

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und
Nervenheilkunde (Hrsg.)



Kurzfassung der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

Uta Gühne, Stefan Weinmann, Steffi Riedel-Heller und Thomas Becker

unter Mitarbeit von: Volkmar Aderhold, Andreas Bechdorf, Isabel Böge, Iris Tatjana Graef-Calliess, Hans Gutzmann, Knut Hoffmann, Werner Höhl, Vjera A. Holthoff, Andrea Koch, Eckhardt Koch, André Nienaber, Andreas Pfeiffer, Dirk Richter, Dorothea Sauter, Renate Schepker, Georg Schomerus, Meryam Schouler-Ocak, Michael Schulz, Matthias Schützwohl

2. Auflage 2018 (Kurzfassung)

Stand: 27. März 2019 (Erstellungsdatum)

Kontakt

E-Mail: Info-Leitlinie-PsychosozialeTherapien@medizin.uni-leipzig.de

publiziert bei





AWMF-Registernummer 038-020

Bei der hier vorliegenden Kurzfassung handelt es sich um eine redaktionell überarbeitete und deutlich gekürzte Version der Behandlungsleitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Bitte beachten Sie, dass die ausführlichen Empfehlungsbegründungen nur in der Langfassung der Leitlinie zu finden sind.

Die Langfassung inkl. kompletter Quellenangaben sowie weitere Versionen und Informationen zur Leitlinie sind über die Webseite der herausgebenden Fachgesellschaft (<https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>) sowie über die AWMF (<https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>) zugänglich.

Zur besseren Lesbarkeit wurden im Text in der Regel die männlichen Formen der Personenbezeichnungen verwendet, selbstverständlich beziehen sich alle Aussagen auch auf die weibliche Form.

Impressum

Das vorliegende Update der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) koordiniert und wird gemeinsam mit den 43 beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Organisationen herausgegeben.

Am Konsensusprozess beteiligt (in alphabetischer Reihenfolge)

ACKPA	Arbeitskreis für Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V.
BAG PIA	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie (BFLK) e. V.
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.
BKT	Bundesverband für Künstlerische Therapien gem. e. V.
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.

DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DTGPP	Deutsch türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. / Fachgruppe Psychiatrie Berufsverband der Soziotherapeuten e. V. Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.

Verantwortlich für das Update der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Zusammenarbeit mit

- dem Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II und dem
- Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig.

Koordination und Redaktion

Die Projektkoordination und Redaktion übernahmen:

- Prof. Dr. Thomas Becker, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg (Projektleitung)
- Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig (Projektleitung)
- Dr. Dr. Stefan Weinmann, Vivantes Klinikum am Urban, Berlin und Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz
- Dr. Uta Günhe, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig

Weitere Projektmitarbeiter:

- Daniel Richter, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP) der Universität Leipzig, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Berlin

Methodische Unterstützung des Koordinations- und Redaktionsteams und Moderation:

- Prof. Dr. med. Ina Kopp – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

Expertengruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Themenbereich	Experten
Angehörigen-Experten (NEU)	Janine Berg-Peer Gudrun Schliebener Sibylle Glauser
Arbeit	PD Dr. Holger Hoffmann Prof. Dr. Thomas Reker Prof. Dr. Andreas Bechdorf
Empowerment und Recovery	Prof. Dr. Michaela Amering Prof. Dr. Reinhold Kilian
Ergotherapie	PD Dr. Thomas Reuster Prof. Dr. Matthias Schützwohl
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert
Gesundheitsökonomie-Perspektive	Prof. Dr. Hans-Helmut König Dr. Alexander Konnopka
Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. Rainer Hellweg
Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe	Dorothea Jäckel Dr. habil. Dirk Richter
Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht	Prof. Dr. Heinrich Kunze Prof. Dr. Gerhard Längle
Primärmedizin/Hausarztversorgung und schwere psychische Erkrankungen (NEU)	Dr. Ilka Aden Prof. Dr. Nils Schneider
Psychoedukation	Prof. Dr. med. Josef Bäuml PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
Rehabilitation (NEU)	Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler
Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte	PD Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess Prof. Dr. Wielant Machleidt
Dialog und User Involvement (Erweitert)	Prof. Dr. Thomas Bock Ruth Fricke Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski
Vernetzung von Hilfen	Dr. Stefan Bartusch Dr. Hermann Elgeti
Wohnen	Dr. Manfred Moos Matthias Rosemann Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf

Konsensusgruppe (in alphabetischer Reihenfolge)

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
ACKPA	Arbeitskreis für Cheförzttinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Dr. Claudia Birkenheier	
APK	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Prof. Dr. Reinhard Peukert	Nils Greve
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V.	Walter Krug	
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.	Heiko Kilian	Dr. Reinald Faß
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e. V.	Matthias Rosemann	Dr. Klaus Obert
BAG IF	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V.	Betram Sellner	Monika Zimmermann
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien e. V.	Prof. Dr. Ulrich Elbing	Cornelia Schumacher
BAG PIA (BDK)	Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrische Institutsambulanzen der Bundesdirektorenkonferenz	Prof. Dr. Katarina Stengler	
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Annette Theißing	Dr. Sabine Kreß
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Holger Mangold	Jörg Bungart
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	Wolfgang Schrank (verstorben März 2018)	
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	Gudrun Schliebener	
BAPP	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Prof. Dr. Sabine Weißflog	Michael Theune
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Prof. Dr. Gerhard Längle	
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Eva Maria Stein (Rücktritt im Herbst 2017) Herr Ziegelmayr (Übernahme des Mandats im Herbst 2017)	
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie	Rainer Kleßmann	Frank Vilsmeier

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
e. V.			
BFW	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.	Dr. Reinald Faß	
BKT	Berufsverband für Künstlerische Therapien gem. e. V.	Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
BPE	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.	Ruth Fricke	
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer	Dr. Nikolaus Melcop	Dr. Tina Wessels
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Dr. med. Sabine Köhler	Dr. med. Roland Urban
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater	Dr. med. Oliver Biniash	Dr. med. Peter-Christian Vogel
Bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Dr. Erika Goez-Erdmann	
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Thomas Greune	
DEGA M	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V.	Dr. Ilka Aden	Univ. Prof. Dr. med. Emeritus Thomas Lichte
DFPP	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege	Dorothea Sauter	André Nienaber Uwe Genge (Zusatzvertreter)
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie	PD Dr. Knut Schnell	Ursula Berninger
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Dr. Beate Baumgarte	
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V.	Prof. Dr. med. Renate Schepker	
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Prof. Dr. med. Josef Bäuml	PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Prof. Dr. Thomas Becker	Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Prof. Dr. Elmar Etzersdorfer	Prof. Dr. Barbara Schneider, M.Sc.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Christel Achberger	Dr. Silvia Krumm

Fachgesellschaft/Organisation		Mandatsträger	Stellvertreter
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.	Rudi Merod	
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.	Dr. Heribert Fleischmann	Dr. Raphael Gaßmann
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit	Prof. Dr. med. Meryam Schouler-Ocak	Prof. Dr. Eckhardt Koch
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e. V.	Andreas Pfeiffer	Werner Höhl
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Prof. Dr. Gerd Hölter	Dr. Katharina Alexandridis Dr. Hubertus Deimel (Zusatzvertreter)
EX-IN	EX-IN Deutschland e. V.	Werner Holtmann	Veikko Kellner
LVPE RLP	Landesverband Psychiatrie Erfahrener Rheinland-Pfalz e. V.	Carsten Hoffmann	
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA	Klaus Kupfer
	Berufsverband der Soziotherapeuten e. V.	Dr. med. Nicolas Nowack	Hansgeorg Ließem
	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Petra Godel-Erhardt	Dr. Micheal Konrad

Frau Fanny Schoeler-Rädke (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG, Berlin) begleitete den Entwicklungsprozess als unabhängige Beobachterin.

Weitere Autoren

Neben den in den Evidenzkapiteln adressierten psychosozialen Interventionen enthält die Langfassung der Leitlinie Kapitel, die nicht systematisch recherchiert wurden, aber wichtige Themen in den Blick nehmen. Wir danken allen Autoren für die Unterstützung und Bereitstellung der Abschnitte:

Autoren	Kapitel/Abschnitt
Georg Schomerus	Stigma und Anti-Stigma-Interventionen
Andreas Bechdorf	Frühintervention
Volkmar Aderhold	EXKURS: Bedürfnisangepasster Ansatz und Offener Dialog
Dorothea Sauter, André Nienaber, Dirk Richter und Michael Schulz in Abstimmung mit der DFPP e. V.	EXKURS: Psychiatrische Pflege
Werner Höhl und Andreas	Inhaltliche Überarbeitung des Evidenzkapitels Ergotherapie

Autoren	Kapitel/Abschnitt
Pfeiffer	
Renate Schepker und Isabel Böge (DGKJP)	Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Matthias Schützwohl, Andrea Koch, Uta Gühne und Knut Hoffmann	Psychosoziale Therapien bei Menschen mit Intelligenzminderung und psychischer Erkrankung
Vjera A. Holthoff und Hans Gutzmann	Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
Eckhardt Koch, Meryam Schouler-Ocak und Iris Tatjana Graef-Calliess	Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie

Externes Peer-Review

Ein externes Peer-Review der Langfassung fand durch Prof. Dr. Urs Hepp, Integrierte Psychiatrie Winterthur (Schweiz) statt.

Gültigkeitsdauer der Leitlinie

Die Gültigkeitsdauer der Leitlinie beträgt fünf Jahre ab Zeitpunkt der letzten inhaltlichen Überarbeitung, die am 02.10.2018 erfolgte. Eine Aktualisierung wird durch die DGPPN koordiniert.

Fassungen der Leitlinie

Es ist beabsichtigt, das vorliegende Update der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen mit folgenden Komponenten zu publizieren:

I. Langfassung, die zusätzlich zum Inhalt der Kurzfassung ausführliche Hintergrundtexte zur Evidenz sowie komplette Quellenangaben enthält. Zudem finden sich hier eine Skizzierung des deutschen psychiatrischen Versorgungssystems (Matrixkapitel) und Kapitel zur psychosozialen Versorgung von spezifischen Patientengruppen.

II. Kurzfassung, die in kompakter Form die Evidenz und die graduierten Empfehlungen enthält (vorliegendes Dokument).

III. Leitlinien-Report

IV. Patientenleitlinie

V. Wartezimmerversion (Ultrakurzversion)

VI. Online-Wissensplattform zur Patientenleitlinie **TheraPart** (<https://www.Thera-Part.de>)

Die verschiedenen Fassungen werden über das Internetangebot der AWMF und DGPPN verfügbar sein.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
ACT	Assertive Community Treatment (engl. für Nachgehende gemeindenahe und teambasierte Behandlung)
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BA	Behavioral Activation (engl. für Verhaltensaktivierung)
BBW	Berufsbildungswerk
BFW	Berufsförderungswerk
BMI	Body Mass Index
BPT	Body Psychotherapy (engl. für Körperorientierte Psychotherapie)
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BWF	Betreutes Wohnen in Familien
CM	Case Management
CMHT	Community Mental Health Teams (engl. für gemeindenahe teambasierte Behandlung)
CRHT	Crisis Resolution and Home Treatment (engl. für ein aufsuchendes multiprofessionelles Behandlungsteam in akuten Erkrankungsphasen)
CTI	Critical Time Intervention
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EQOLISE	Enhancing the Quality Of Life and Independence of Persons Disabled by Severe Mental Illness through Supported Employment
ES	Effektstärkemaß für kontinuierliche Daten
ET	Ergotherapie
EU	Europäische Union
FACT	Flexible Assertive Community Treatment (engl. für eine flexibilisierte nachgehende gemeindenahe und teambasierte Behandlung)
GAF	Global Assessment of Functioning Scale
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (engl. für ein System, mit Hilfe bestimmter Faktoren Empfehlungsstärken zu bemessen)
HF	Housing First (engl. für Unterstütztes Wohnen)
iCBT	Internet-delivered CBT (engl. für internetbasierte Kognitive Verhaltenstherapie)
ICD-10	International Classification of Diseases 10th Revision (engl. für Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
ICM	Intensive Case Management
IMR	Illness Management and Recovery
IPS	Individual Placement and Support
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KKP	Klinischer Konsenspunkt
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
N	Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmer

NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PE	Psychoedukation
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PVT	Pre-Vocational-Training (engl. für ein vorbereitendes Training unter beschützten Bedingungen im Sinne des Stufenleitersystems der Rehabilitation)
RCT	Randomized Controlled Trial (engl. für Randomisierte kontrollierte Studie)
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke
SBW	Stationär Betreutes Wohnen
SE	Supported Employment (engl. für Unterstützte Beschäftigung)
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SMI	Severe Mental Illness (engl. für schwere psychische Erkrankungen)
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
Tab.	Tabelle
TAU	Treatment as Usual (engl. für Herkömmliche Behandlung)
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WFOT	World Federation of Occupational Therapists

Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie	4
2. Evidenz und Empfehlungen	8
3. Grundlagen psychosozialen Handelns	11
3.1 Recovery und Empowerment	11
3.2 Milieuthherapie und Therapeutische Gemeinschaften	13
3.3. Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung	14
3.4 Stigma und Anti-Stigma-Interventionen	14
4 Selbstmanagement und Selbsthilfe	16
4.1 Hintergrund	16
4.2 Selbstmanagement	16
4.3 Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe	17
4.3. Selbsthilfegruppen	18
4.4 Evidenzkapitel: Peer-Support - Experten aus Erfahrung	19
4.4.1 Hintergrund	19
4.4.2 Internationale Evidenz	20
4.4.3 Kosteneffektivität	22
4.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	22
5 Systeminterventionen	23
5.1 Frühintervention	23
5.1.1 Hintergrund	23
5.1.2 Frühinterventionsstrategien	23
5.1.3 Internationale Evidenz	23
5.1.4 Kosteneffektivität	24
5.1.5 Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland	24
5.2 Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze	24
5.2.1 Überblick über ausgewählte gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze	24
5.2.2 Evidenzkapitel: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung	25
Exkurs: Bedürfnisangepasster Ansatz und Offener Dialog (gekürzt)	28
Exkurs: Psychiatrische Pflege (gekürzt)	36
5.2.3 Evidenzkapitel: Case Management	37
5.3 Evidenzkapitel: Unterstütztes Wohnen	40
5.3.1 Hintergrund	40

5.3.2 Internationale Evidenz.....	41
5.3.3 Kosteneffektivität	44
5.3.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	45
5.4 Evidenzkapitel: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben.....	47
5.4.1 Hintergrund	47
5.4.2 Internationale Evidenz.....	48
5.4.3 Kosteneffektivität	52
5.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	52
6 Einzelinterventionen.....	55
6.1 Evidenzkapitel: Psychoedukative Interventionen und Trialog.....	55
6.1.1 Hintergrund	55
6.1.2 Internationale Evidenz.....	56
6.1.3 Kosteneffektivität	61
6.1.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	61
6.2 Evidenzkapitel: Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten	62
6.2.1 Hintergrund	62
6.2.2 Internationale Evidenz.....	63
6.2.3 Von der Evidenz zur Empfehlung	65
6.3 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien	66
6.3.1 Hintergrund	66
6.3.2 Internationale Evidenz.....	66
6.3.3 Kosteneffektivität	68
6.3.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	68
6.4 Evidenzkapitel: Ergotherapie	69
6.4.1. Hintergrund	69
6.4.2 Internationale Evidenz.....	69
6.4.3 Von der Evidenz zur Empfehlung	70
6.5 Evidenzkapitel: Bewegungs- und Sporttherapien	70
6.5.1 Hintergrund	70
6.5.2 Internationale Evidenz.....	71
6.5.3 Kosteneffektivität	72
6.5.4. Von der Evidenz zur Empfehlung	72
6.6 Evidenzkapitel: Gesundheitsfördernde Interventionen.....	73
6.6.1 Hintergrund	73
6.6.2 Internationale Evidenz.....	74

6.6.3 Kosteneffektivität	75
6.6.4 Von der Evidenz zur Empfehlung	75
Literatur	77

1. Zielsetzung, Anwendungsbereich und Adressaten der Leitlinie

(Quellen: siehe Langfassung)

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand im Fachgebiet wiedergeben und den behandelnden Therapeuten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern. Die 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) reiht sich in das Leitlinienprogramm der AWMF ein und basiert auf der Methodik der S3-Leitlinien, weist aber einige Besonderheiten auf. Die grundlegende Vorgehensweise bei der Erstellung dieser Leitlinie ist im Leitlinienreport (<https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html>) beschrieben.

Die **Zielgruppe** dieser Leitlinie umfasst Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als *people with severe mental illness* beschrieben. Zielgruppe dieser Leitlinie sind Menschen mit einer dieser Diagnosen, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind.

Interventionen bei folgenden **Erkrankungen** im Sinne medizinischer Diagnosen wurden recherchiert und berücksichtigt:

- Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F22, F25),
- schwere affektive Störungen: Manie (ICD-10: F30), bipolar-affektive Störung (ICD-10: F 31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F 32.2-F 32.3 und F33),
- schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60-F61),
- schwere Angststörungen (ICD-10: F41) und
- schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F42).

Die **Begründung für die gemeinsame Berücksichtigung dieser Personengruppe** ist, dass schwere Verlaufsformen oft zu ähnlichen psychosozialen Beeinträchtigungen und Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen Leben führen und es häufig das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen und weniger die konkrete medizinische Diagnose ist, welche die Gestaltung und Durchführung der psychosozialen Interventionen im psychosozialen Versorgungssystem bestimmt. Entsprechend werden in Studien zu diesen Interventionen diagnostisch heterogene Patientengruppen mit *severe mental illness* eingeschlossen. Trotz dieser Herangehensweise gilt, dass für die optimale Behandlung und Therapie dieser Personengruppe diagnosespezifische Therapien notwendig sind, die in den jeweiligen **diagnosespezifischen Leitlinien der DGPPN** behandelt werden. Die Empfehlungen der vorliegenden S3-Leitlinie gelten lediglich für die Behandlung von Erwachsenen mit psychischen Störungen und nicht für die Zielgruppe von Kindern und Jugendlichen. Auch psychosoziale Interventionen bei Sucht- und Demenzerkrankungen werden in der vorliegenden S3-Leitlinie nicht systematisch behandelt. Sie sind in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaft(en) aufgezeigt.

Zudem gibt die Leitlinie **Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen**, die ihrem Charakter nach zunächst beschrieben und sowohl von der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne als auch von allgemeinen Unterstützungsleistungen und Lebenshilfen abgegrenzt werden müssen. Die so verstandenen psychosozialen Interventionen zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen

Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die Reintegration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden. Psychosoziale Interventionen lassen sich verschiedenen **Aggregationsebenen** zuordnen. Einige Interventionen sind auf der **Systemebene** angesiedelt, deren Umsetzung in der Regel durch ein Helfersystem erfolgt (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams). Zum anderen gibt es psychosoziale Interventionen, die stärker als **Einzelintervention** beurteilt werden können und die an verschiedenen Stellen im Versorgungssystem in Anspruch genommen werden können (z. B. Psychoedukation).

Folgende psychosoziale Interventionen (Abb. 1) werden im vorliegenden Update (systematisch) behandelt:

Selbstmanagement & Selbsthilfe

- Peer-Arbeit (**NEU**)

Nicht systematisch behandelt werden unter diesem Abschnitt Selbstmanagement, Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe sowie Selbsthilfegruppen.

