers AE (2009): The needs of the others: The norms of self-management skills training and the differing priorities of asylum seekers with HIV. *Health Sociology Review* 18: 145-158
- Klinitz H (2006): Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“?. *Psychiatrische Praxis* 33: 372-382
- Knuf A, Osterfeld M, Seibert U (2007): Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Koch T, Jenkin P, Kralik D (2004): Chronic illness self-management: locating the ‚self‘. *Journal of Advanced Nursing* 48: 484-492
- Kralik D, Koch T, Price K (2004): Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 13: 259-267
- Lawn S, Battersby MW, Pols RG, Lawrence J, Parry T, Urukalo M (2007): The mental health expert patient: findings from a pilot study of a generic chronic condition self-management programme for people with mental illness. *The International Journal of Social Psychiatry* 53: 63-74
- Lawn S, Battersby MW, Lindner H, Mathews R, Morris S, Wells L, Litt J, Reed R (2009): What skills do primary health care professionals need to provide effective self-management support? Seeking consumer perspectives. *Aust. J. Prim. Health* 15(1): 37-44
- Lawn S, Schoo A (2010): Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling* 80(2): 205-211
- Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J, Lorenzo J, Bradford-Watt D, Barbosa A, Karlin M, Chernick M (2009): Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 60(12): 1629-1636
- Liberman RP, Evans CC (1985): Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 5(3 Suppl): 8-14
- Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, Ciechanowski P, Ludman EJ, Bush T, Young B (2004): Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care* 27: 2154-2160
- Lindsay S, Vrijhoef HJM (2009): Introduction – A sociological focus on ‚expert patients‘. *Health Sociology Review* 18: 139–144
- Lorig KR (1982): Arthritis self-management: a patient education program. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses* 7: 16-20
- Lorig KR (1993): Self-Management of chronic illness: a model for the future. *Generations* 17(3): 11-14

- Lorig K, Lubeck , Kraines RG, Seleznick M, Holman HR (1985): Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 28(6): 680-685
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman H (1999): Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical Care* 37: 5-14
- Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR (2001): Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care* 39(11): 1217–1223
- Lorig KR, Holman H (2003): Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 26: 1-7
- Lorig K, Haslbeck J (Hg.) (2011): *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben*. Zürich: Verlag Careum
- Luszczynska A, Schwarzer R (2005): Social cognitive theory. In: Conner M & Norman P (Eds.): *Predicting Health Behavior* (2nd ed. Rev.). Buckingham, England: Open University Press, 127-169
- Mahrer Imhof R (2005): Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft? *Pflege* 18(6): 342-344
- Martyn D (2003): A bibliography of recovery, self-management and related themes. London: Rethink. Verfügbar unter: www.sirl.ie/other/repository_docs/33.pdf (11.04.2012)
- Martyn D (2005): The experiences and views of self-management of people with a schizophrenia diagnosis. An initial report for discussion and comment. London: Rethink. Verfügbar unter: http://www.rethink.org/living_with_mental_illness/everyday_living/selfmanagement/ (11.03.2012)
- McCreadie R, Macdonald E, Blacklock C, Tilak-Singh D, Wiles D, Halliday J, Paterson J (1998): Dietary intake of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland: case-control study. *BMJ* 317(7161): 784 -785
- McDonald J, Harris E, Kurti L, Furler J, Apollini L, Tudball J (2004): *Action on Health Inequalities: Early Intervention and Chronic Condition Self-Management*. Sydney: Health Inequalities Research Collaboration, Primary Health Care Network. Verfügbar unter: [http://notes.med.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports1to5/\\$file/McDonald_J_%282004%29_Action_on_Health_Inequalities_2.pdf](http://notes.med.unsw.edu.au/cphceweb.nsf/resources/CHETREreports1to5/$file/McDonald_J_%282004%29_Action_on_Health_Inequalities_2.pdf) (05.08.2011)
- McGowan P (2005): *Self-management: A Background Paper*. Victoria, British Columbia. Verfügbar unter: http://web.uvic.ca/~pmcgowan/research/cdsmp/documents/What_is_Self-Management.pdf (09.09.2010)
- Mead N, Bower P (2000): Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51(7): 1087-1110