System-Interventionen

- Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze
- Unterstütztes Wohnen
- Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Nicht systematisch behandelt, aber neu aufgenommen wurden Ansätze der Frühintervention (**NEU**).

Einzelinterventionen

- Psychoedukative Interventionen und Trialog
- Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten (keine Aktualisierung in 2. Auflage erfolgt)
- Künstlerische Therapien
- Ergotherapie (keine systematische Aktualisierung in 2. Auflage erfolgt)
- Bewegungs- und Sporttherapien
- Gesundheitsfördernde Interventionen (**NEU**)

Neben umschriebenen psychosozialen Interventionen werden auch **grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns** wie die therapeutische Beziehung, das therapeutische Milieu und neuere Entwicklungen wie Recovery und Empowerment behandelt. Das Recovery-Konzept ist in dieser Überarbeitung stärker berücksichtigt worden. Erstmals finden Anti-Stigma-Interventionen Berücksichtigung.

Es gibt Kapitel, die **wichtige benachbarte Felder** ansprechen, z. B. psychosoziale Angebote für Kinder und Jugendliche, die in den Leitlinien der Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bearbeitet werden. Weitere Kapitel, die auf wichtige benachbarte Arbeitsfelder verweisen, gelten der Behandlung älterer Menschen mit psychischen Störungen sowie dem Themenfeld Migration. Schließlich hat in das vorliegende Update der S3-Leitlinie ein Kapitel zu psychosozialen Interventionen bei Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung Eingang gefunden, da unter den Hilfen für Menschen dieser Zielgruppe psychosoziale Angebote eine wichtige Rolle spielen. Eine systematische Evidenzrecherche, orientiert an der im Leitlinienreport beschriebenen Recherchestrategie, erfolgte hier allerdings nicht. Diese Kapitel finden sich ebenso wie das Matrixkapitel ausschließlich in der Langversion der Leitlinie. Letzteres greift die beschriebenen

psychosozialen Interventionen auf, verortet diese in unserem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem und zeigt den Implementierungsstand sowie aktuelle Entwicklungen auf.



Abb. 1: Systematik psychosozialer Interventionen

Ziel der vorliegenden Leitlinie ist es, Empfehlungen zur umfassenden psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben. Die vorliegende Leitlinie soll als **Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe für folgenden Personenkreis** dienen:

- Erwachsene Menschen mit einer Schizophrenie, schweren affektiven Erkrankungen (schwere Depression, schwere bipolare Erkrankung), und schweren Persönlichkeits- und Zwangsstörungen (Menschen mit *severe mental illness*) und deren Angehörige
- Professionell psychiatrisch Tätige (wie Psychiater, ärztliche Psychotherapeuten und Allgemeinärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Diplom-Psychologen, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter, Krankenpflegepersonal, Personal in anderen psychiatrischen Einrichtungen, gesetzliche Betreuer und andere, die im Hilfesystem tätig sind)
- Andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten oder organisieren.

In der Langversion der Leitlinie findet sich auch ein Abschnitt zu den besonderen Risiken und Bedarfen von **Kindern psychisch kranker Eltern**. Kinder von psychisch kranken und suchtbelasteten Eltern sind nicht nur besonderen Belastungen im Entwicklungsverlauf ausgesetzt, sondern haben darüber hinaus ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln und bilden damit eine besondere psychiatrische Risikogruppe. Schätzungen zufolge leben in Deutschland etwa zwei bis drei Millionen Kinder mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil. Es ist davon auszugehen, dass

gut 500.000 Kinder davon bei Eltern mit schweren psychischen Störungen aufwachsen [1]. Diesen Kindern ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Statement 12 (2012):

Für die Erweiterung und Qualifizierung notwendiger Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche psychisch kranker und suchtbelasteter Eltern und ihre Familien sind „(präventive) Hilfen und systemübergreifende Vernetzungen“ sowie eine verstärkte „Zusammenarbeit zwischen den verantwortlichen Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie und anderen medizinischen Diensten“ erforderlich. „Lehrer, Erzieherinnen, Ärzte, Sozialarbeiterinnen, Psychologen und Pädagoginnen, aber auch Familienrichterinnen sowie die Polizei müssen verbindlich“ und fachübergreifend zusammenarbeiten „und die jeweils anderen Hilfesysteme im Blick haben“. Weitere Beachtung sollte zudem „der Errichtung niedrigschwelliger Angebote, der Öffentlichkeitsarbeit, der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Hilfesystemen und den Möglichkeiten der Finanzierung der Hilfen zuteil werden.“ (AGJ 2010 [1], S.2).

2. Evidenz und Empfehlungen

(Quellen: siehe Langfassung)

Die Schritte bei der Aktualisierung der Leitlinie orientieren sich mehrheitlich an den Schritten bei der Erstellung der ersten Auflage der Leitlinie und werden im Folgenden dargestellt:

- Zusammenstellung der Projektgruppe, der Expertengruppe und der Konsensusgruppe einschließlich Patienten- und Angehörigenvertretern
- Wiederholte Darlegung von Interessenkonflikten aller Beteiligten
- Beschreibung der Zielgruppe
- Definition klinisch relevanter Fragestellungen
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzrecherche
- Entwicklung von Kriterien für die Evidenzbewertung: Studientypen und –bewertung
- Entwicklung von Kriterien für die Informationssynthese und den Konsensusprozess: Studientypen und -bewertung, formalisierter Konsensusprozess
- Zusammenfassung / Synthese der Review- und Studien-Ergebnisse und Bewertung der klinischen Relevanz
- Durchführung der Formalisierten Gruppenprozesse bzw. Delphi-Prozesse
- Einarbeitung der Kommentare
- Ausarbeitung der endgültigen Versionen der Leitlinie
- Externe Begutachtung

Der **Literaturrecherche** lag eine Zusammenstellung klinisch relevanter Fragestellungen durch die Projektgruppe zugrunde, welche die Recherche und Auswertung leiteten. Die klinisch relevanten Fragestellungen wurden in der ersten Konsensuskonferenz vorgestellt. Für die Mehrheit der Themen wurde eine systematische Literaturrecherche in folgenden **Datenbanken** durchgeführt:

- MEDLINE,
- Cochrane-Datenbanken: Cochrane Controlled Trials Register (CCTR), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE),
- Embase,
- PsycINFO,
- alle großen Leitlinien- und HTA-Datenbanken wie die der NGC (National Guideline Clearinghouse, INAHTA, ÄZQ, SIGN)

Außerdem wurde in den Literaturverzeichnissen der identifizierten Studien, Reviews und in ausgewählten Fachbüchern nach relevanten Publikationen gesucht. Weiterhin wurden die Mitglieder der Konsensus- und Expertengruppe um Übersendung relevanter Literatur zu den Themen gebeten.

Für die Suche wurden für jedes Thema sensitive **Suchstrategien** festgelegt, die auf die Cochrane-Suchstrategien aufbauten. Es wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt und in einem zweiten Schritt später erschienene Arbeiten, insbesondere randomisierte kontrollierte Studien, betrachtet. Lediglich englisch- oder deutschsprachige Publikationen wurden eingeschlossen, für die ein Volltext vorlag. Die aktuelle Suche wurde an der Suchstrategie der 1. Auflage der Leitlinie ausgerichtet. Für neu aufgenommene Interventionen erfolgte die Suche zeitlich uneingeschränkt.

Für jedes Thema und jeden Outcome-Parameter wurde in der Zusammenschau der Reviews und Studien die höchste verfügbare **Evidenzebene** dargestellt. Folgende Evidenzebenen wurden verwendet (Tab. 1).

Tab. 1: Evidenzgraduierung

Ia	Evidenz aus einer Meta-Analyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs) oder eine einzelne große randomisierte kontrollierte Studie mit eindeutigem Ergebnis
Ib	Evidenz aus mindestens einer kleineren randomisierten kontrollierten Studie oder einer Meta-Analyse von weniger als 3 RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten nicht-randomisierten Studie
IIb	Evidenz aus mindestens einer methodisch guten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nicht-experimentellen deskriptiven Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallserien
IV	Evidenz aus Berichten und Empfehlungen von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung respektierter Autoritäten

Für die Erarbeitung der den einzelnen Empfehlungen zugrundeliegenden Empfehlungsgrade wurden in Anlehnung an die GRADE-Kriterien (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) folgende Faktoren berücksichtigt:

- **Qualität der Evidenz:** Evidenzebene unter Berücksichtigung der Qualität der Studien und Reviews.
- **Relevanz der Effekte und Effektstärken:** Wenn durch die Intervention nur ein wenig patientenrelevanter Outcome-Parameter beeinflusst wurde, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Unsicherheit über Ausgewogenheit zwischen erwünschten und unerwünschten Effekten:** Bei hohem Risiko, dass unerwünschte Effekte überwiegen oder zu deutlichen Bedenken führen könnten, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Unsicherheit / Schwankungen hinsichtlich der Werte und Präferenzen:** Bei hoher Wahrscheinlichkeit, dass trotz Wirksamkeit der Intervention diese für Patienten oder einen Teil der Patienten nicht akzeptabel sein könnte, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Unsicherheit darüber, ob die Intervention eine sinnvolle Nutzung der Ressourcen darstellt:** Bei hoher Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.
- **Breite Anwendbarkeit im deutschen Versorgungssystem:** Wenn Studien in anderen Gesundheitssystemen durchgeführt wurden und die Umsetzbarkeit im deutschen Versorgungssystem nur sehr eingeschränkt gegeben war, konnte die Evidenzebene für die Bestimmung des Empfehlungsgrades herabgestuft werden.

Für die Empfehlungen wurden folgende **Empfehlungsgrade** verwendet, wobei die Evidenzebenen auf der Basis der oben genannten Kriterien herauf- oder herabgestuft werden konnten (Tab. 2).

Tab. 2: Empfehlungsgrade

A	Soll-Empfehlung: die meisten Patienten sollen diese Intervention in einer spezifischen Situation erhalten und würden sich dafür entscheiden.	Evidenzebenen Ia und Ib
B	Sollte-Empfehlung: Ein Teil der Patienten sollte diese Intervention erhalten, nachdem Vor- und Nachteile und andere Alternativen gemeinsam erörtert wurden.	Evidenzebenen IIa, IIb, III oder Evidenz aus Ebene I, die jedoch für die spezifische Fragestellung extrapoliert bzw. abgeleitet werden muss
0	Kann-Empfehlung: Es gibt unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung abzugeben, oder die Nachteile und Vorteile sind vergleichbar.	Evidenzebene IV oder Ableitungen aus IIa, IIb oder III
KKP	Klinischer-Konsensus-Punkt: Empfehlung, zu deren Begründung keine Studien durchgeführt werden können, oder die einer breiten Werte- und Präferenzentscheidung in unserer Gesellschaft entsprechen.	Empfehlung auf der Basis von klinischem Konsens

Alle Empfehlungen und Empfehlungsgrade dieser Leitlinie wurden in einem formalisierten Konsensusverfahren (Nominaler Gruppenprozess) verabschiedet. Teilweise wurde über die Empfehlungen direkt in den Treffen der Konsensusgruppe, teilweise über ein Delphi-Verfahren schriftlich abgestimmt. Die Texte der Leitlinie wurden allen Mitgliedern der Konsensusgruppe vorab zugesendet. Kommentare wurden eingearbeitet. Verfahren und Abstimmungsergebnisse des Konsensusverfahrens sind im Leitlinien-Report ausführlich dargelegt.

3. Grundlagen psychosozialen Handelns

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

Wichtige **Ziele** in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in der seelischen und körperlichen Stabilisierung, der Aktivierung und Förderung von Motivation und Ressourcen sowie der Entwicklung von Fähigkeiten für eine weitestgehend selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung zu sehen. Neben somatischen, psychotherapeutischen und den in dieser Leitlinie adressierten psychosozialen Behandlungsansätzen spielen hierbei auch gesundheitspolitische Orientierungen sowie Grundhaltungen und die Gestaltung therapeutischer Beziehungen aller Beteiligten und auch die Gestaltung der Behandlungssysteme eine bedeutende Rolle. Damit bilden diese eine Grundlage täglichen Handelns in psychiatrisch-psychosozialen Handlungsfeldern. In diesem Zusammenhang haben sich im Rahmen der Reformation der psychiatrischen Behandlungs- und Versorgungssysteme über die letzten Jahrzehnte international verschiedene Konzepte entwickelt, die in den folgenden Kapiteln aufgegriffen und beschrieben werden sollen.

3.1 Recovery und Empowerment

In einem klassisch medizinischen Kontext wird Recovery als die Reduktion von Symptomen und Funktionseinschränkungen und als langfristiges Ziel von Remission definiert. Damit impliziert es die Rückkehr zu einem früheren, prämorbidem Zustand und einer reduzierten Nutzung von Behandlungs- und Versorgungsangeboten. Recovery wird hier eher durch die Behandlungsziele einer Symptomreduktion und Rückkehr zu normativen sozialen und beruflichen Rollen definiert und steht damit einem prozesshaften Charakter von Recovery („Recovering“) diametral gegenüber. In der Literatur wird dieses Konzept oft als **klinische Perspektive, symptomfokussierte** oder auch **objektive Perspektive** bezeichnet.

In einer anderen Bedeutung, die der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung entspringt, geht Recovery über die Kontrolle der Symptome hinaus und wird vielmehr als ein „Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung“ gesehen, „in dem Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können“ ([2] S. 45–46). Hierbei wird die **persönliche, subjektive, personenzentrierte oder auch rehabilitative Perspektive** von Recovery betont. Recovery erfordert, den Menschen in seiner Gesamtheit zu sehen. Recovery kann folglich nur durch die Betroffenen selbst geleistet werden. Professionelle Helfer können den Prozess allenfalls unterstützen.

Aktuelle wissenschaftliche Fragestellungen zu Recovery richten sich auf konzeptionelle Ansätze, auf Prädiktoren sowie auf Strategien und Interventionen zur Unterstützung von Recovery. In der Langversion wird auf einige zentrale Aspekte Bezug genommen. Im Folgenden findet sich ein kleiner Ausschnitt.

Leamy et al. (2011) erarbeiteten ein erstes systematisches Review zu Recovery. Die Autoren identifizierten unter anderem bedeutende **Prozessvariablen von Recovery** (CHIME), von denen angenommen wird, dass sie für die praktische Arbeit von hoher Relevanz sind [3]:

- **Connectedness** (Verbundenheit): z. B. Peer-Support, Beziehungen, Teil der Gemeinschaft
- **Hope** (Hoffnung/Optimismus): z. B. Glaube an Recovery, Motivation für Veränderung, Träume, Sehnsüchte
- **Identity** (Identität): z. B. Überwindung von Stigma, Neudefinition des Sinns von Identität

- **Meaning in life** (Bedeutung und Sinnfindung): z. B. der Erfahrungen mit der Erkrankung, Neuorientierung, Lebensqualität
- **Empowerment**: z. B. Verantwortungsübernahme, Kontrolle zurück gewinnen, Fokus auf Stärken

Eine der Prozessvariablen ist ein Empowerment. Der Begriff **Empowerment** stammt historisch aus den Bürgerrechts- und Interessenvertretungen benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Emanzipationsbewegungen) und bezeichnet die Eigeninitiative von Menschen. Empowerment kann am ehesten übersetzt werden mit Selbstbefähigung und Förderung der Eigeninitiative. Empowerment kann unterstützt werden, in dem den Betroffenen Selbstbestimmung zugetraut wird und sie in ihren eigenen Wünschen, Zielen und Entscheidungen bestärkt werden.

Empfehlung 1 (2012):

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden. Sie sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können. (Selbstbefähigung/Empowerment)

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (08.11.2010)

International existiert mittlerweile umfangreiche Literatur zu **Recovery-orientierten Ansätzen** in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es werden zum einen Haltungen bzw. die Recovery-Orientierung der Dienstleister in verschiedenen Settings und zum anderen spezifische Interventionen beschrieben, die in Einklang mit dem Paradigma stehen und von denen ausgegangen wird, Recovery zu unterstützen.

Basierend auf dem CHIME-Rahmenkonzept und den dort definierten Recovery-Prozessvariablen leiten Slade et al. (2014) empirisch gestützte **Pro-Recovery-Interventionen** ab. Ziel ist, Interventionen zu identifizieren, mit deren Anwendung ein Recovery-orientiertes Behandlungs- und Versorgungssystem ausgestaltet werden kann. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass die Darstellung keinesfalls erschöpfend ist [4]. Viele der hier dargestellten Interventionen werden in der vorliegenden Leitlinie explizit behandelt:

- **Peer-Support** informell und formell (↪ Evidenzkapitel Peer-Support)
- **Patientenverfügungen** verbunden mit unzureichender Evidenzlage und Herausforderungen bei der Implementierung
- Spezielle **Selbstmanagement-Ansätze**, z. B. Wellness Recovery Action Planning (WRAP), Illness Management and Recovery (IMR) (↪ Abschn. Selbstmanagement)
- **REFOCUS** als Intervention zur Etablierung einer stärkeren Recovery-Orientierung in Behandlungsteams
- **Stärkenmodell** im Rahmen von Case Management (↪ Evidenzkapitel Case Management)
- **Individual Placement and Support** (↪ Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben)
- **Supported Housing** (↪ Evidenzkapitel Unterstütztes Wohnen)
- **Recovery Colleges / Recovery-Education-Programme** als Ansätze zur Wissensbeteiligung, um Recovery zu fördern und Teilhabemöglichkeiten zu verbessern
- **Trialog** (↪ Evidenzkapitel Psychoedukative Interventionen und Trialog)

Zur **Umsetzung von Recovery im deutschsprachigen Raum** stehen u. a. folgende Materialien zur Verfügung, die zunehmend Anwendung in der Praxis finden:

- 100 Wege um Recovery zu unterstützen [5]

- Schulungsprogramm Recovery praktisch [6]
- Das Leben wieder in den Griff bekommen [7]
- Das Gezeitenmodell [8].

Die Komplexität und Multidimensionalität des Recovery-Konstruktes werden in der Menge und Vielfalt der wissenschaftlichen Arbeiten deutlich. Recovery hat aus verschiedenen Perspektiven heraus eine unterschiedliche Bedeutung. Die Umsetzung einer Recovery-Orientierung in der psychiatrischen Versorgung ist allein deshalb eine Herausforderung.

Empfehlung 2 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten in ihrem individuellen Recovery-Prozess unterstützt werden. Neben gezielten evidenzbasierten Interventionen, die die Betroffenen im Rahmen ihrer individuellen Ziele und Wünsche unterstützen, sie in ihrer Autonomie und Individualität stärken und die eine Inklusion in alle Lebensbereiche und Lebensqualität fördern, sollte in allen Bereichen der Versorgung eine Recovery-Orientierung entwickelt und gelebt werden. Die Grundlage hierfür liegt in einem gemeinsamen Verständnis von Recovery, das Gegenstand von Aushandlungsprozessen ist.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Mai 2018)

3.2 Milieuthherapie und Therapeutische Gemeinschaften

In der Behandlung und Begleitung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen müssen auch vielfältige Umweltaspekte berücksichtigt werden. In diesem Zusammenhang versteht man unter **Milieuthherapie** alle gezielt therapeutisch eingesetzten Veränderungen von Umweltfaktoren (z. B. bauliche Gegebenheiten und Organisationsstrukturen) sowie zwischenmenschlichen Umgangsformen. Die Umweltfaktoren sind verknüpft mit der sozialen sowie der Behandlungsumgebung des Patienten; deren Einflüsse ein gegebener Umstand sind und sich positiv oder negativ bzw. unterstützend oder behindernd auf den Behandlungsverlauf auswirken können [9].

Empfehlung 3 (2012):

Bei allen psychosozialen Interventionen sollten Erkenntnisse zur Gestaltung therapeutischer Milieus berücksichtigt werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (24.01.2011)

Therapeutische Gemeinschaften sind eine **Sonderform der Milieuthherapie** und gleichzeitig ein Prinzip angewandter sozialer Psychiatrie. Ihnen liegt der Gedanke zugrunde, dass eine Patientengemeinschaft und die gegenseitige Unterstützung während der Therapieprozesse therapeutisch wirksam sein können. Moderne Konzepte Therapeutischer Gemeinschaften haben ihren Schwerpunkt auf Empowerment und Offenheit gerichtet und verfügen über klare Konzepte und Abläufe (vgl. [10]).

Empfehlung 4 (2012):

Eine Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft kann für bestimmte Patienten erwogen werden. Dieses Konzept ist nicht an stationäre Settings gebunden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

3.3. Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die **Beziehungsgestaltung** zwischen professionell Tätigen, Patienten und ihren Angehörigen nimmt neben der konkret angewandten Intervention, den Kontextfaktoren und gewissen Erwartungseffekten (Hoffnung) in der Behandlung (schwer) psychisch kranker Menschen einen hohen Stellenwert ein. Eng verknüpft hiermit sind bestimmte Haltungen, Grundannahmen und Orientierungen.

Eine Recovery-Orientierung erfordert, die Rechte der Betroffenen auf Autonomie und Selbstbestimmung zu respektieren und eine aktive Beteiligung an der Behandlungsgestaltung zu unterstützen (☞ Recovery). In diesem Sinne ist das **Konzept der Partizipativen Entscheidungsfindung** entwickelt worden. Die partizipative Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making) ist als ein Interaktionsprozess zu verstehen, an dem Patient und Behandler aktiv beteiligt sind und auf Basis geteilter Informationen und Präferenzen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung treffen [11]. Neben den medizinischen Informationen fließen hier auch behandlungsrelevante persönliche Informationen sowie Sorgen, Befürchtungen und Vorstellungen mit ein [12]. Behandler und Betroffene begegnen sich in diesem Modell als gleichberechtigte Partner. Dieses Modell unterscheidet sich von dem Modell der Informierten Entscheidungsfindung darin, dass über die von professioneller Seite zur Verfügung gestellten Informationen ein gemeinsamer Prozess gesteuert wird, der unter Berücksichtigung der Präferenzen aller Beteiligten zu einer gemeinsam zu verantworteten Entscheidung führt [13]. Eine dritte Form der Behandler-Patient-Interaktion liegt dem Paternalistischen Modell zugrunde. Hierbei trifft der Behandler nahezu selbstständig (nach bestem Wissen und Gewissen) Entscheidungen, möglicherweise ohne die Bedürfnisse des Betroffenen zu kennen. Gefahren liegen hier in der Bevormundung und partiellen Entmündigung des Patienten. Autonomiebedürfnisse werden so kaum erfüllt. Hierzu existiert eine schwache **Evidenzbasis**.

Einer breiten **Implementierung** stehen verschiedene Barrieren gegenüber, die sowohl auf Seiten der Patienten, als auch der Behandler und auf Systemebene angesiedelt sind. Aus Patientenperspektive liegt die größte Barriere in einem Wissens- und Machtungleichgewicht [14]. Eine Partizipative Entscheidungsfindung kann nur auf einer vertrauensbildenden und patientenzentrierten Basis erfolgen. Auch hierbei gilt, die Wünsche der Patienten hinsichtlich des Ausmaßes an der Beteiligung eines solchen Vorgehens zu berücksichtigen [15]. Gleichmaßen muss die aktuelle Entscheidungsfähigkeit, die aufgrund der Schwere der Erkrankung beeinträchtigt sein kann, berücksichtigt werden.

Statement 1 (NEU)

Die Beziehungsgestaltung zwischen Behandlern und Patienten sollte es ermöglichen, über Behandlungsstrategien und deren Vor- und Nachteile im Rahmen eines Prozesses Partizipativer Entscheidungsfindung zu informieren und zu Entscheidungen zu gelangen.

3.4 Stigma und Anti-Stigma-Interventionen

Der Umgang mit Stigmatisierung berührt alle Formen psychosozialer Therapien von Menschen mit psychischen Krankheiten. **Stigmatisierung** ist nach Link und Phelan (2001) ein Prozess, in dem ein bestimmtes Merkmal, z. B. eine schwere psychische Krankheit, dazu führt, dass Menschen mit einem Etikett versehen, mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, ausgegrenzt und schließlich diskriminiert werden. Stigmatisierung trifft Menschen mit schweren psychischen Krankheiten in vielfältiger Weise: Sie wird vom Einzelnen erlebt, befürchtet oder durch Geheimhaltung und sozialen Rückzug vermieden. Auch die Vermeidung von Stigmatisierung durch sozialen Rückzug oder durch die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe sind schwerwiegende Folgen des Stigmas, die sich manifestieren

können, bevor es zur offenen Ablehnung kommt. Stigmatisierung droht nicht nur im Kontakt zwischen Menschen (öffentliches Stigma), sondern zeigt sich auch in diskriminierenden Strukturen und Regeln (strukturelles Stigma). Schließlich kann es zur Selbststigmatisierung kommen, wenn eine Person sich mit der eigenen psychischen Krankheit und mit vorherrschenden negativen Stereotypen auseinandersetzen muss. Trendstudien zeigen, dass das Stigma gerade schwerer psychischer Krankheiten in den letzten Jahrzehnten trotz zahlreicher Initiativen nicht ab-, sondern im Fall der Schizophrenie sogar zugenommen hat [16, 17]. Eine wirksame Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheiten bleibt also eine bisher nur unbefriedigend gelöste Aufgabe.

Für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten ist das Stigma auf mehreren **Ebenen** relevant: (1) Stigma ist ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfe und (2) Stigma als Hindernis bei der Etablierung von gemeindepsychiatrischen Angeboten: „Not In My Back Yard“.

Analog zu den drei Ausprägungen von Stigma kann man grundsätzlich **Interventionen** unterscheiden, die öffentliches Stigma, strukturelles Stigma und Selbststigma adressieren. Stigma ist dabei nicht in erster Linie ein therapeutisches Problem, sondern ein gesellschaftliches. Link und Phelan haben zu Recht darauf hingewiesen, dass Stigmatisierung auf einem Machtgefälle beruht, dessen Ergebnis die ungerechte Ausgrenzung und Diskriminierung einer Minderheit ist. In der Regel sind diejenigen Menschen am stärksten von Stigmatisierung betroffen, die auch aus anderen Gründen benachteiligt sind, etwa durch Armut. Bei der Planung und Durchführung von Anti-Stigma-Interventionen darf diese gesellschaftliche Dimension der Stigmatisierung nicht aus den Augen verloren werden.

Beispiele für Anti-Stigma-Interventionen:

- Beispiele hinsichtlich der Reduktion **öffentlichen Stigmas** sind Schulprojekte und bevölkerungsweite Interventionen (z. B. Öffentlichkeitskampagnen).
- Die Veränderung struktureller Benachteiligungen kann überall dort stattfinden, wo **strukturelles Stigma** auftaucht - Interventionsmöglichkeiten reichen also von Medienleitfäden für eine nicht-stigmatisierende Berichterstattung bis hin zu den gesetzlichen Regelungen etwa von Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten.
- Inzwischen gibt es eine Reihe von Interventionen, die das subjektive Stigma-Erleben und die **Selbststigmatisierung** von Menschen mit psychischen Krankheiten adressieren. Als wirksam haben sich Interventionen erwiesen, die Peer-Support, Empowerment und eine reflektierte Offenlegung der eigenen Erkrankung beinhalten. Beispielhaft sei hier das Programm *Honest, Open, Proud* genannt, das unter dem Titel *In Würde zu sich stehen* auch in einer manualisierten deutschsprachigen Version vorliegt [18].

Interventionen zur Reduktion von Selbststigma können gut in einen therapeutischen Kontext integriert werden. Umso wichtiger ist dabei, Entstigmatisierung nicht als therapeutisches Projekt misszuverstehen. Die Ursache von Stigma liegt nicht in den Wahrnehmungen oder Bewertungen von Situationen durch die von Stigma Betroffenen, sondern in einem ungerechten gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit psychischen Krankheiten. Die Bekämpfung der Stigmatisierung ist deshalb eine **gesellschaftliche Aufgabe**, bei der die von Stigma Betroffenen nicht nur eingebunden werden, sondern vielmehr an vorderster Stelle stehen müssen.

4 Selbstmanagement und Selbsthilfe

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

4.1 Hintergrund

Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche Bedeutung in der Behandlung von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu. Der **Nutzen von Selbsthilfe** ist mittlerweile unumstritten. Dabei existiert kaum ein einheitliches Verständnis von Selbsthilfe. Die Vielfalt von Handlungsformen und Akteuren sowie unterschiedliche Konzeptionen führten zu einer breiten Fächerung des Begriffes. „Unter Selbsthilfe werden alle individuellen und gemeinschaftlichen Handlungsformen verstanden, die sich auf die Bewältigung eines gesundheitlichen oder sozialen Problems durch die jeweils Betroffenen beziehen. Selbsthilfe beruht vor allem auf Erfahrungswissen, kann aber auch Fachwissen einschließen. Der Begriff Fremdhilfe bezeichnet demgegenüber sowohl die bezahlte als auch die unbezahlte Hilfe durch nicht betroffene Laien oder Fachleute/Experten.“ ([19], S. 14).

Statement 2 (2012):

Selbsthilfe ist mittlerweile ein fester Bestandteil im Hilfesystem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie unterstützt die Selbstmanagementkompetenzen, dient dem Austausch und der Aktivierung von Ressourcen und Selbstheilungskräften und dem Verständnis und der Akzeptanz der Erkrankung.

Betrachtet werden sollen im Folgenden vier **verschiedene Formen von Selbsthilfe**: 1) Selbstmanagement, 2) Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe, 3) Selbsthilfegruppen und 4) Peer-Support. Verwandte Konzepte, die eine gewisse Überschneidung zu Selbsthilfeansätzen aufweisen, wie Dialogseminare, werden im Kapitel zur Psychoedukation aufgeführt. Selbsthilfe schließt gleichermaßen Betroffenen und Angehörige ein. Dabei ist zu beachten, dass zu den Angehörigen nicht nur Eltern zählen, sondern auch Geschwister sowie bei eigenen Familien auch Partner und Kinder betroffen sind, die auf jeweils unterschiedliche Weise beteiligt, verunsichert und zu unterstützen sind.

Statement 3 (2012):

Angehörige von schwer psychisch kranken Menschen erfahren schwerwiegende und vielfältige Belastungen. Zugleich sind sie eine wichtige Ressource und haben eine wesentliche stabilisierende Funktion. Neben professionellen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind deshalb auch Ansätze der selbstorganisierten Angehörigen-Selbsthilfe zu unterstützen.

4.2 Selbstmanagement

Selbstmanagement bzw. Selbstregulierung wird als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbstständig zu gestalten. Wichtige Elemente dabei sind zunächst eine kontinuierliche und kritische Selbstbeobachtung sowie ausreichende intrinsische Motivation, eigene Zielformulierungen, die weitere Planung und Organisation des eigenen Handelns und eine entsprechende Handlungskontrolle durch Selbstverstärkung.

Beispielhaft sei die Entwicklung eines **Selbstmanagement-Trainingsprogramms in Selbsthilfegruppen für Patienten mit bipolaren Störungen** genannt [20]. Dieses Programm bietet ausgehend vom Empowermentkonzept in verschiedenen Modulen konkrete Bewältigungsstrategien, den Alltag selbstbestimmt zu bewältigen. Es orientiert sich an der Lebenssituation der Betroffenen, welche die einzelnen Module unabhängig und eigenverantwortlich gestalten.

Ebenso wurde mit dem **Illness-Management-and-Recovery-Programm** ein Ansatz entwickelt, Selbstmanagementstrategien von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen und anderen schweren Störungen zu stärken [21]. Strategien umfassen auch hier Psychoedukation, Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie, Rückfallprophylaxe, Training sozialer und Coping-Fertigkeiten. Die Recovery-Orientierung liegt hier bei der Gewichtung persönlicher Ziele der Adressaten (➡ Recovery). Effektivitätsnachweise existieren aus RCTs [22–25].

Empfehlung 5 (2012):

Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungsprozess unterstützt werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

4.3 Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe

Zunehmende Bedeutung erlangt die **mediengestützte Edukation und Selbsthilfe**. Dabei wird die Nutzung von Patientenratgebern von internetbasierter Selbsthilfe unterschieden. Ratgebermaterialien sind als schriftliche Informations- und Aufklärungshilfen für spezielle Störungen und Probleme verfasst. Patientenratgeber enthalten in der Regel eine detaillierte Auflistung und Beschreibung der typischen Beschwerden und Symptommerkmale des Störungsbildes, Hinweise auf deren diagnostische Erfassung sowie Abgrenzung gegenüber anderen Störungen mit ähnlichen Beschwerden, die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und weitere Inhalte.

Empfehlung 6 (2012):

Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

Es gibt allerdings bisher kaum Evidenz hinsichtlich der **Wirksamkeit von Patientenratgebern** bei schweren psychischen Störungen [26].

Statement 4 (2012):

Das Hinweisen von Patienten und Angehörigen auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen und Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikations-Trainings, Selbstmanagement-Trainings) sowie die Ermunterung hierzu durch konkrete Literaturhinweise bzw. Flyer zu aktuellen Veranstaltungen erscheint hilfreich.

Internet- und computerbasierte Selbsthilfeinterventionen gewinnen durch den niederschweligen Zugang sowie zeitliche und lokale Flexibilität immer mehr an Bedeutung. Die Betroffenen haben zudem die Möglichkeit eines selbstgewählten Tempos. Die wahrgenommene Stigmatisierung bleibt auf ein Minimum reduziert. Auch Menschen mit rezidivierenden und chronischen Erkrankungen suchen Unterstützung im Austausch mit Mitbetroffenen. Es gibt mittlerweile eine schwer zu überschauende Vielfalt computer- und internetbasierter Ansätze zur Behandlung psychischer Erkrankungen, die hinsichtlich ihres Anspruchs über einfache Informationsseiten bis hin zu wissenschaftlich evaluierten internetbasierten Interventionen und hinsichtlich ihrer Ziele ganz unterschiedlich ausgerichtet sind.

Verbunden mit dieser Vielfalt sind auch verschiedene Begriffe (z. B. Internet-Therapie, iCBT, Online-Coach, Skype-Therapie, Chat-Therapie), die die Suche nach einem geeigneten Ansatz nicht vereinfachen und dennoch Unterschiede hinsichtlich Qualität und Evidenzbasierung begründen oder aber auch mit verschiedenen Anforderungen an den Behandler verbunden sind [27].

Für den Einsatz von internet- und computerbasierten Interventionen liegen gute **Wirksamkeitsnachweise für viele psychische Erkrankungen** aus Metaanalysen vor [28–31]. Die **Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen**, wie die der Schizophrenie oder Bipolaren Störung wurde dabei seltener untersucht. Erste Befunde weisen jedoch auch hier auf Machbarkeit und positive Effekte hinsichtlich klinischer und sozialer Outcomes hin [32, 33].

Im Interesse der Evaluationen steht auch die Bedeutung einer **therapeutischen Begleitung** der internet- und computerbasierten Interventionen. Die Stärke und Form der Unterstützung können dabei sehr variieren. Im Rahmen von geleiteten Selbsthilfe-Interventionen (Guided Self-Help) durchlaufen die Nutzer die Programme weitestgehend selbstständig; erhalten dabei regelmäßig Rückmeldung durch einen Therapeuten (z. B. über Chat, Videokonferenz oder E-Mail). Aufgaben des Therapeuten liegen hier in der Motivation und der Klärung von Verständnisfragen. Sogenannte Blended-Care-Ansätze sind so konzipiert, dass sie in herkömmliche Psychotherapie-Settings eingebunden werden können (z. B. als Vorbereitung auf eine Behandlung oder Ergänzung zur Präsenzsitzung durch übende Komponenten). Therapeutisch begleitete computerbasierte Selbsthilfe- bzw. Selbstmanagementinterventionen scheinen therapeutisch unbegleiteten Interventionen gegenüber überlegen (vgl. [30]). Allerdings gelten die Befunde nicht einheitlich.

Empfehlung 7 (2012):

Internet- und computerbasierte Angebote mit der Möglichkeit professioneller Rückmeldung können bei entsprechender Motivation hilfreich sein.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

4.3. Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen werden auf unterschiedliche Weise gestaltet: geschlossene vs. offene Gruppen, Betroffenen-Selbsthilfegruppen vs. Angehörigen-Selbsthilfegruppen sowie gemischte Gruppen für Patienten und deren Angehörige sowie störungsspezifische vs. störungsübergreifende Gruppen. Zu unterscheiden sind weiterhin Kleingruppen, die alle Entscheidungen gemeinsam treffen von Großgruppen mit hierarchischer Leitungsstruktur.

Selbsthilfekontaktstellen bieten als regionale professionelle Einrichtungen Beratungsangebote und übernehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote.

Empfehlung 8 (2012):

Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.¹

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

¹ Vergleiche: NVL-Depression

Neben den positiven Effekten einer aktiven Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe werden auch **Grenzen** beschrieben.

Ergänzende Hinweise:

Unterstützung von Selbsthilfe für Patienten und Angehörige durch professionelle Helfer kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen:

- Konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstelle,
- Hinweise auf regionale Selbsthilfegruppen durch Aushänge und Flyer in öffentlichen Räumen oder in Informationsveranstaltungen,
- Begleitung durch Peer-Berater,
- Infrastrukturelle Unterstützung durch Bereitstellung von Räumen in sozialen und kirchlichen Einrichtungen sowie psychiatrischen Kliniken und Praxen,
- Hilfestellung bei Entstehung und Entwicklung (Begleitung) von Selbsthilfegruppen,
- Bewusste Gestaltung von Übergängen von professionellen zu Selbsthilfegruppen,
- Förderung der Vernetzung zwischen Versorgungssystem und Selbsthilfegruppen,
- Unterstützung der Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen in regionalen Planungsgremien sowie
- Unterstützung selbsthilfeförderlicher Öffentlichkeitsarbeit

4.4 Evidenzkapitel: Peer-Support - Experten aus Erfahrung

4.4.1 Hintergrund

Der Einbezug von gegenwärtig oder ehemals betroffenen psychisch kranken Menschen, der international v. a. im englischsprachigen Raum und in den Niederlanden entwickelt und dort verbreitet ist, erhält auch in Deutschland auf verschiedenen Ebenen (z. B. Gremienmitarbeit, Forschung, Fortbildung, sozialpsychiatrische Arbeitsfelder) eine zunehmende Bedeutung. Die **Wurzeln der Peer-Arbeit** liegen in den Initiativen Betroffener, die sich parallel bzw. auch aus einer Unzufriedenheit heraus in einer gewissen Gegenbewegung zur herkömmlichen psychiatrischen Versorgung entwickelt haben.