- Mead S, Copeland ME (2000): What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal* 36(3): 315–328
- Mental Health Commission (2005): A vision for a Recovery Model in Irish Mental Health Services. Discussion Paper. Dublin: Mental Health Commission
- Michalak E, Livingston JD, Hole R, Suto M, Hale S, Haddock C (2011): It's something that I manage but it is not who I am': reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*
- Mueser KT, Bond GR (2000): Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry* 13: 27-35
- Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI (2002): Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 53: 1272-1284
- Mueser K T, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP (2006): The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia Bulletin*, 32-43
- Müller-Mundt G (2001): Patientenedukation zur Unterstützung des Selbstmanagements. In: Hurrelmann K, Leppin A. (Hrsg.): *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health*. Bern: Huber, 94-106
- Murray G, Suto M, Rachele H, Hale S, Amari E, Michalak EE (2010): Self-management strategies used by 'high functioning' individuals with bipolar disorder: from research to clinical practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy* n/a-n/a
- Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F (2000): Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 320(7226): 26-30
- Nakagawa-Kogan H, Garber A, Jarrett M, Egan KJ, Hendershot S (1988): Self-management of hypertension: Predictors of success in diastolic blood pressure reduction. *Research in Nursing & Health* 11: 105-115
- Newman S, Steed L, Mulligan K (2004): Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364(9444): 1523-1537
- Nolte S, Elsworth GR, Sinclair AJ, Osborne RH (2007): The extent and breadth of benefits from participating in chronic disease self-management courses: a national patient-reported outcomes survey. *Patient Education and Counseling* 65(3): 351-360
- Nolte E, McKee M (2008): *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. Maidenhead: Open University Press
- Olesen SC, Butterworth P, Leach L (2010): Prevalence of self-management versus formal service use for common mental disorders in Australia: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44: 823-830

- Ormiston L (1980): Self-management strategies. In: Squyres WD: Patient education: An inquiry into the state of the art. New York: Springer
- Parcel GS, Bartlett EE, Bruhn JG (1986): The Role of Health Education in Self-Management. In: Holroyd K A & Creer T L (Ed): Self-Management of Chronic Disease. Handbook of Clinical Interventions and Research. New York: Academic Press, 3-27
- Pollack LE (1996): Inpatient self-management of bipolar disorder. *Applied Nursing Research* 9(2): 71-79
- Pols RG, Battersby MW, Regan-Smith M, Markwick MJ, Lawrence J, Auret K, Carter J, Cole A, Disler P, Hassed C, McGuinness C, Ngyuen H (2009): Chronic condition self-management support: proposed competencies for medical students. *Chronic Illness* 5: 7-14
- Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maseko J, Phillips MR, Rahmann A (2007): No health without mental health. *The Lancet* 370: 859-877
- Protheroe J, Nutbeam D, Rowlands G (2009): Health literacy: a necessity for increasing participation in health care. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners* 59(567): 721-723
- Rau J, Petermann F (2008): Motivationsförderung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz* 22: 209-219
- Redman BK (2004): Patient Self-Management of Chronic Disease. The Health Care Provider's Challenge. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers
- Redman BK (2008): Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen. Bern: Huber
- Redman BK (2011): When Is Patient Self-Management of Chronic Disease Futile? *Chronic Illness* 7(3): 181-184
- Riedinger K, Giesing M (2011): Der arbeitende Patient. In: Hoefert H-W, Klotter C: Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe, 17-31
- Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A (2008): Supporting self-management. In: Nolte E & McKee M: Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Maidenhead: Open University Press
- Rössler W, Theodoridou A (2006): Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung. *Der Nervenarzt* 77 Suppl 2: 111-118
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2009): Krankheitskosten. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 48. Berlin: RKI
- Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A (2005): Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trial for chronic illness. *Qualitative Health Research* 15: 224-239
- Rogers A, Kennedy A, Bower P, Gardner C, Gately C, Lee V, Reeves D, Richardson G (2008): The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation. *The Medical Journal of Australia* 189(10 Suppl): 21-24

- Rogers A, Gately C, Kennedy A, Sanders C (2009): Are some more equal than others? Social comparison in self-management skills training for long-term conditions. *Chronic Illness* 5: 305-317
- Royal Australian College of General Practitioners (2003): Sharing healthcare guidelines – chronic condition self management guideline for GPs. Verfügbar unter: <http://www.racgp.org.au/guidelines/sharinghealthcare> (05.08.2011)
- Sajatovic M, Dawson NV, Perzynski AT, Blixen CE, Bialko CS, McKibbin CL, Bauer MS, Seeholzer EI, Kaiser D, Fuentes-Casiano E (2011): Optimizing care for people with serious mental illness and comorbid diabetes. *Psychiatric Services* 62(9): 1001-1003
- Salyers MP, Godfrey JL, Mueser KT, Labriola S (2007): Measuring illness management outcomes: a psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. *Community Mental Health Journal* 43(5): 459–480
- Schaeffer D (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In: Schaeffer D (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber, 15-51
- Schaeffer D, Ewers M, Haslbeck J, Kamche A, Müller-Mundt G (2005): Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime. *Pflege und Gesellschaft* 1: 56-59
- Schaeffer D, Moers M (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft* 13(1): 6-31
- Schmidt B (2008): *Eigenverantwortung haben immer die anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen*. Bern: Huber
- Schmutte T, Flanagan E, Bedregal L, Ridgway P, Sells D, Styron T, Davidson L (2009): Self-efficacy and self-care: missing ingredients in health and healthcare among adults with serious mental illnesses. *The Psychiatric Quarterly* 80(): 1-8
- Schrank B, Amering M (2007): „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 21(1): 45-50
- Schütze F (2006): Verlaufskurven des Erleidens als Forschungsgegenstand der interpretativen Soziologie. In: Krüger HH, Marotzki W (Hrsg.): *Handbuch erziehungswissenschaftliche Biographieforschung*. Wiesbaden: VS Verlag. 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage, 205-237
- Schwarze M, Kirchhoff R, Schuler M, Musekamp G, Nolte S, Jordan JE, Osborne RH, Ehlebracht-König I, Faller H, Gutenbrunner C (2008): Ein Blick Down Under. *Zeitschrift für Rheumatologie* 67: 189-198
- Scott A, Wilson L (2011): Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self-management in mental health. *Nursing Inquiry* 18(1): 40-49