Peer-Support steht in einem engen Zusammenhang mit dem Trialog (↻ Psychoedukative Interventionen und Trialog) und dem Recovery-Konzept (↻ Recovery). Individuelle Erfahrungen, Einstellungen und Bewertungen sowie die eigenen Strategien im Umgang mit der Erkrankung stehen hierbei im Zentrum und werden in den verschiedenen Bereichen genutzt [34]. Peer-Support kann Autonomie fördern, soziale Netzwerke und Selbstvertrauen stärken, Selbst-Stigmatisierung verringern und Fertigkeiten weiterentwickeln. Ansätze von Peer-Support gelten gleichzeitig als Voraussetzung Recovery-orientierter Dienste. Es wird davon ausgegangen, dass Peer-Arbeit auch förderliche Auswirkungen auf das allgemeine therapeutische Klima in Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen haben und den Kampf gegen Stigmatisierung unterstützen kann.

Peer-Support im Rahmen der psychiatrischen Versorgung umfasst **verschiedene Ansätze** der Unterstützung durch (ehemals) von psychischer Erkrankung Betroffener und schließt auch Angehörige psychisch kranker Menschen ein. In der Literatur wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt drei primäre Formen des Peer-Support beschrieben [35]:

- **Gegenseitige Hilfe** (engl. Mutual Support) wird hier als die fundamentalste Form der Unterstützung, in deren Rahmen sich Personen auf freiwillige Art zusammenfinden, um ähnlichen Problemen und gemeinsamen Anliegen zu begegnen, verstanden. Hier lassen sich Selbsthilfegruppen zuordnen.
- **Peer-Unterstützung in betroffenengeleiteten Organisationen/Diensten** (engl. Consumer-Run Services/Peer-Support Services): Unterstützungsleistende Peers nehmen hier durch die mit der

Beschäftigung verbundenen Entlohnung und die mit den Diensten (Anlaufstellen, Wohn- und Beschäftigungsprogramme, aufsuchende Dienste) verbundenen definierten Strukturen eine „professionelle“ Rolle ein.

- **Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste** (engl. Consumers as Mental Health Providers/Peer-delivered Services) erlauben schließlich Peer-Arbeit auf einer breiteren Basis. Gleichzeitig werden hier Risiken deutlich, dass die spezifischen Besonderheiten und Wirkfaktoren von Peer-Arbeit auf Grund institutioneller Strukturen, Prägungen und Rollenbilder nicht ausreichend zur Geltung kommen.

Innerhalb dieser drei Formen der Peer-Arbeit lassen sich **zahlreiche Subtypen** unterscheiden. Die einzelnen Programme variieren in Abhängigkeit von der Angebotsform (Einzel- vs. Gruppenformat, persönliche oder internet-basierte Arbeit), der Dauer, der Organisationsform (betroffenengeleitete Organisationsform in oder ohne Partnerschaft mit psychiatrischen Einrichtungen, Peer-Arbeit in klinischen oder gemeindepsychiatrischen Institutionen) und in Abhängigkeit von Inhalten und vom Grad der Strukturierung (z. B. Selbstmanagement-Programme, gesundheitsbezogene Interventionen, Navigation durchs Gesundheitssystem, allgemeine Aktivierung, soziale Netze). Peer-Arbeit findet mittlerweile in verschiedenen Settings statt; mit dem Ansatz von Vocational-Peer-Support auch im Bereich der beruflichen Teilhabe.

4.4.2 Internationale Evidenz

Ergebnisse der Recherche

Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf Ansätze der Betroffenenunterstützung in der unmittelbaren Begleitung psychisch kranker Menschen. Deutlich wird in den Publikationen eine große Breite an Interventionen im Rahmen von Peer-Arbeit. Für die Bewertung der Effektivität von Peer-Arbeit werden ausschließlich RCTs bzw. Übersichtsarbeiten von RCTs herangezogen.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- relevante Leitlinien [36]
- 3 systematische Übersichtsarbeiten [37–39]
- 7 aktuelle randomisierte kontrollierte Einzelstudien [40–46]

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Im Rahmen der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Psychosen und schizophrenen Erkrankungen wurden 16 RCTs identifiziert. In neun der eingeschlossenen Studien wurde die Effektivität von peergeleiteter Unterstützung (in der Hauptsache Recovery-orientierte und Selbstmanagement-Programme), in vier der Arbeiten gegenseitige Unterstützung (z. B. Netzwerkarbeit, Internetsupport, „Schwarze Bretter“) und in drei der Arbeiten Peer-Arbeit in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (Case Management, ACT) gegenüber verschiedenen Kontrollbedingungen (TAU, Case Management, Warteliste, ACT ohne Peers) untersucht. Die Autoren beurteilen die vorliegende Evidenz als wenig aussagekräftig sowohl hinsichtlich der Stärke als auch der Richtung des Effekts [36].

Die **Empfehlung der NICE-Leitlinie** lautet, Peer-Arbeit in der Behandlung von Menschen mit Psychose oder Schizophrenie zu integrieren, um auf die persönliche Erfahrung der Betroffenen zu fokussieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Peer-Unterstützung sollte durch ausgebildete

und psychisch stabile Peers angeboten werden. Unterstützungsleistende Peers sollen dabei selbst Unterstützung vom gesamten Team sowie von erfahreneren Peer-Arbeitern erhalten [36].

Systematische Übersichtsarbeiten

Lloyd-Evans et al. (2014) identifizierten 18 relevante RCTs zu verschiedenen Ansätzen der Peer-Arbeit in ambulanter gemeindepsychiatrischer Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [39]. Schwache Evidenz liegt für positive Effekte auf die Outcomebereiche Hoffnung, Recovery und Empowerment vor. Die Befunde sind jedoch über die verschiedenen Ansätze hinweg nicht konsistent (**Evidenzebene Ia-Ib**).

Fuhr et al. (2014) evaluierten die Wirksamkeit peergeleiteter Interventionen sowie von Peer-Arbeit in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung gegenüber herkömmlicher Behandlung allein oder einer professionell geleiteten Intervention in einem klinischen Kontext [38]. Separate Analysen auf der Basis qualitativ hochwertiger Arbeiten konnten in Überlegenheitsstudien schwach positive Effekte auf Lebensqualität und Hoffnung zugunsten von Peer-Support (Peer-Intervention + TAU vs. TAU allein) aufzeigen. Effekte auf klinische Outcomes (Psychopathologie) waren nicht nachweisbar. In Äquivalenzstudien (vergleichbare Intervention durch Peers vs. professionelle Behandler) zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik und Lebensqualität zwischen den Gruppen (**Evidenzebene Ia-Ib**).

Im Rahmen der Analysen im **Cochrane Review** wurden ausschließlich professionell geleitete Interventionen betrachtet, in denen entweder zusätzliche Peer-Arbeit angeboten wurde (Überlegenheitsstudien) oder ähnliche Rollen durch Peers oder professionelle Teammitarbeiter besetzt wurden (Äquivalenzstudien) [37]. Die Implementierung von Peer-Arbeit in Behandlungsteams resultierte bei den untersuchten Zielgrößen (psychosoziale Outcomes, Symptomatik, Inanspruchnahme von Leistungen) weder in einer Verbesserung noch in einer Verschlechterung. Dies gilt insbesondere für Case-Management-Ansätze. Schwache Evidenz ergab sich hinsichtlich eines reduzierten Risikos für Krisen- und Notfallbehandlungen durch Peer-Arbeit (Äquivalenzstudien) sowie eines größeren Anteils erfüllter / befriedigter (Hilfe-) Bedarfe (Überlegenheitsstudien), (**Evidenzebene Ia-Ib**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Peer-Arbeit kann positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess im Sinne von Recovery (↷ Recovery) und auf verbundene Aspekte wie Hoffnung, Selbstwirksamkeitserleben, Empowerment und Lebensqualität haben [44, 45]. Zudem verweisen die vorliegenden Befunde darauf, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zugunsten einer gezielteren Behandlung und gleichzeitigen Reduktion von Krisenbehandlungen verändern lässt [40, 44, 46]. Es existieren auch Befunde hinsichtlich einer reduzierten psychopathologischen Symptomatik [40, 41] und einer verbesserten Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheitsorge [44]. Eine durch Angehörige geleitete Form der gegenseitigen Unterstützung mit dem Einbezug erkrankter Angehöriger zeigte positive Effekte auf Patienten- und Angehörigenoutcomes [40, 41]. Bei Morriss et al. (2016) führte eine strukturierte Psychoedukation im Gruppenformat gegenüber einem unstrukturierten Peer-Support zu einer signifikanten Verbesserung psychosozialer Funktionen sowie einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit in eine manische Episode. Einige der Befragten führten die geringere Teilnahme am Peer-Angebot auf die mangelnde Strukturierung des Angebotes zurück [42] (**Evidenzebene Ib**).

4.4.3 Kosteneffektivität

Rekurriert wird hierbei auf die NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie [36]. Die Autoren identifizierten im Rahmen ihrer systematischen Recherchen eine Kostenanalyse auf Basis eines Prä-Post-Vergleichs aus Australien (N=49 Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen). Nach 3 Monaten zeigte sich eine höhere Kosteneffektivität durch peergestützte Interventionen; die Standardbehandlung sah eine stationäre oder ambulante gemeindenahere Behandlung vor. Allerdings sind mit der Untersuchung deutliche methodische Schwächen verbunden.

4.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

Nach derzeitigem Forschungsstand ist die Evidenzlage unzureichend, um Peer-Support als sicher belegtes Regelangebot in der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu empfehlen. Einzelne Befunde verweisen auf positive Effekte hinsichtlich Recovery-bezogener Outcomes und gleichwertiger klinischer Outcomes. Peer-Support ist allerdings eine wichtige Antwort auf die von vielen Betroffenen gewünschte und für den Genesungsprozess wichtige Förderung von Autonomie und gemeinsamer Entscheidungsfindung und trifft somit auf ein ethisches Argument zur nutzerorientierten Transformation psychiatrischer Dienste.

Die Wünsche der Betroffenen sollten soweit wie möglich bei der Entscheidung für die Art des Einbezugs von Peers berücksichtigt werden. Peer-Unterstützung sollte durch ausgebildete und psychisch stabile Peers angeboten werden. Unterstützungsleistende Peers sollen dabei selbst Unterstützung vom gesamten Team sowie von erfahreneren Peer-Arbeitern erhalten. Peer-Unterstützung darf keine erforderlichen Angebote professioneller Behandler und Helfer ersetzen. Lokale Peer-Angebote sollten hinsichtlich ihres Nutzens regelmäßig geprüft werden. Weitere Forschung zur Wirksamkeit auf verschiedenen Ebenen (Betroffene, Behandlungsteams, Versorgungssystem) ist allerdings dringend erforderlich. Dabei sollte der Fokus nicht nur auf den Nutzen von Peer-Arbeit, sondern auch auf mögliche Barrieren bei der Implementierung gelenkt werden [47].

Empfehlung 9 (NEU)

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support* unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.

Evidenzebene: Ib, Empfehlungsstärke: B

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (März/April 2018)

**Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleiter oder Experte aus Erfahrung benutzt. Die Unterstützung durch Peers sollte durch ausgebildete und psychisch stabile Peers erfolgen und ist als zusätzliches Angebot zu professionellen Angeboten zu verstehen.*

5 Systeminterventionen

5.1 Frühintervention

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

5.1.1 Hintergrund

Je nach Definition leiden bis zu 60 Prozent der Patienten, die SMI-Kriterien erfüllen, unter psychotischen Störungen [48]. Auch erstmals psychotisch erkrankte Jugendliche oder junge Erwachsene bzw. Patienten in den ersten 5 Jahren der Erkrankung („early psychosis“) erfüllen bereits häufig die Kriterien für eine SMI bzw. haben ein hohes **Risiko** diese zu entwickeln [49]. Ebenso haben Menschen mit ersten bipolaren oder schweren depressiven Episoden oder Menschen mit ersten unerschwelligen oder diagnoserelevanten Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptomen ein hohes Risiko eine SMI zu entwickeln [48]. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre zeigen, dass Früherkennung und Frühintervention bei diesen Personengruppen der Entwicklung von SMI vorbeugen können. Deshalb hat die Implementation dieser Strategien in die psychiatrische Regelversorgung laut Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Europäischen Union (EU) höchste Priorität.

5.1.2 Frühinterventionsstrategien

In der Frühintervention unterscheidet man **zwei Strategien**:

- (1) Bei der Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI ist das Ziel, Menschen schon vor Auftreten einer ersten Erkrankungsepisode zu entdecken und die Übergangsraten in eine erste Episode einer Erkrankung mit hohem Risiko für SMI zu reduzieren.
- (2) Bei der Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI wird angestrebt, die Dauer der unbehandelten Erkrankungsepisode zu reduzieren und durch Intensivbehandlung die Episodendauer zu verkürzen, eine symptomatische und funktionelle Remission zu erreichen, Rezidive zu verhindern und auf diese Art und Weise das Auftreten von SMI zu verhindern.

5.1.3 Internationale Evidenz

Die meisten Daten für beide Frühinterventionsstrategien liegen derzeit für die größte diagnostische Gruppe der Menschen mit SMI, für **Menschen mit schizophrenen Störungen** vor. Deshalb wird in der Langfassung der Leitlinie der Literaturstand im Detail für diese Störung dargestellt. Vieta et al. (2018) geben eine Übersicht des aktuellen Kenntnisstandes zu bipolaren Störungen [50].

Zur **Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Psychose-Risiko** liegen zwei aktuelle Metaanalysen vor, eine ist Teil der Leitlinie der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung [51, 52], eine weitere der NICE-Leitlinie von 2014 [36]. In allen Metaanalysen und Leitlinien, in die bis zu 15 Studien (N=1394) eingingen, wird kognitive Verhaltenstherapie als First-Line-Treatment empfohlen. Dieses Angebot kann durch Familieninterventionen ergänzt werden [36]. Zur Prävention oder Reduktion der sozialen Behinderung sollte Supported Employment oder Supported Education nach dem IPS-Modell und sozialarbeiterische Unterstützung angeboten werden [53–55].

Es liegen 4 Metaanalysen zur Effektivität koordinierter, spezialisierter, multiprofessioneller Frühintervention bei Patienten, die die „early psychosis“ Kriterien erfüllen, vor. In die Metaanalyse zur **Frühintervention** bei Patienten **im frühen Verlauf nach der psychotischen Ersterkrankung** von Bird und Kollegen (2010) wurden 4 RCTs (N=800) einbezogen. Die Frühintervention bestand neben der

Pharmakotherapie aus einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie, Training sozialer Kompetenz und Familieninterventionen mit zum Teil aufsuchender Behandlung in der Gemeinde. Frühinterventionen hielten die Erkrankten häufiger im Kontakt mit dem Behandlungsangebot und führten im Vergleich zu den Standard-Kontrollinterventionen zu signifikant niedrigeren Rezidivraten, signifikant weniger Krankenhausaufenthalten und reduzierter Positiv- und Negativsymptomatik von Psychosen [56]. Ähnliche Ergebnisse zeigten die Metaanalysen von Alvarez et al. (2011) und die von Fusar-Poli und Kollegen (2017) [57, 58]. Letztere fand jedoch keine signifikanten Effekte der integrierten Behandlung auf die Verhinderung von Wiedererkrankungen. In einer aktuellen Metaanalyse von Correll et al., die 10 RCTs einschloss (N=2176), war koordinierte, auf Ersterkrankte spezialisierte, multiprofessionelle Behandlung der Standardbehandlung in allen einbezogenen Parametern bei Behandlungsende und im 18- bzw. 24-Monats-Follow-Up überlegen. Dazu gehörten Behandlungsabbruch, Hospitalisation, Symptomatik, Funktionsniveau, Teilnahme an Schule/Arbeit und Lebensqualität [59]. Die Wünsche der Betroffenen nach Berufstätigkeit aufgreifend wurden zunehmend SE and Education nach dem IPS-Model in der Population ersterkrankter Menschen erprobt und ebenfalls erfolgreich evaluiert [60–62].

Neben diesen fremdbeurteilbaren Parametern führt Frühintervention zu einer höheren Wertschätzung der Behandlung und größeren Zufriedenheit bei den Nutzern [63].

5.1.4 Kosteneffektivität

Es liegen Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Frühintervention aus naturalistischen und kontrollierten Studien für eine Reihe von Ländern mit einem für Deutschland vergleichbarem sozioökonomischen Status vor. Hier sind z. B. Großbritannien, Australien, Schweden, Italien, Dänemark und die Niederlande zu nennen. Eine Metaanalyse liegt noch nicht vor. Alle Studien zeigen, dass Frühintervention bei Hochrisikopopulationen ohne manifeste Diagnose als auch bei solchen mit einer manifesten ersten Psychose kosteneffektiv ist.

5.1.5 Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

Früherkennung und Frühintervention sind auch im deutschen Versorgungssystem positiv evaluiert (z. B. [64, 65]) und verschiedene Implementationsmanuale liegen vor (z. B. [66, 67]). Trotzdem ist die **Durchdringung der Versorgung** mit koordinierter, auf ersterkrankte Menschen oder Risikopersonen spezialisierter, multiprofessioneller, teambasierter, aufsuchender Behandlung gering.

Statement 5 (NEU)

Bei Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und bei Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollten Angebote zur Früherkennung und Frühintervention stärker in den Fokus rücken und flächendeckend zur Verfügung stehen. Ziel sollte die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein.

5.2 Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

5.2.1 Überblick über ausgewählte gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze

Für die **ambulante Versorgung** von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen stehen in **Deutschland** verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Neben niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten stehen multiprofessionelle Angebote, wie sie Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) oder auch Sozialpsychiatrische Dienste (SpDis) bieten, zur Verfügung. Ein großer Anteil der

Versorgung wird in psychosozialen Bereichen, z. B. in Form ambulanter psychosozialer Betreuung, in Tagesstätten, Kontaktstellen oder beispielsweise im Rahmen psychiatrischer Pflege geleistet. Im Matrixkapitel der Langfassung (☞ D Matrix des deutschen Versorgungssystems) wird auf viele der einzelnen Bausteine sowie auf deren gesetzliche Grundlagen eingegangen.

International wurden verschiedene gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle entwickelt, die in unterschiedlicher Ausprägung auch im deutschen Versorgungsalltag umgesetzt sind. Auf diese wird im Folgenden fokussiert, da deren Effektivität in wissenschaftlichen Studien untersucht wurde.

Die **Unterschiede** zwischen den verschiedenen, in Deutschland und anderen Ländern praktizierten, Versorgungsansätzen lassen sich mit Hilfe einzelner Dimensionen beschreiben. In Anlehnung an Becker et al. (2008) wurden die in dieser Leitlinie betrachteten ambulanten Versorgungsmodelle hinsichtlich Akuität der Erkrankung (akut vs. anhaltend/chronisch) sowie Teambasiertheit des Versorgungsmodells eingeordnet (Abb. 2) [68]. Daneben wurde zwischen vorwiegend aufsuchender bzw. nicht-aufsuchender Behandlung unterschieden. Eine weitere Dimension zur Einteilung der Modelle ist die Krankheitsschwere.

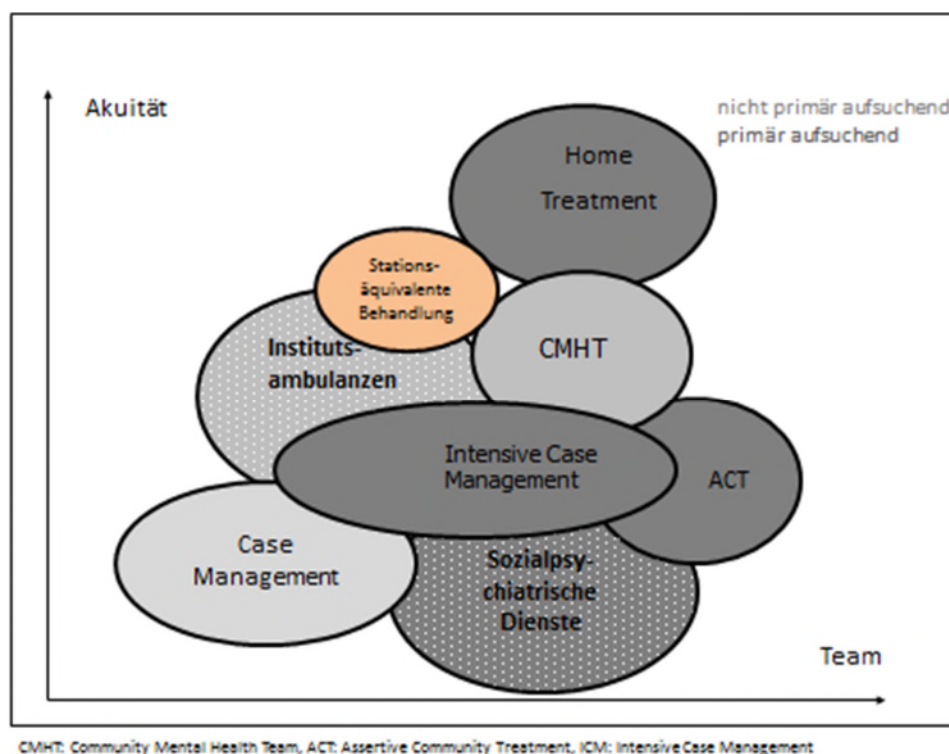


Abb. 2: Darstellung ambulanter/aufsuchender gemeindepsychiatrischer Ansätze (modifiziert nach Becker et al. 2008 [68])

5.2.2 Evidenzkapitel: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung

5.2.2.1 Evidenzkapitel: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Hintergrund

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams oder Community Mental Health Teams (CMHTs) betonen die Teamkomponente und die Beteiligung von Mitarbeitern unterschiedlicher Professionen. Sie ermöglichen gemeindenahе Komplexangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die sich an den speziellen Hilfebedarfen der betreuten Patienten orientieren. Innerhalb eines definierten Versorgungssektors stellen diese Teams die gesamte Breite an spezialisierter

psychiatrischer Versorgung sicher. Insbesondere im angloamerikanischen Raum werden gemeindepsychiatrische Teams durch spezielle Teams (Functional Teams) wie Kriseninterventionsdienste, aufsuchende multiprofessionelle Teams (Assertive Community Treatment) oder Frühinterventionsteams (☞ Frühintervention) unterstützt. Gleichfalls findet sich eine klare Abgrenzung zwischen multiprofessionellen gemeindenahen Teams und spezialisierten Teams, z. B. in der Ausprägung der Erreichbarkeit.

Internationale Evidenz

Die Evidenz aus randomisiert-kontrollierten Studien zu multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams kommt ausschließlich aus Großbritannien. Die Studien wurden bereits in der ersten Version dieser Leitlinie identifiziert, die Update-Recherche lieferte keine weiteren Treffer.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- die Metaanalyse der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie [36] sowie
- das Cochrane Review von Malone aus dem Jahre 2007 [69]

a) Aggregierte Evidenz:

Leitlinien

Im Rahmen des aktuellen Updates der **NICE-Leitlinie Schizophrenie** wurden keine aktuellen Studien identifiziert [36]. Obwohl die Evidenz zur Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams hinsichtlich verschiedener Outcomes insgesamt schwach bleibt, zeigt diese auf, dass teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung möglich und keinesfalls nachteilig ist. Es wird empfohlen, eine integrierte, therapeutisch ausgerichtete, gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung inklusive evidenzbasierter pharmakologischer, psychologischer und psychosozialer Interventionen und Unterstützung in den Bereichen Bildung und Arbeit vorzuhalten (**Evidenzebene Ib**).

Systematische Übersichtsarbeiten

Die Arbeit der **Cochrane Collaboration** zur Effektivität von CMHTs [69] verweist auf eine signifikant geringere Unzufriedenheit mit der Versorgung bei den Patienten und auf eine Reduktion von stationären Aufnahmen um 20 Prozent. Polizeikontakte waren in der Interventionsgruppe erhöht. Allerdings waren die Ergebnisse heterogen (**Evidenzebene Ia-Ib**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Es gibt keine neueren Studien, in denen multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams als Experimentalintervention untersucht wurden.

Kosteneffektivität

Hinweise zur Kosteneffektivität liefert eine ältere Untersuchung von Burns und Kollegen [70]. Die Kosten für die Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie in dieser Untersuchung lagen doppelt so hoch wie die Kosten für Patienten anderer Diagnosegruppen. Die signifikante Differenz ließ sich hier v. a. auf die größere Inanspruchnahme stationärer Behandlungen zurückführen. In Abhängigkeit des Behandlungssettings zeigte sich eine höhere Kosteneffektivität der

gemeindepsychiatrischen Behandlung gegenüber der Standardbehandlung, allerdings war diese nicht signifikant.

Von der Evidenz zur Empfehlung

Die Befunde zur Effektivität multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams sind insgesamt spärlich. Insgesamt zeigt sich, dass die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team gegenüber anderen gemeindebasierten oder stationären Behandlungsformen mindestens gleichwertig ist.

Multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams sind in der - in der englischen Literatur - untersuchten Form in Deutschland nicht implementiert. In Deutschland übernehmen niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte, sozialpsychiatrische Dienste, Teams von Psychiatrischen Institutsambulanzen und teilweise Gesundheitsämter in unterschiedlichem Maße diese Aufgabe. Diese Behandlungsinstitutionen erfüllen jedoch oft nur Teile der Aufgaben multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams und sind unterschiedlich gut vernetzt.

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

***Wichtig:** Multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams sind dadurch charakterisiert, dass eine gemeinsame Verantwortung für eine definierte Gruppe von Patienten vorliegt und die Behandlung und Versorgung entsprechend koordiniert und strukturiert erfolgt. Dies erfordert tragfähige Vergütungsstrukturen für alle an der Teamversorgung Beteiligten. Die Behandlung soll sich an den individuellen Wünschen und Bedarfen der Betroffenen und mit hoher Flexibilität an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientieren. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen unnötige stationäre Behandlungen vermieden und gleichzeitig die Kontinuität therapeutischer und sozialer Beziehungen gesichert werden.*

5.2.2.2 Evidenzkapitel: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Hintergrund

Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment, HT) versteht sich als eine **aufsuchende Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten in akuten Krankheitsphasen** durch speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams und stellt eine Alternative zur stationären Standardbehandlung dar. Die Betroffenen werden in ihrem gewohnten Lebensumfeld nach einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan über 24 Stunden an sieben Tagen der Woche von einem mobilen Behandlungsteam versorgt. Im englischen Sprachraum werden zur Kennzeichnung die Begriffe Crisis Intervention Teams, Crisis Resolution Teams, Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHTs) und Home Treatment Teams verwendet, wobei Home Treatment auch als ein übergreifender Terminus für die Behandlung zu Hause verwendet wird [71].

Im Rahmen von alternativen Kriseninterventionen stellt die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld eine Möglichkeit dar, Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen zu begleiten. **Andere gemeindenahe krisenorientierte Versorgungsformen** sind Tageskliniken sowie Wohnprojekte (z. B. Krisenpensionen), die speziell auf Kriseninterventionen ausgerichtet sind. Diese werden hier nicht explizit betrachtet. Gleichwohl wird auf deren Evidenz verwiesen. Sie spielen insbesondere dann eine Rolle, wenn eine Behandlung zu Hause nicht praktikabel ist, aber der Wunsch nach einer Alternative zur Krankenhausbehandlung besteht. Die Bandbreite der Ausgestaltung ist hier groß. Zudem finden sich spezielle Angebote, die auf frühe Hilfen vor einer akuten psychischen Krise ausgerichtet sind (z. B. Telefonischer Support). Die Evidenz ist hier sehr schwach [72].

Exkurs: Bedürfnisangepasster Ansatz und Offener Dialog (gekürzt)

In Finnland entstanden in den 1980er Jahren die sogenannte bedürfnisangepasste Behandlung und der Offene Dialog. Beide Modelle der Behandlung von Menschen mit einer Psychose, welche in einigen Regionen Skandinaviens mittlerweile in die Routineversorgung übergegangen sind, zeichnen sich durch sofortige und flexible Hilfe, die ausdrückliche und rasche Einbeziehung der Familie und weiterer Bezugspersonen, Therapieversammlungen mit dialogischer Offenheit möglichst zuhause, eine personell kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte, selektive Psychopharmakotherapie aus. Psychologische Kontinuität entsteht durch die Integration verschiedener Therapiemethoden in den Behandlungsprozess (so kann der individuelle Psychotherapeut zu Netzwerktreffen eingeladen werden) und durch den gemeinsam erlebten dialogischen Prozess.

Der Fokus der Netzwerkgespräche liegt primär auf der Förderung von Dialogen, in denen jeder gehört werden kann, damit neue psychologische Bedeutungen von Symptomen und die gemeinsame Erfahrung dieses Prozesses entstehen. Mitglieder des therapeutischen Teams vermeiden jegliche Bewertung und voreilige Schlussfolgerungen, sondern greifen Themen der Betroffenen auf. Die Teammitglieder helfen, ein vielstimmiges Bild des Ereignisses entstehen zu lassen. Alle Anwesenden erzeugen dadurch einen gemeinsamen Sprachraum zur Annäherung des Verständnisses der benutzten Worte. Im Gesprächsverlauf sollte das Team die Dialoge und Sichtweisen im Sinne des Reflektierenden Teams kommentieren. Durch diese Dialoge über Schwierigkeiten und Probleme entsteht die Erfahrung von Handlungsfähigkeit im eigenen Leben der Betroffenen. Wirklichkeit, Wahrheit und Selbst werden als Ergebnis sozialer und kultureller Prozesse aufgefasst. Sprache bildet dabei nicht Wirklichkeit ab, sondern bringt diese hervor. Verschiedene Wahrheiten sind damit unausweichlich. Menschliche Begegnungen werden als grundsätzlich einzigartig und einmalig aufgefasst, so dass sich in jedem dialogischen Gespräch immer wieder neue Begegnungen (sog. "Begegnungsmomente") und Wege des Miteinanders eröffnen können.

Internationale Evidenz

Die bisher vorliegende **Evidenz** zur Wirksamkeit der Akutbehandlung einer psychischen Erkrankungsepisode im häuslichen Umfeld stammt nahezu ausnahmslos aus internationalen Studien. Die einzelnen Befunde beziehen sich auf Vergleiche zwischen einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und herkömmlichen Behandlungsformen, meist stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder psychiatrischen Abteilung eines städtischen Krankenhauses. Es gibt keine Ergebnisse aus kontrollierten randomisierten Studien, die die Wirksamkeit einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld gegenüber einer tagesklinischen Behandlung beschreiben.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden

- die Metaanalyse der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie [36]
- sowie das Cochrane Review von Murphy und Kollegen aus dem Jahre 2015 [73].

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Im Rahmen der **NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie** (2014) wurden sechs RCTs identifiziert, die auch Bestandteil des aktuellen Cochrane Reviews sind. Die Ergebnisse verweisen bei geringer Studienqualität auf eine reduzierte stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit bis zu zwei Jahren und auf eine höhere Behandlungszufriedenheit bei den Patienten (**Evidenzebene Ia-Ib**) [36].

☞ Die aktuellen NICE-Empfehlungen (2014) lauten:

- Crisis Resolution and Home Treatment Teams (CRHTs) sollten als First-Line-Service in akuten Krankheitsphasen angeboten werden, wenn dieser vor dem Hintergrund von Krankheitsschwere und Akuität die beste gemeindepsychiatrische Behandlungsoption ist.
- CRHTs sollten eine Einstiegsmöglichkeit für alle anderen (akuten) Behandlungsmöglichkeiten in der Gemeinde und im Krankenhaus bieten.
- Die Behandlung durch CRHTs sollte vor jeder stationären Behandlung und als Möglichkeit für die frühe Beendigung stationärer Behandlung berücksichtigt werden. Ebenso sollte in Abhängigkeit der Patientenpräferenzen und –bedarfe die Nutzung von Krisenpensionen oder Tageskliniken erwogen werden.

Systematische Übersichtsarbeiten

Die aktuelle **Arbeit der Cochrane Collaboration** [73] schließt acht relevante Arbeiten ein. Sechs Arbeiten untersuchten einen aufsuchenden Ansatz während einer psychischen Krise, zwei der Arbeiten untersuchten die Effektivität von sog. Krisenpensionen. Gegenüber stationärer Standardbehandlung führt eine solche Behandlung zu einer reduzierten stationären Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit um 25 Prozent innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 6 Monaten und einer reduzierten stationären Behandlungszeit von circa 17 Tagen im selben Beobachtungszeitraum. Die Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Angehörigen war überwiegend höher und die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsabbrüchen nach 6 und 12 Monaten um ca. 25 Prozent signifikant reduziert. Das Belastungserleben der Angehörigen bezogen auf verschiedene Aspekte (Störungen der Alltagsroutine und des sozialen Lebens oder eigene körperliche Beschwerden) verringerte sich gegenüber den Familien in der Kontrollgruppe generell. Die Daten liefern zudem Hinweise, dass sich auch die Symptombelastung verringern lässt. Es sind keine nachteiligen Auswirkungen der Intervention bekannt (**Evidenzebene Ia-Ib**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Zusätzliche Einzelstudien liegen nicht vor.

① **Zusatzinformation:** In der **Schweiz** lief eine groß angelegte, randomisierte kontrollierte Studie zu Home Treatment als Alternative für die stationäre Krankenhausbehandlung. Während einer einjährigen Einschlussphase wurden über 700 allgemeinspsychiatrische Patienten mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit zufallsbedingt entweder einem neuen Versorgungsmodell mit Home-Treatment-Option als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung zugelost, oder die überwiegend notfallmäßig zugewiesenen Akutpatienten wurden einer Vergleichsbedingung ohne Home-Treatment-Möglichkeit zugeteilt (d. h. ausschließlich stationäre Krankenhausbehandlung). Die ersten Ergebnisse nach 6 Monaten zeigten auf einer Intention-To-Treat-Basis eine deutliche Reduktion der stationären Krankenhaustage um rund 20 bis 25 Prozent ($p < 0,001$), wenn ein Home Treatment als Alternative zur Behandlung im Krankenhaus angeboten werden kann. Bezüglich der Gesamtbehandlungsdauer (d. h. Tage im Krankenhaus plus allfällige Tage im Home Treatment) sowie bezüglich der Wiederaufnahmeraten unterschieden sich die beiden Versorgungsmodelle mit bzw. ohne Home-Treatment-Option nicht statistisch signifikant. Da die Vergütung für einen Pfl egetag im Home Treatment in der Studienregion um rund ein Drittel tiefer ausfällt als die Entschädigung für einen stationären Krankenhaustag, resultierten für die Leistungsfinanzierer in den ersten 6 Monaten der Studie deutlich geringere Behandlungskosten in einem Versorgungsmodell mit Home Treatment-Option als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung¹. Inzwischen liegt eine Publikation der Ergebnisse vor [74].

¹ Der Abschnitt wurde uns freundlicherweise von den Schweizer Kollegen zur Verfügung gestellt: Urs Hepp, Lienhard Maeck, Matthias Hilpert, Helmut Lerzer, Lea Wyder, Eduard Zander, Ulrich Schnyder, Niklaus Stulz.

Kosteneffektivität

Eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie zur Kosteneffektivität der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld bei 260 Patienten in psychischen Krisen stammt aus Großbritannien [75, 76]. Ein Vergleich der Behandlungskosten für den 6-Monatszeitraum zeigte, dass die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zu einer Reduktion von stationären Behandlungskosten führte, was die zusätzlichen ambulanten Kosten deutlich überstieg. Damit wurde die Intervention im britischen Gesundheitssystem als äußerst kosteneffizient bezeichnet (**Evidenzebene Ib**).

Von der Evidenz zur Empfehlung

Es zeigt sich insgesamt, dass die Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Störung in akuten Krankheitsphasen durch ein mobiles Behandlungsteam gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung hinsichtlich einiger Zielgrößen (Verringerung künftiger stationärer Aufnahmen und stationärer Behandlungszeiten insgesamt, Reduktion von Behandlungsabbrüchen, Erhöhung der Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Angehörigen, Reduktion erlebter Belastungen bei den Angehörigen) überlegen und für andere mindestens gleichwertig ist.

In einer systematischen Übersicht quantitativer und qualitativer Arbeiten zu **Erfahrungen der Nutzer** mit diesem Angebot wurden drei bedeutende Themen extrahiert: (1) Zugang und Verfügbarkeit, (2) Gefühl einer höheren Akzeptanz der eigenen Person und (3) der Umgang mit der Krise im Alltag. Negative Erfahrungen bezogen sich auf Diskontinuität in der Behandlung, eine zu kurz gefasste Nachbehandlung, Personalknappheit, lange Wartezeiten sowie mangelnde Informationsvermittlung zur Erkrankung und Behandlung [77].

Empfehlung 11 (NEU):

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

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

① Zusatzinformation: Orientierung bei der Implementierung von Behandlungsteams für die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld gibt die CORE CRT Fidelity Scale [78]

Die Entwicklung der **CORE CRT Fidelity Scale** rekurriert auf Erfahrungen im Rahmen des US National Implementing Evidence-Based Practices Project (EBP), einem Modell zur Evaluation und Förderung der Verbesserung komplexer psychosozialer Interventionen. Integrales Element dabei sind Service Reviews unter Nutzung von Fidelity Skalen. Die CORE CRT Fidelity Scale wurde auf der Basis a) qualitativer Interviews mit Stakeholdern, b) eines systematischen Reviews früherer Literatur und c) eines nationalen Surveys mit CRT-Managern entwickelt. Die Skala bildet 39 Items ab; jedes Item umfasst 5 Score-Kriterien für die Beschreibung der Interventionstreue. Folgende vier Bereiche werden beschrieben: Zugang und Überweisung, Inhalte und Bereitstellung von Behandlung, Personal- und Teamabläufe, zeitliche und räumliche Aspekte.