- Shon KH (2003): The effects of medication and symptom management education program based on self efficacy theory for the psychiatric patients. *Journal of Korean Academy of Nursing* 33(8): 1145-1152
- Shon KH, Park SS (2002): Medication and symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effects of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Medical Journal* 43(5): 579-589
- Sobel DS, Lorig KR, Hobbs M (2002): Chronic disease self-management program: from development to dissemination. *The Permanente Journal* 6(2): 15-22
- Social Exclusion Unit (2004): *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister. Verfügbar unter: http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/social_exclusion_task_force/assets/publications_1997_to_2006/mh.pdf (19.03.2012)
- Solomon DH, Warsi A, Brown-Stevenson T, Farrell M, Gauthier S, Mikels D, Lee TH (2002): Does self-management education benefit all populations with arthritis? A randomized controlled trial in a primary care physician network. *The Journal of Rheumatology* 29(2): 362-368
- Spence M, Nagatani A, Koehn S (2010): *Self-management support for ethnocultural minority older adults. An annotated bibliography*. BC
- Starnino V, Mariscal S, Holter MC, Davidson LJ, Cook KS, Fukui S, Rapp C (2010): Outcomes of an Illness Self-Management Group Using Wellness Recovery Action Planning. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34(1): 57-60
- Stark W (1996): *Empowerment: Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus
- Stenberg JH, Jääskeläinen IP, Røyks R (1998): The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. *International Review of Psychiatry* 10: 58-61
- Sterling EW, von Esenwein SA, Tucker S, Fricks L, Druss BG (2010): Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal* 46: 130-138
- Stern T, Sin J (2012): Implementing a structured psychosocial interventions group programme for people with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(2): 180-189
- Stevens S, Sin J (2005): Implementing a self-management model of relapse prevention for psychosis into routine clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12(): 495-501
- Taylor D, Bury M (2007): Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health & Illness* 29(): 27-45
- Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL (1986): Self-management and social learning theory. In: Holroyd KA, Creer TL (Ed): *Self-Management of Chronic Disease. Handbook of Clinical Interventions and Research*. New York: Academic Press

- Townsend A, Wyke S, Hunt K (2006): Self-managing and managing self: practical and moral dilemmas in accounts of living with chronic illness. *Chronic Illness* 2(): 185-194
- Tsai YF, Chen CY (2006): Self-care symptom management strategies for auditory hallucinations among patients with schizophrenia in Taiwan. *Applied Nursing Research: ANR* 19(4): 191-196
- Van der Meer V, van Stel HF, Detmar SB, Otten W, Sterk PJ, Sont JK (2007): Internet-based self-management offers an opportunity to achieve better asthma control in adolescents. *Chest* 132(): 112-119
- Van Weert E, Hoekstra-Weebers JE, May AM, Korstjens I, Ros WJ, van der Schans CP (2008): The development of an evidence-based physical self-management rehabilitation programme for cancer survivors. *Patient Education and Counseling* 71(): 169-190
- Vassilev I, Rogers A, Sanders C, Kennedy A, Blickem C, Protheroe J, Bower P, Kirk S, Chew-Graham C, Morris R (2010): Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic Illness*. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20921033> (22.12.2010).
- Vermeire EH, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26: 331-342
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A (2001): Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs (Project Hope)* 20(): 64-78
- Warsi A, Wang PS, LaValley MP, Avorn J, Solomon DH (2004): Self-management education programs in chronic disease: a systematic review and methodological critique of the literature. *Archives of Internal Medicine* 164: 1641-1649
- Wehmeier PM (2001): *Selbstmanagement: Organisationsentwicklung und Interaktion*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis
- WHO – World Health Organization (2001): *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO
- WHO – World Health Organization (2005): *Preparing a healthcare workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. Geneva: WHO
- Wilson PM, Kendall S, Brooks F (2007): The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health & Social Care in the Community* 15: 426-438
- Wittchen HU, Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15: 357-376
- Won MR, Lee KJ, Lee JH, Choi YJ (2011): Effects of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* In Press
- Zubin J, Spring B (1977): Vulnerability – a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86(2): 103-126

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizin-, Pflegepädagogik
und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin / Deutschland