5.2.2.3 Evidenzkapitel: Intensive aufsuchende Behandlung

Hintergrund

Schlüsselaspekt des Konzepts einer aufsuchenden (nachgehenden) gemeindepsychiatrischen Behandlung durch multiprofessionelle Teams (**Assertive Community Treatment, ACT**) bildet die Begleitung der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld über einen längeren Zeitraum. ACT in seiner ursprünglichen Form ermöglicht alle Behandlungs- und Versorgungsleistungen wie „aus einer Hand“. Damit wird die höchste Integration der einzelnen Serviceleistungen erreicht. Das Team steht den

Betroffenen über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche zur Verfügung und trägt in der Begleitung der Betroffenen die geteilte Verantwortung für alle Patienten [79].

Ähnlich wie ACT wurde das **Intensive Case Management (ICM)** mit dem Ziel entwickelt, den Bedürfnissen von Hochnutzern des Versorgungssystems (High Service User) gerecht zu werden. Kennzeichnend für ICM sind geringe Fallzahlen pro Mitarbeiter, die aufsuchende Tätigkeit sowie die praktische Unterstützung. Der Unterschied zum Konzept des ACT liegt hier v. a. in der Modellkomponente der geteilten bzw. autonomen Verantwortung der Mitarbeiter für die Patienten.

Beide Modelle wurden in den USA bzw. in Großbritannien entwickelt. International finden sich inzwischen vielfältige Modifikationen. Insgesamt ist eine **Annäherung der Konzepte** zu finden, die international dazu beigetragen hat, beide Modelle in Abgrenzung zu weniger intensiven Case-Management-Ansätzen unter ICM zusammenzufassen. In der vorliegenden Leitlinie wird diesem Ansatz gefolgt, die internationale Evidenz entsprechend aufgeführt und der Fokus auf die Wirksamkeitsfaktoren gelenkt.

In den Niederlanden hat sich der Ansatz des **Flexible ACT (FACT)** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen verbreitet [80]. Ziel der Recovery-orientierten Versorgung ist eine Maximierung der Resilienz der Betroffenen im eigenen Lebensumfeld. Die Hilfe orientiert sich dabei ganz stark an den individuellen Bedarfen und der erforderlichen Intensität der Hilfen. FACT vereint deshalb weniger und stärker intensivierete Behandlungsansätze und versteht sich als ein Versorgungsmodell ganz im Sinne der Systeminterventionen. Im Zentrum stehen die Betroffenen und ihre Familien, die soziale Inklusion und die durch die Betroffenen definierten Ziele in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Beziehungen. Zunehmend finden sich in den multiprofessionellen Teams Peer-Supporter und IPS Job Coaches. Allerdings wurde die Wirksamkeit von FACT bisher in keiner RCT überprüft.

Internationale Evidenz

Ergebnisse der Recherche

Die Suche nach Effektivitätsstudien zu intensiven Formen einer aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung konzentrierte sich auf zwei internationale Ansätze (ACT, ICM). Eingeschlossen wurden hier lediglich aktuelle Studien zu intensiver aufsuchender Behandlung, in denen die Kontrollintervention eine herkömmliche Behandlung oder einen weniger intensiven Case-Management-Ansatz mit hoher Fallzahl umfasste. Als Grundlage dient das Cochrane Review von Dieterich, in das 40 RCTs aus 176 Artikeln eingeschlossen sind [81].

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- die Metaanalyse der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Schizophrenie (2014) [36],
- das Cochrane Review von Dieterich aus dem Jahre 2010 [81] und
- ein Review von Norden und Kollegen (2012) zu einer speziellen ACT-Behandlungsform [82].
- Zudem wurden eine neue Studie aus Japan [83] sowie Follow-Up-Daten der REACT-Studie aus Großbritannien berücksichtigt .

Nach Abschluss der systematischen Arbeit erschien eine Aktualisierung des Cochrane Reviews zu ICM [84].

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

In der aktuellen britischen Behandlungsleitlinie für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [36] greifen die Autoren auf das Cochrane Review von 2010 [81] zurück. Die Empfehlung der Leitlinie lautet, ICM dann zu berücksichtigen, wenn Behandlungsabbrüche drohen.

Systematische Übersichtsarbeiten

Intensive Formen gemeindepsychiatrischer Behandlung (ACT und ICM) mit einem Betreuungsverhältnis von kleiner 1 zu 20 bei erwachsenen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erwiesen sich in einer Metaanalyse **gegenüber herkömmlicher Behandlung**, bezogen auf verschiedene Zielgrößen, überlegen. So konnte die stationäre Behandlungsdauer über 12 Monate um circa 7 bis 10 Tage pro Patient reduziert werden. Die Patienten der Experimentalgruppe brachen vergleichsweise seltener den Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ab; das Risiko war um die Hälfte reduziert. Die Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmen ließ sich tendenziell reduzieren; die Medikamentencompliance tendenziell verbessern. Bezogen auf krankheitsassoziierte Merkmale zeigten sich kaum Vorteile. Deutlich wurden eine größere Patientenzufriedenheit sowie ein verbessertes psychosoziales Funktionsniveau (Verbesserung auf der GAF-Skala um zwei bis drei Punkte). Hinsichtlich der Effekte auf die soziale Inklusion blieben die Befunde variabel: es zeigten sich keine signifikanten Vorteile hinsichtlich des Arbeitsstatus, wobei hier ein Trend hin zu einer verbesserten Arbeitssituation durch ICM sichtbar wurde, sowie der Kriminalität. Deutlich wird eine Verbesserung im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnens. Die Mortalität blieb vergleichbar, wenngleich sich tendenziell ein geringeres Mortalitätsrisiko unter der Bedingung ICM zeigte [81] (**Evidenzebene Ia-Ib**).

Gegenüber Case Management Modellen mit höherem Betreuungsschlüssel von mehr als 20 Patienten pro Case Manager zeigten sich kaum Vorteile durch ICM. Man muss betonen, dass die Autoren bei der Definition der Einschlusskriterien auf einen einzigen berücksichtigten Unterschied zwischen beiden Konzepten verweisen, der allein in der Fallzahlhöhe liegt. CM konnte also gleichsam wie ICM als Interventionsform ACT, ein Assertive Outreach Modell oder irgendeine Form von Case Management vorsehen [81] (**Evidenzebene Ia-Ib**).

Weitere Analysen zeigten auch hier, dass die Dauer stationärer Behandlungen mit einer höheren **Programmtreue** zum Assertive-Community-Treatment-Ansatz reduziert werden kann. Entscheidend hierfür erwies sich v. a. die Subskala „Struktur und Organisation“. Allerdings zeigte sich im Hinblick auf eine Reduktion stationärer Behandlungszeiten das Niveau der Nutzung stationärer Behandlung im Vorfeld von größerer Bedeutung. Bereits bei einer monatlichen stationären Behandlungsdauer von vier Tagen wirkt sich eine intensive Form gemeindepsychiatrischer Behandlung positiv auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlung aus [81].

① **Zusatzinformation:** Nach Abschluss der systematischen Recherche ist Anfang 2017 eine **Aktualisierung des Cochrane Reviews** erschienen. Es konnten hierin zwei weitere relevante Arbeiten mit insgesamt 196 untersuchten Personen sowie einige Follow-Up-Befunde eingeschlossen werden. Die Befunde sind insgesamt mit denen der älteren Arbeit vergleichbar. Verglichen mit herkömmlicher Behandlung zeigte sich wiederholt eine Überlegenheit der intensiven aufsuchenden Behandlung hinsichtlich des Engagements der Patienten und der Zufriedenheit mit dem Service, sozialer Funktionen sowie der Dauer stationärer Behandlungstage. So ließ sich letztere über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten um durchschnittlich 0,86 Tage pro Monat senken. Der Effekt auf die stationäre Behandlungshäufigkeit ist allerdings gering. Auch hier zeigten sich Vorteile im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnens [84].

In einer weiteren Metaanalyse wurde die Effektivität einer Weiterentwicklung von ACT untersucht [82]. **Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)** unterscheidet sich von dem klassischen Ansatz durch den stringenten Einbezug der Nutzer. Betroffene und Angehörige bzw. weitere vertraute Personen des Patienten sind zugleich Teil des multiprofessionellen Teams. Therapieziele werden durch die Betroffenen selbst definiert; die Form der Umsetzung in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess aller Beteiligten bestimmt. Ein Case Manager koordiniert die Aktivitäten und hält die Kontakte zwischen allen Beteiligten zwischen den gemeinsamen Sitzungen aufrecht. In der Behandlung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erwies sich RACT hinsichtlich sozialer Funktionen, psychopathologischer Symptomatik sowie allgemeinen Wohlbefindens gegenüber Standardbehandlung effektiv. Allerdings sind die Konfidenzintervalle hier breit und die Schätzung deshalb unpräzise. Auch die Beschreibung der Intervention in den Einzelstudien verweist auf eine breite Varianz (**Evidenzebene Ia**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Die erste RCT zur Wirksamkeit von ACT in Japan führten Ito et al. 2011 durch. ACT erwies sich hier gegenüber einer herkömmlichen klinikbasierten Behandlung hinsichtlich der Reduktion stationärer Behandlungstage, der Reduktion der depressiven Symptomatik sowie der Behandlungszufriedenheit bei den Patienten überlegen. Eingeschlossen wurden schwer psychisch kranke Menschen mit einem GAF-Wert kleiner 50 und hoher stationärer Inanspruchnahme im Vorfeld [83] (**Evidenzebene Ib**).

In einer ersten Veröffentlichung zu den Ergebnissen einer britischen Studie (REACT-Study), in der die Effektivität von ACT gegenüber einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung mit vorwiegender „Kommstruktur“ (CMHT) untersucht wurde, zeigte sich eine vergleichbare Effektivität hinsichtlich stationärer Behandlungsnotwendigkeit, Symptomausprägung, sozialer Funktionen und Lebensqualität, aber ein deutlicher Vorteil durch ACT hinsichtlich des Engagements und der Behandlungszufriedenheit der Betroffenen [85]. Mittel- und langfristige Ergebnisse, die noch nicht in die Metaanalyse von Dieterich et al. (2010) Eingang gefunden haben, verweisen auf vergleichbare Befunde [86, 87]. Nach 10 Jahren zeigte sich ein signifikanter Unterschied stationärer Behandlungstage in der Gruppe derjenigen Patienten, die im Beobachtungsverlauf im ACT verblieben oder in ein ACT oder in einen forensisch geprägten Service wechselten gegenüber denjenigen Patienten, die im CMHT verblieben oder vom ACT in ein CMHT oder gar in die Primärversorgung wechselten (**Evidenzebene Ib**).

Kosteneffektivität

Die Ergebnisse in Dieterich et al. (2010) verweisen auf eine Reduktion stationärer Behandlungskosten durch ICM; bezüglich anderer Gesundheitskosten blieben die Kosten vergleichbar. Allerdings räumen die Autoren ein, dass die Datenlage dazu spärlich und wenig robust ist [81].

In der britischen Studie (REACT Study) erwies sich ACT in einem 18-Monate-Beobachtungszeitraum hinsichtlich der Kosteneffektivität gegenüber CMHT als vergleichbar. Allerdings waren unter der Bedingung ACT Behandlungszufriedenheit und Behandlungsengagement bei den Patienten größer [88].

Von der Evidenz zur Empfehlung

Das in der systematischen Recherche identifizierte Cochrane Review berücksichtigt 38 RCTs zu intensiven aufsuchenden Behandlungsformen bei schweren psychischen Erkrankungen. Dessen Befunde verweisen auf eine reduzierte stationäre Behandlungsdauer und höhere Behandlungszufriedenheit sowie geringere Abbruchraten durch ICM gegenüber herkömmlicher

Behandlung [81]. Es existieren auch Studien, die keine Vorteile hinsichtlich reduzierter stationärer Behandlungstage zeigen (z. B. [85]). Es werden sich annähernde Konzepte im Versorgungsalltag, unterschiedlich hohe Schwellen zur stationären Behandlungsinanspruchnahme und Aspekte der Modelltreue diskutiert.

Insgesamt stellt ICM einen wirksamen und durch Patienten präferierten Ansatz im Rahmen der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen dar. Bei entsprechender Indikation, v. a. für Patienten, welche stationäre Versorgungsangebote häufig nutzen, können verschiedene Ergebnisparameter sowie die Patientenzufriedenheit verbessert werden.

Empfehlungen

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 13 (NEU):

Die Möglichkeit der aufsuchenden Behandlung soll insbesondere für die Versorgung von wohnungslosen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sowie bei drohenden Behandlungsabbrüchen zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Hinweis: Die Gegenstimmen bzw. Stimmenthaltungen bezogen sich dabei auf die Beschreibung „insbesondere“. Alternative Vorschläge erreichten jedoch keinen Konsens.

Empfehlung 14 (NEU):

Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern.

Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Hinweis: Die Gegenstimmen bzw. Stimmenthaltungen bezogen sich dabei auf den Begriff „Bedarf“. Alternative Vorschläge erreichten jedoch keinen Konsens.

Bezogen auf die Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollte die Einschätzung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Regelfall durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möglichst rasch erfolgen. Eine notwendige stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung sollte gegebenenfalls ohne Verzögerung eingeleitet werden.

Ergänzende Hinweise (2012 modifiziert)

Strukturqualität

Die gemeindenahere Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erfordert die Sicherstellung:

- einer **Sektorisierung** der psychiatrischen Versorgung und damit eine Versorgung einer begrenzten Bevölkerungszahl in einem überschaubaren Bereich
- der **Erreichbarkeit** des Behandlungsortes innerhalb einer Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Wohnort des Patienten
- von **aufsuchender Behandlung** neben der Behandlung im Rahmen einer „Kommstruktur“
- der Möglichkeit von **mobiler Krisenintervention**, die über 24 Stunden an sieben Tagen die Woche vorgehalten werden muss, um Patienten in Krisen in ihrem Lebensumfeld über die Dauer der akuten Krankheitsphase zu behandeln
- einer **aufsuchenden und aktiv nachgehenden Behandlung**, deren Behandlungsdauer sich auch über einen längeren Zeitraum definiert
- eines **Betreuungsschlüssels**, der sich an der jeweils erforderlichen Intensität des Versorgungsbedarfes der Betroffenen ausrichtet.

Unter dem **multiprofessionellen Team** wird die Zusammenarbeit verschiedener relevanter Berufsgruppen verstanden (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychiatrische Fachpflege, Psychologen und psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Fachberufe, z. B. Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Bewegungs- und Sporttherapeuten, Therapeuten der Künstlerischen Therapieansätze), wie sie auch in der stationären Behandlung Standard ist. Insbesondere im ambulanten Rahmen sind darüber hinaus Hausärzte, also Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin und praktische Ärzte an der Behandlung schwer psychisch kranker Patienten beteiligt. Sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde, zählen auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater dazu.

Eine angemessene **Qualifikation der Mitarbeiter** des multiprofessionellen Teams ist Voraussetzung für eine effektive Behandlung.

Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung, bei schwerer somatisch begründbarer psychischer Störung, bei ausgeprägtem aggressivem sowie wenig kooperativem Verhalten und / oder ungünstigen psychosozialen Umfeldbedingungen reicht möglicherweise die Behandlung durch ein ambulantes mobiles multiprofessionelles Team nicht aus. Hier muss die **Erweiterung der Behandlungsmöglichkeit** durch stationäre Angebote erwogen werden.

Mögliche Organisationsformen

Teambasierte gemeindepsychiatrische Versorgung für Menschen mit schwerer psychischer Störung soll in Deutschland (§ 118 (1) und (2) SGB V) durch **Psychiatrische Institutsambulanzen**, deren Anbindung an psychiatrische Kliniken, an psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder auch an Universitätskliniken gewährleistet ist, angeboten werden.

Andere Möglichkeiten der Umsetzung bestehen durch die Tätigkeit **Sozialpsychiatrischer Dienste**, durch **Kooperation und Vernetzung ambulant tätiger Fachleute**, auch im Rahmen von sogenannten IV-Verträgen nach §140a.

Mögliche Leistungen


Ein an **Intensität und an Umfang umfassendes Versorgungsangebot** soll sowohl alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen als auch alle erforderlichen somatischen (einschließlich Psychopharmakotherapie), psychotherapeutischen, psychosozialen sowie rehabilitativen Interventionen auf der Grundlage eines Behandlungsplanes umfassen und sich am Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Die Umsetzung der komplexen Behandlung erfordert die **Selbstbestimmung des Patienten**. **Angehörige** der Patienten werden dabei einbezogen. Zudem ist eine **Behandlungskontinuität** sicherzustellen.

Notwendigkeit von Vernetzung

Ambulante Hilfen unterschiedlicher Leistungsbereiche müssen so organisiert werden, dass sie als **Komplexleistung** alle notwendige Unterstützung personenbezogen und individuell abgestimmt für Menschen mit schweren psychischen Störungen bereithalten. Die Gestaltung der Versorgungssysteme erfordert deshalb die **Vernetzung** derselben.

Vernetzung muss sich dabei auf fünf Ebenen vollziehen:

- Trägerübergreifende Vernetzung
- Vergütungssystemübergreifende Vernetzung
- Zielgruppenspezifische Vernetzung
- Regionale Vernetzung
- Strukturübergreifende Vernetzung [89].

Weitere Besonderheiten des psychiatrischen Versorgungssystems für die Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Störungen sind im Kapitel  Matrix des deutschen Versorgungssystems skizziert.

① Zusatzinformation: Orientierung bei der Implementierung von Behandlungsteams für die nachgehende intensive Behandlung im Lebensumfeld der Patienten geben verschiedene Skalen, mit denen ein Standard definiert wird.

Mit dem Index of Fidelity to ACT (IFACT) liegt eine der ersten Skalen vor. Diese umfasst 17 objektiv erfassbare Items, die mit Hilfe von 3 Subskalen zusammengefasst werden. Eine retrospektive Untersuchung von 18 implementierten ACT-Programmen verwies auf verbesserte Outcomes (reduzierte stationäre Behandlungen) durch eine höhere Programmtreue [90]. Benutzerfreundlich gilt die 28-Item Dartmouth ACT Scale (DACTS), mit deren Hilfe sich verschiedene Behandlungsmodelle abbilden lassen [91]. Mit dem Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) liegt eine neuere Skala vor, der 47 Items zugrunde liegen. Hiermit lassen sich Recovery-Orientierung, evidenzbasierte Praktiken sowie Teamaspekte besser abbilden. Zudem ist die Skala änderungssensitiver als DACTS [92]. Bei der Entwicklung und Validierung der Teamwork-in-Assertive-Community-Treatment-Skala (TACT) standen Aspekte von Teamprozessen im Fokus. Die 9 TACT-Subskalen umfassen beispielsweise Bereiche von konstruktiven Kontroversen, Konflikten, Informationszugang, Zielübereinstimmung oder die Anwendung von neuem und existierendem Wissen [93].

Exkurs: Psychiatrische Pflege (gekürzt)

Aufgaben und Ziele

Die Rollen und Aufgaben der Pflegefachpersonen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten deutlich gewandelt. Während bis in den 1980er Jahren vor allem beaufsichtigende und assistierende Rollen sowie die Kompensation von Beeinträchtigungen das Pflegehandeln dominiert haben, führen die Pflegefachpersonen heute zunehmend eigenständige Interventionen im Rahmen der multiprofessionellen Behandlungsziele durch. Auch hat sich der Fokus erweitert, von ehemals eher auf den stationären Bereich bezogen hin zu vermehrt gemeindenahen und aufsuchenden Angeboten.

Ziele der pflegerischen Versorgung sind die Unterstützung und Erreichung von bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnissen sowie die Förderung einer bestmöglichen Lebensqualität in allen Phasen des Lebens. Psychiatrische Pflegefachpersonen wollen – aufbauend auf den personalen Ressourcen der betroffenen Person sowie auf der Basis der sorgsam Ermittlung und der gemeinsamen Klärung der Ziele, Wachstum, Entwicklung und Recovery von Menschen mit psychischen Hilfebedarfen fördern und unterstützen.

Statement 6 (NEU)

Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) ist geeignet, den breiten und oft wechselnden Hilfebedarfen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und ihren Angehörigen im direkten Lebensumfeld mit einer großen Vielfalt wirksamer Interventionen zu begegnen. APP soll als Hilfe in Krisenzeiten, als mittel- und längerfristige Unterstützung bei Funktionseinschränkungen, zur Herstellung/Förderung von Selbst- und Krankheitsmanagement sowie zur Förderung individueller Recovery-Prozesse verordnet werden. Da der Hilfebedarf nicht von der Diagnose abhängt, darf APP sich nicht auf definierte Diagnosegruppen beschränken.

5.2.3 Evidenzkapitel: Case Management

Hintergrund

Mit der Psychiatriereform in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben sich die Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Störungen deutlich erweitert. Verschiedene Versorgungsleistungen wurden an unterschiedlichen Orten von unterschiedlichen Professionen übernommen, was auch dazu führte, dass man dem komplexen psychiatrischen und psychosozialen Hilfebedarf nicht immer gerecht wurde. Es ergab sich die Notwendigkeit einer Behandlungskoordination oder auch eines Unterstützungsmanagements. So wurde gegen Ende der 70er Jahre in den USA das Konzept des Case Managements (CM) entwickelt. CM kann in erster Linie als Strategie verstanden werden, die verschiedenen Versorgungsangebote beizumessen und zu koordinieren.

CM umfasst ein breites Aufgabenspektrum. Dabei lassen sich verschiedene Formen von CM voneinander und von Assertive Community Treatment nicht scharf abgrenzen. Während im Rahmen von **Brokerage Case Management** v. a. die Navigation durch das komplexe und unübersichtliche gemeindepsychiatrische Versorgungssystem entscheidend war, umfasst das Aufgabenspektrum eines Clinical Case Managers weit mehr Funktionen. Die Schwerpunkte eines **Clinical Case Managers** liegen zum einen in der Anwendung von patientenzentrierten Interventionen (Psychoedukation, Fertigkeitentraining, psychotherapeutische Interventionen) und zum anderen in kontextbezogenen Ansätzen (Einbezug der Familie und anderen Helfern, Erhalt und Pflege der sozialen Netzwerke etc.).

Ein weiterer einflussreicher Ansatz wird mit dem **Ressourcen- oder Stärken-Modell** beschrieben. Der Fokus liegt hierbei auf den individuellen Stärken der Patienten. Weitere wichtige Elemente umfassen die Beziehungsgestaltung zwischen Case Manager und Patient, die Selbstbestimmung der Patienten, den Alltagsbezug und die unmittelbare soziale Umgebung als Ressource, die aufsuchende Tätigkeit sowie die Überzeugung, dass ein kontinuierliches Lernen, Wachsen und Verändern auch bei schweren psychischen Erkrankungen möglich sind. Das Stärken-Modell wird damit in einen engen Zusammenhang mit ➔ Recovery gebracht.

① **Zusatzinformation:** Empirische Studien liegen vor und zeigen insbesondere hinsichtlich der beruflichen Teilhabe, der Reduktion stationärer Behandlungsaufnahmen sowie körperlicher und psychischer Symptome positive Ergebnisse. Allerdings beruhen die Studien mit einer Ausnahme nicht auf einem randomisiert kontrollierten Design [94]. Im Rahmen einer quantitativen Analyse von Ergebnissen aus 5 Studien (4 RCTs) konnten keine Effekte durch Stärken-Case-Management hinsichtlich psychosozialer Funktionen, Lebensqualität und Psychopathologie bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nachgewiesen werden. Eher noch ließ sich ein Effekt durch die Kontrollintervention auf die Symptomatik darstellen. Allerdings konnte die Kontrollintervention sehr heterogen ausfallen (ACT, Standardbehandlung, psychosoziale Rehabilitation) [95]. Auch hier scheint die Modelltreue einen bedeutenden Einfluss auf die Outcomes zu haben [96].

Das **Rehabilitationsmodell** betont ebenfalls die Bedeutung der individuellen Bedürfnisse und Ziele der psychisch kranken Menschen bei der Planung und Umsetzung der Versorgungsleistungen gegenüber einer Zieldefinition durch das Versorgungssystem. Eine Besonderheit dieses Ansatzes ist die starke Gewichtung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es den Betroffenen ermöglichen sollen, persönliche Ziele und eine dauerhafte Integration in das unmittelbare soziale Umfeld zu erreichen.

Ähnlich wie ACT wurde das **Intensive Case Management (ICM)** mit dem Ziel entwickelt, den Bedürfnissen von Hochnutzern des Versorgungssystems zu begegnen. Kennzeichnend für ICM sind geringe Fallzahlen pro Mitarbeiter, aufsuchende Tätigkeit sowie die praktische Unterstützung durch Training von Alltagsfertigkeiten. Der Unterschied zum Konzept des ACT liegt auch hier in der

Modellkomponente der geteilten bzw. autonomen Verantwortung der Mitarbeiter für ihre Patienten. Da sich in der Praxis die Konzepte immer weiter angenähert haben, werden beide Ansätze heute unter ICM subsumiert.

Internationale Evidenz

Im Rahmen des vorliegenden Updates der Leitlinie erfolgte keine aktualisierte Recherche zur Wirksamkeit von Case Management. Verwiesen wird hier auf das aktuelle Cochrane Review zur Effektivität von ICM [84]. Obgleich sich intensive Formen gemeindepsychiatrischer Behandlung (ACT und ICM) mit einem Betreuungsverhältnis von kleiner 1:20 bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegenüber herkömmlicher Behandlung bezogen auf verschiedene Zielgrößen überlegen zeigten (➔ Intensive aufsuchende Behandlung), wurden in weiteren Analysen, in denen **Case Management mit höherem Betreuungsschlüssel** (mehr als 20 Patienten pro Case Manager) ICM-Ansätzen gegenüber gestellt wurden, kaum Unterschiede evident.

Case Management wird in klinischen Studien unterschiedlich definiert. Aktuelle Studien, in denen CM gegenüber herkömmlicher Versorgung untersucht wird, liegen kaum vor. Es gibt jedoch Hinweise, dass unter bestimmten Voraussetzungen (geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hoher Inanspruchnahme von stationären Behandlungen durch den Patienten) Case Management im Sinne einer bedarfsorientierten Versorgung hilfreich sein kann [97].

In **Deutschland** wird der Case-Management-Ansatz genutzt, wenngleich die Situation insgesamt noch wenig übersichtlich ist. Daten aus aktuellen randomisierten kontrollierten Studien zu den Effekten von koordinierter und integrierter Behandlung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland liegen nicht vor. Allerdings wurden Projekte Integrierter Versorgung verschiedener Krankenkassen evaluiert, die Case-Management-Module beinhalten [98]. Von einigen Krankenkassen wird Case Management auch eher als Fallsteuerung oder administrative Begleitung des Einzelnen durch Ärzte des Medizinischen Dienstes (MDK) oder Versicherungsangestellte bzw. Sozialarbeiter der Krankenkassen verstanden. Insgesamt gibt es vielfältige Modelle der Koordinierung psychiatrischer Hilfen durch verschiedene Berufsgruppen (z. B. durch Ärzte, Psychologen, Fachpflegepersonen, Sozialarbeiter). Die Absprachen zur Hilfekoordination sind dabei wenig vereinheitlicht und eine Qualitätsüberprüfung daher erschwert.

Von der Evidenz zur Empfehlung

Die im Folgenden betrachtete, in der deutschen sozialpsychiatrischen Praxis gewachsene Form von Case Management ist ein wesentliches Element der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Arbeit. Dieses Konzept ist jedoch bisher nicht im Rahmen klinischer Studien in Deutschland untersucht.

Definition von Case Management (CM):

- CM beinhaltet die koordinierende Erbringung von Hilfen durch ein Mitglied des therapeutischen Teams (im Sinne eines Clinical Case Managers) und
- die Funktion einer Bezugsperson, die in Abstimmung mit dem Patienten und den weiteren Beteiligten im Rahmen einer komplexen Hilfeleistung diese verbindlich koordiniert,
- CM verfolgt die Durchgängigkeit über Grenzen von Versorgungsbereichen und Sektoren hinweg (Integration)
- sowie die Unterstützung des Patienten zur Wahrung seiner Interessen im erforderlichen Rahmen.

Empfehlung 15 (2012):

Case Management kann nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z. B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hohe Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (17.05.2010)

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die verfügbaren Studien im Wesentlichen in Versorgungskontexten anderer Länder durchgeführt wurden und die Evidenz extrapoliert werden musste.

Ergänzende Hinweise (2012)

Während sich die Befunde internationaler Studien auf Basis sehr unterschiedlicher Versorgungssysteme insbesondere auf die Besonderheiten einer geringen Versorgungsdichte und hoher Inanspruchnahme stationärer Behandlungen beziehen, findet man in Deutschland die Besonderheit eines stark fragmentierten Versorgungssystems. Aufgrund damit verbundener besonderer Erfordernisse eines höheren Koordinierungsaufwands etabliert sich Case Management zunehmend. Trotz einer gewissen Bandbreite an verschiedenen, nicht immer gut voneinander abgrenzbaren Formen des Case Managements, wird insbesondere das **Modell einer koordinierenden Bezugsperson im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes** bei der Behandlung von schwer und chronisch psychisch kranken Menschen in verschiedenen Regionen des Landes umgesetzt. In Kombination mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan und der Hilfeplankonferenz bieten diese Instrumente bei Erhalt wichtiger therapeutischer und sozialer Bezüge die Möglichkeit, notwendige Hilfen flexibel sowie personen- und bedarfsorientiert auszurichten. In der Praxis finden sich vergleichbare Hilfen auch unter anderer Bezeichnung (z. B. therapeutische Hauptbezugsperson).

Die koordinierende Bezugsperson wird im Rahmen des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes, an dessen Planung Betroffene und Angehörige sowie Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Klinik und anderer Leistungserbringer (z. B. aus den Bereichen Wohnen, Arbeit, Therapie) sowie Leistungsträger beteiligt sind, bestimmt. Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson ist es, sowohl einrichtungs- als auch leistungsbereichsübergreifend den Rehabilitationsprozess längerfristig zu begleiten und als Ansprechpartner für Patient und Angehörige sowie alle anderen Beteiligten zur Verfügung zu stehen. Die koordinierende Bezugsperson achtet auf die Umsetzung der vereinbarten Hilfen und trägt Verantwortung für den kontinuierlichen Informationsaustausch. Die koordinierende Tätigkeit wird entweder im Rahmen der eigentlichen Tätigkeit der koordinierenden Bezugsperson durchgeführt (z. B. im Bereich Wohnen) oder es werden zusätzliche Ressourcen (z. B. im Rahmen der Hilfen zur Teilhabe) bereitgestellt.

Darüber hinaus werden in Deutschland Elemente von Case Management von verschiedenen Berufsgruppen umgesetzt (z. B. niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, ambulante Pflege, Ergo- und Soziotherapeuten).

Betont werden soll an dieser Stelle die Abgrenzung zum Case Management in Form eines Fallmanagements der Leistungsträger. CM im Sinne der koordinierenden Erbringung von Hilfen durch ein Mitglied des therapeutischen Teams verfolgt keine wirtschaftlichen Interessen, sondern konsequent die Interessen der Patienten. Ebenso wenig können die Aufgaben der Koordination durch einen möglicherweise benannten rechtlichen Betreuer übernommen werden.

5.3 Evidenzkapitel: Unterstütztes Wohnen

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

5.3.1 Hintergrund

Unterstützung im Bereich Wohnen stellt eine **Schlüsselkomponente** der Hilfeangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen dar. Vor Beginn der **Psychiatriereform** lebten chronisch psychisch kranke Menschen oft in sogenannten Langzeitbereichen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser. Durch die Psychiatriereform angestoßen, gab es in den letzten Jahrzehnten weitreichende Veränderungen. **Gemeindenahе betreute Wohnformen** bilden heute eher den Ersatz für langfristige Hospitalisierungen und zwar auf der Grundlage von Leistungen zur sozialen Teilhabe der Eingliederungshilfe. Es lassen sich in Deutschland derzeit drei Formen des betreuten Wohnens unterscheiden: Ambulant Betreutes Wohnen (ABW), Stationär Betreutes Wohnen (SBW) und Betreutes Wohnen in Familien (BWF).

Obwohl die **Wohnungslosigkeit** in Deutschland vergleichsweise gering ist, wird die Prävalenz psychischer Erkrankungen unter den in Deutschland lebenden Menschen in Wohnungslosigkeit auf mehr als zwei Drittel geschätzt [99]. Allerdings ist in den letzten Jahren ein drastischer Anstieg der Wohnungslosigkeit in Deutschland zu verzeichnen. Ebenso stieg die Zahl der von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen². Auch hier verweisen Querschnittsdaten aus einer Stichprobe von Risikopersonen, die aufgrund von Mietschulden, anstehenden Zwangsräumungen und ähnlicher Notlagen in Gefahr waren ihre Wohnung zu verlieren, auf eine Prävalenz psychischer Erkrankungen von knapp 80 Prozent [100]. Damit stellen wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen eine Risikopopulation hinsichtlich psychischer Erkrankungen dar.

Insgesamt verwässern verschiedene Terminologien die Landschaft des betreuten Wohnens und lassen kaum Rückschlüsse darauf zu, welche Hilfeleistungen konkret enthalten sind. Auch im englischsprachigen Raum existiert eine Vielzahl von Konzepten und Begrifflichkeiten in diesem Bereich. Dabei stellt - vergleichbar zum Ansatz des Supported Employment im Bereich der Arbeitsrehabilitation - der Begriff des **Supported Housing** v. a. ein Paradigma dar, psychisch kranken Menschen primär einen eigenen adäquaten Wohnplatz zu ermöglichen und sie dann, gemessen an den (wechselnden) individuellen Bedarfen, auch fachlich zu unterstützen, solange ein Unterstützungsbedarf besteht. Auch hier wird wie in anderen Bereichen davon ausgegangen, dass entsprechende Fertigkeiten nicht unter künstlichen (Heim-)bedingungen erlernt werden können, sondern erst ein Trainieren unter realen Alltagsbedingungen einen Erfolg möglich macht.

Bei Leff et al. (2009) findet sich eine Kategorisierung verschiedener Housing-Modelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [101]. Die Autoren verweisen darauf, dass nicht immer eine klare Trennung der Wohnformen zwischen den Kategorien erfolgen kann und dass es erwartungsgemäß Überlappungen gibt. Die Modelle von Residential Care & Treatment, Residential Continuum und Permanent Supported Housing sind unter dem Aspekt ihrer Entwicklung und Implementierung in einer gewissen zeitlichen Chronologie zu betrachten (Tab. 3).

² Quelle: (<http://www.bagw.de>, Abruf am 08.01.2016)

Tab. 3: Kategorien von Wohninterventionen in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen [101]

Wohnform	Beschreibung
Residential-Care-and-Treatment-Modell	Intensive betreute Wohnformen, bei denen Wohnraum, fachliche hausinterne Begleitung und möglicherweise auch Behandlung bereitgestellt werden. Die Anforderungen an die Bewohner sind hoch.
Residential-Continuum-Modell „Stufenleitermodell“	Wohnmöglichkeiten, bei denen Begleitung und Behandlung nicht zwingend durch hausinterne Fachkräfte geleistet werden. Das Konzept umfasst ein abgestuftes Hilfesystem von nacheinander zu durchlaufenden Hilfeangeboten. Verbunden hiermit ist ein Auf- und möglicherweise auch ein Abstieg zwischen verschiedenen Sonderwohnformen mit unterschiedlichen Graden von Autonomie und Kontrolle.
Permanent-Supported-Housing-Modell	Dieses Modell zielt darauf, nicht das Wohnen an sich, sondern die fachliche Unterstützung und die Behandlungen vor Ort entsprechend an die wechselnden Bedarfe anzupassen. Wohnen und Behandlung werden getrennt.

5.3.2 Internationale Evidenz

Ergebnisse der Recherche

Empirische Untersuchungen zur Effektivität von unterstützten Wohnmöglichkeiten liegen vor. Allerdings finden sich kaum qualitativ hochwertige Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design für Menschen ohne Wohnungslosigkeit. Die Durchführung solcher Studien in diesem Bereich ist mit einigen Herausforderungen verbunden. Vergleichbar gute Evidenz liegt inzwischen für Menschen in Wohnungslosigkeit mit schwerer psychischer Erkrankung vor, die allerdings vollständig aus Kanada und den USA stammt. Untersuchte Outcomes sind v. a. Wohnstabilität, Gesundheit, soziale Inklusion und Lebensqualität sowie Behandlungsinanspruchnahme.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 7 RCTs zu Formen von Supported- bzw. Supportive Housing, Housing First und kleinen wohnheimähnlichen Strukturen (Langzeitinterventionen)
 - St. Francis Residence [102]
 - Boston McKinney Project [103–108]
 - San Diego McKinney Project [109–111]
 - Pathways to Housing/Housing First [112–117]
 - DC Parallel Housing Program [118]
 - The At Home/Chez Soi Study [119–130]
 - Douglas House [131]
- 2 RCTs zu Critical-Time-Interventionen (Kurzzeitinterventionen) [132–138]
- 1 RCT zu einem Programm zum Krankheitsmanagement in betreuten Wohnformen [22]

a) Aggregierte Evidenz zu Unterstützung im Bereich Wohnen

Leitlinien

Die im Rahmen dieser Leitlinie recherchierten Leitlinien (➔ Relevante internationale Leitlinien, siehe Langfassung) schließen diesen Interventionsbereich nicht ein.

Systematische Übersichtsarbeiten

Betrachtet wurden alle Übersichtsarbeiten, die Primärstudien zu Wohninterventionen bei psychisch kranken Menschen enthielten bzw. in denen (auch) nach Primärstudien gesucht wurde. Deutlich

wurde bereits hier, dass die Mehrzahl der Arbeiten auf wohnungslose psychisch kranke Menschen fokussierte [139–143]. In der Regel enthielten die Arbeiten neben RCTs auch Studien mit einem qualitativ schwächeren Design oder schlossen in ihre Bewertung auch Übersichtsarbeiten oder Expertenempfehlungen ein. Fokussiert wurden neben dem Aspekt der Effektivität auch konzeptionelle Darstellungen, aus denen eine große Heterogenität unter den in der Literatur beschriebenen Interventionen hervorgeht [101, 143, 144]. Zum Teil wurde die zentrale Bedeutung des Wohnens bzw. der Unterstützung im Bereich Wohnen im Rahmen der komplexen Begleitung und Behandlung psychisch kranker Menschen herausgestellt [145].

Hinsichtlich der untersuchten Outcomes verweisen die Ergebnisse auf die **hohe Bedeutung der Wohnstabilität** insbesondere bei vorangegangener Wohnungslosigkeit. Mit Ausnahme einer älteren Arbeit der Cochrane Collaboration (2009) liegt bisher keine systematische Übersicht vor, in der für die Bewertung der Effektivität ausschließlich RCTs berücksichtigt wurden. Die zitierte Arbeit enthielt lediglich eine RCT; das Review prüfte die Frage nach der Effektivität von kleinen stationären Wohneinheiten [146].

b) Evidenz aus Einzelstudien

Langzeitinterventionen

Die untersuchten Interventions- und Kontrollbedingungen waren außerordentlich heterogen. Hervorzuheben ist dabei der **Ansatz des Housing first (HF)**. Sogenannte HF-Programme wurden insbesondere für wohnungslose Menschen entwickelt, richten sich aber auch an Menschen in inadäquater Wohnsituation. Oberste Priorität hat dabei das Finden geeigneten Wohnraums unabhängig von Begleitproblemen; im weiteren Verlauf wird der Fokus auf erforderliche therapeutische Begleitung und andere Bedarfe erweitert [147]. HF ist damit entsprechend der Einteilung nach Leff (2009) eine Form von Permanent Supported Housing (Tab. 3). Die Effektivität von HF wurde im Rahmen der **At Home/Chez Soi Study**, einer großen kanadischen Multicenterstudie (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montreal, Moncton) untersucht. 2.148 wohnungslose psychisch kranke Menschen wurden über 2 Jahre begleitet [148]. Unterschieden wurde zwischen Teilnehmern mit hohen und moderaten Bedarfen. Die Studie stellt aufgrund ihrer Größe eine wichtige Untersuchung dar und fällt wegen der besonderen Anstrengungen, die Kontakte zu den Studienteilnehmern aufrechtzuerhalten, weiterhin durch die niedrige Abbruchrate von 14 Prozent auf. Diese lag höher unter der Bedingung der Kontrollintervention (21 % vs. 8 %) [119]. In Vancouver, einem der fünf Studienstandorte der *At Home/Chez Soi Study*, wurde zusätzlich ein weiterer Studienarm (betreutes Gemeinschaftswohnen) eingeführt (*The Vancouver At Home Study*).

Housing First (HF) zeigte sich gegenüber der Kontrollintervention über alle Standorte hinweg hinsichtlich der **Reduktion von Wohnungslosigkeit** überlegen. Während des 2-jährigen Beobachtungszeitraumes verbrachten die Studienteilnehmer von HF 73 Prozent der Zeit in stabilen Wohnverhältnissen gegenüber 32 Prozent der Zeit in der Kontrollgruppe. Im letzten 6-monatigen Beobachtungszeitraum lebten 62 Prozent der HF-Teilnehmer ununterbrochen in stabilen Wohnverhältnissen; in der Kontrollgruppe waren es lediglich 31 Prozent. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich unter den Bedingungen für Teilnehmer mit hohen und moderaten Bedarfen [148]. Als stabile Wohnsituation galt Wohnen im eigenen Wohnraum, in eigener Wohnung oder eigenem Haus oder mit Angehörigen, über einen Mindestzeitraum von 6 Monaten und gültigem Vertrag. HF-Teilnehmer mit hohen Bedarfen und der Begleitung durch Assertive Community Treatment (ACT) schätzten ihre Wohnqualität gegenüber den Teilnehmern mit hohen Bedarfen in herkömmlicher Behandlung (TAU) signifikant besser ein [120] (**Evidenzebene Ia**).

Hinsichtlich **anderer Zielgrößen** erwiesen sich die Befunde über die einzelnen Standorte hinweg weniger homogen (Lebensqualität, psychopathologische Symptomatik, Recovery, Gemeindeintegration, Substanzmissbrauch [121]). Allerdings zeigten sich an einzelnen Standorten Vorteile durch HF hinsichtlich psychosozialer Funktionen [123] sowie eines problematischen Alkoholkonsums, nicht aber des Konsums illegaler Drogen [123–125]. Weniger Nutzer in HF wurden im 2-Jahreszeitraum stationär wiederaufgenommen; die Anzahl der Tage in stationärer Behandlung blieb allerdings unbeeinflusst, ebenso die Inanspruchnahme ambulanter Notfallbehandlungen [123]. Hinsichtlich der Gemeindeintegration berichteten lediglich die Teilnehmer mit moderaten Bedarfen (HF plus Intensive Case Management, ICM) eine bessere „psychologische Integration“ (z. B. Teilnehmer fühlen sich hier zu Hause). Für die „physische Integration“ (z. B. Nachbarschaftskontakte) blieb ein Effekt aus; allerdings beziehen sich die Befunde auf einen kurzen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten [120, 130]. In Vancouver wurde für die Teilnehmergruppe mit hohen Bedarfen der Effekt von HF auf die Kriminalität untersucht. HF und die Begleitung durch ein ACT-Team führte zu einer deutlichen Reduktion von Strafurteilen gegenüber TAU; in der Gruppe des betreuten Gemeinschaftswohnens zeigte sich ein geringer, aber ebenfalls signifikanter Effekt gegenüber TAU [126]. Es zeigte sich kein Effekt auf BMI und Hüftumfang durch HF [127] **(Evidenzebene Ib)**.

Auch in 3 weiteren Studien wurde der Ansatz von **Housing First** (HF) untersucht; allerdings zeigen sich hier Unterschiede in der Ausgestaltung der konkreten Bedingungen [103, 109, 112, 113]. Auch hier verweisen die Ergebnisse mehrheitlich auf eine größere Wohnstabilität sowie weniger Wohnungslosigkeit [109, 114, 115]; die erlebten Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten waren hier größer im Vergleich zur Standardbehandlung [114, 115]. Hinsichtlich anderer Outcomes bleiben die Befunde weitestgehend inkonsistent **(Evidenzebene Ib)**.

McHugo et al. (2004) verglichen die Effekte eines **integrierten Ansatzes**, bei dem Wohnen und gemeindenaher psychiatrischer Behandlung (ICM) aus einer Hand koordiniert wurden, mit einem **parallelen Versorgungsansatz**, bei dem die Versorgung der Programmteilnehmer durch ortsansässige ACT-Teams und die Anmietung von Wohnraum über Vermieter von öffentlichem Wohnraum erfolgte. Nach 18 Monaten zeigte sich, dass in beiden Programmen die Wohnungslosigkeit verringert und die Wohnstabilität erhöht werden konnte; allerdings waren die Effekte im integrierten Ansatz größer (85.5 % vs. 68.1 % Teilnehmer in stabilen Verhältnissen). Damit existiert auch eine Studie, aus der eine gewisse Überlegenheit des integrierten Ansatzes hervorgeht, der laut Autoren Aspekte des Residential-Continuum-Modells enthält. Insbesondere Männer schienen von diesem integrierten Angebot zu profitieren. Frauen gaben unter der Bedingung Parallel Housing eine größere Lebenszufriedenheit bei stabilerer Wohnsituation an, die mit der Zufriedenheit unter der integrierten Wohnintervention (bei allen Nutzern) vergleichbar war. Entscheidend sei eine enge Kooperation zwischen Anbietern von Wohnraum bzw. Wohnhilfen und psychiatrisch-psychosozialen Diensten [118] **(Evidenzebene Ib)**.

Lipton et al. (1988) zeigen Ergebnisse einer explorativen Studie auf, in denen wohnungslose schwer psychisch kranke Menschen nach einer stationären Behandlung eine Wohnintervention oder eine herkömmliche Behandlung in der Gemeinde, ein Großteil verblieb dabei in Obdachlosenunterkünften, erhielten. Die Intervention sah das unterstützte Wohnen in einer kleinen separaten Wohneinheit, die den Programmteilnehmern zugewiesen wurde, plus CM sowie koordinierende und andere Hilfen (*St. Francis Residence*, New York) vor. Wohnstabilität und die Zufriedenheit mit dieser Situation waren in der Experimentalgruppe größer [102] **(Evidenzebene Ib)**.

In einer älteren Studie wurde die Effektivität einer **24-stündigen Betreuung in einem kleinen Wohnheim** gegenüber der routinemäßigen stationären Behandlung untersucht. Die Wohnheimintervention, verbunden mit dem Ziel, die Selbstversorgung der Bewohner stärker zu fördern, zeigte keinerlei signifikante Gruppenunterschiede, wenngleich die Autoren auf eine verbesserte soziale Integration und Selbstversorgung der Nutzer der Interventionsgruppe verweisen [131] (**Evidenzebene Ib**).

Kurzzeitinterventionen

Die systematische Suche verwies auch auf eine Reihe von Publikationen, in denen die Effektivität einer **Critical-Time-Intervention (CTI)** untersucht wurde. Bei Mueser (2011) werden diese unter Wohninterventionen subsumiert [147], weshalb diese, einschließlich die Befunde dazu, hier kurz skizziert werden sollen. An anderer Stelle werden sie als eine Form von CM definiert [149]. CTI zielt durch eine zeitlich befristete, intensive, teambasierte CM-Intervention nach Entlassung aus stationärer Behandlung auf eine adäquate Wohnsituation für initial wohnungslose Menschen. Nach 9 Monaten soll die Begleitung durch herkömmliche Dienste erfolgen. Zentral hierfür erscheint sowohl die Etablierung von tragfähigen Beziehungen der Nutzer zu Behandlern, Serviceleistern, Familie und Freunden als auch die Gewährleistung von emotionaler und praktischer Unterstützung in dieser kritischen Phase [132].

In einer RCT aus den USA wurden 150 wohnungslose, schwer psychisch kranke Menschen zufällig einer solchen Intervention oder einem herkömmlichen Entlassmanagement zugeordnet. Am Ende zeigte sich für die Interventionsgruppe eine signifikante Reduktion sowohl hinsichtlich erlebter Phasen von Wohnungslosigkeit als auch der Anzahl der Nächte in Wohnungslosigkeit. Moderierend wirkte sich die Kontaktgestaltung durch den Case Manager vor der Entlassung aus [132]. Durch CTI ließ sich auch das Risiko stationärer Wiederaufnahmen deutlich senken [133] und gleichzeitig der wahrgenommene Zugang zu Behandlern und Versorgungsleistern verbessern [134]. Positiv moderierend wirkte sich dabei eine größere Kontaktdichte zu Familienangehörigen und eine daraus resultierende größere Zufriedenheit im Bereich familiärer Beziehungen aus [135]. Eine vergleichbare Intervention in New York City führte ebenfalls zu einer deutlichen Reduktion wohnungsloser Nächte gegenüber herkömmlicher Versorgung. Der Effekt blieb weitere 9 Monate über die Intervention hinaus bestehen bzw. verstärkte sich noch [136]. Zudem ließ sich die Negativsymptomatik signifikant senken [137]. Die Intervention wurde hier als kosteneffektiv eingeschätzt [138] (**Evidenzebene Ib**).

Krankheitsmanagement und Recovery im ambulant betreuten Wohnen

Levitt und Kollegen (2009) konnten in einer RCT die Effekte eines zusätzlichen **Illness Management and Recovery Programms** für schwer psychisch kranke Menschen in ambulant betreuten Wohnformen nachweisen [22]. Gegenüber der Wartegruppe zeigten sich signifikante Effekte in den Bereichen Krankheitsmanagement, psychosoziale Funktionen sowie psychopathologische Symptomatik; insbesondere auf der Skala Depression und Angst. Keine statistisch bedeutsamen Unterschiede wurden hinsichtlich Substanzmissbrauch und Arbeit evident (**Evidenzebene Ib**).

5.3.3 Kosteneffektivität

Wenngleich Ly et al. (2015) in ihrer Übersicht Menschen mit psychischen und körperlichen Erkrankungen gleichermaßen einschließen, so leiten sie ab, dass Housing First (HF) mit einem möglichen Kostenausgleich durch sinkende Kosten in den Bereichen Obdachlosenunterkünfte und Notfallbehandlungen verbunden ist [141]. Gulcur et al. (2003) verweisen auf einen Vorteil durch HF

[112]. Im *Boston McKinney Projekt* sind die Kosten im Gruppenwohnen gegenüber dem Einzelwohnen höher; die Behandlungskosten vergleichbar [106].

5.3.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

Fast alle in dieser Übersicht identifizierten RCTs zu Wohninterventionen sind heterogen und beforschen die Wirksamkeit sehr verschiedener Interventionen bei wohnungslosen Menschen. Damit konzentrieren sich diese Studien, die einem RCT-Design folgen, auf eine überaus wichtige und bedürftige, gleichwohl begrenzte Gruppe von Personen und untersuchen heterogene Interventionen. Die RCTs verweisen auf eine deutliche Reduktion von Wohnungslosigkeit. Vergleichbar schwächere Effekte bzw. inhomogene Befunde in anderen sekundären Zielparametern resultieren möglicherweise daraus, dass diese sensitiver auf andere Aspekte und Begleitumstände reagieren. Bereits eine zeitlich befristete, intensive, teambasierte und wohnraumorientierte Intervention für wohnungslose Menschen nach Entlassung aus einer Klinik (Critical-Time-Intervention) führt zu positiven Effekten auf die Wohnstabilität.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass die einzelnen Wohnformen verschiedene Effekte auf verschiedene Outcomes haben, sind derzeit aufgrund der hohen Variabilität innerhalb der Wohninterventionen kaum zuverlässige Aussagen zu den Effekten zwischen verschiedenen Wohninterventionen ableitbar. Eine nach Abschluss der Recherche erschienene Publikation zielte auf die Untersuchung der Effektivität von Ansätzen des Independent Housing and Support unter Berücksichtigung von RCTs und Nicht-RCTs bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Independent-Housing-and-Support-Settings hinsichtlich der Outcomes denen herkömmlicher Wohnsettings mindestens gleichwertig sind [150].

Eine Metasynthese qualitativer Arbeiten zu den **Erfahrungen** schwer psychisch kranker Menschen **mit unterstützten Wohnangeboten** verweist auf die große Bedeutung von Autonomie, erfahrener Respekt und Wahlmöglichkeiten. Gleichzeitig formulieren die Bewohner zahlreiche Bedarfe (z. B. Informationsbedarfe, Beziehungen, Fertigkeiten, Interessen und Alltagsaktivitäten, Integration in die Gemeinde, die eigene Identität betreffend, Unterstützung in Krisen), die es in deren Begleitung flexibel und individuell ausgerichtet zu berücksichtigen gilt. Dem professionellen Team, dessen Haltungen und der Beziehungsgestaltung kommt dabei in der Wahrnehmung der Befragten eine enorme Bedeutung zu [151].

Auch wenn sich die Ergebnisse der internationalen Studien nicht unmittelbar auf die Verhältnisse in Deutschland übertragen lassen, weisen die mit den existierenden Studien verbundenen Prinzipien von Wahlfreiheit, Kontinuität, Bedarfsorientierung und Normalität auch vor dem Hintergrund der Forderungen in der geltenden UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) auf eine große **Bedeutung für Deutschland** hin. In Artikel 19 der UN-BRK wird das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und die Integration in die Gesellschaft betont; eng verbunden sind damit die vergleichbaren Wahlmöglichkeiten, den Lebensort frei zu wählen, die auch anderen Menschen zur Verfügung stehen. Die Präferenzen der Betroffenen werden damit ins Zentrum der Bemühungen gerückt. Die erforderliche Unterstützung muss am gewählten Lebensort erfolgen; dieser kann durchaus in der eigenen Wohnung sein. Ein Überblick bei Richter (2016) verweist darauf, dass ein Großteil der Personen mit Rehabilitationsbedarf unabhängige Lebensformen bevorzugen würde [152]. Voraussetzung für viele der Betroffenen ist eine adäquate Unterstützung vor Ort [153].

Der auch durch das Bundesteilhabegesetz implizierte **Paradigmenwechsel** hin zu den Prinzipien von Supported Housing führt gleichzeitig dazu, Wohnen und Versorgung bzw. Unterstützung getrennt zu betrachten. Weitgehend unabhängiges Wohnen stellt demnach eine Basis dar, auf der alle anderen

notwendigen, am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfen unabhängig vom Wohn- und Lebensort möglich sind. Die Effektivität von Wohninterventionen lässt sich deshalb erst dann herstellen, wenn weitere Aspekte berücksichtigt (z. B. Umgang mit Zwangsmaßnahmen, Einbezug der Nutzer und Ausmaß der Selbstbestimmung, Gestaltung von Beziehungen) und erforderliche, evidenzbasierte Interventionen (z. B. Psychoedukation, Arbeitsrehabilitation, Training sozialer Fertigkeiten) und weitere Unterstützungsleistungen wie die Assistenz bei der sozialen Teilhabe ermöglicht werden. Die Trennung der materiellen Hilfen zum Wohnen und zur psychiatrischen/psychosozialen Versorgung wird in Deutschland ab 2020 Realität und erfordert damit einen Prozess, der zu personenzentrierter Unterstützung führt und mit der Möglichkeit zur Vielfalt gestaltet werden muss.

Empfehlung 16 (NEU):

Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.

Empfehlungsgrad: A

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (April/Mai 2017)

Hinweis: Dieser Empfehlungsgrad wurde vergeben, da die Mitglieder der Leitliniengruppe davon ausgehen, dass es für die bekannten und umfangreich dokumentierten negativen Effekte der Institutionalisierung aus ethischen Gründen in der Zukunft keine randomisierten und kontrollierten Studien geben wird. Dauerinstitutionalisierung meint hier die Unterstützung über einen langen Zeitraum in gemeindefernen, stark institutionalisierten Wohnformen.

Empfehlung 17 (NEU):

Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene Ib

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (April/Mai 2017)

Hinweis: Die Abstimmung der beiden Empfehlungen erfolgte nach einer ersten Diskussion der Befunde zur Konsensuskonferenz am 14.11.2016 in Frankfurt/Main im Rahmen eines Delphi-Verfahrens in den Monaten April/Mai 2017. Es wurde jeweils ein Konsens (88,8 %) erreicht.

Ergänzende Hinweise (NEU):

Wichtige Ziele des unterstützten Wohnens sind die Teilhabe am sozialen Leben und die Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen. Die mobile Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen ist die erste Wahl. Die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohngruppen bzw. -formen sollte immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform eingesetzt werden. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen. Betroffene sollten in ihrer Wahlfreiheit unterstützt werden.

Bei der Inanspruchnahme von stationären Hilfen sollen diese stets mit fördernden Angeboten und Kontaktmöglichkeiten in die Gemeinde hinein kombiniert sein. Priorität sollte der Verbleib in der bestehenden Wohnform mit all ihren sozialen Bezügen vor der Unterstützungsbedürftigkeit sein. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche in einer institutionalisierten Wohnform wohnen, sollte bei entsprechender Präferenz der Wechsel in eine selbstbestimmte, eigenverantwortete Wohnform ermöglicht werden.

Die Form der Bereitstellung bedarfsgerechter mobiler Unterstützungsangebote wird sich an den regionalen Besonderheiten orientieren (z. B. gemeindepsychiatrische Verbundsysteme, vorgehaltene Komplexangebote durch Kommunen oder andere Leistungsanbieter), doch in jedem Falle eine Kooperation aller Beteiligten erfordern.

5.4 Evidenzkapitel: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

5.4.1 Hintergrund

Schwere psychische Erkrankungen sind häufig mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- bzw. Erwerbssituation der Betroffenen verbunden. Infolge psychischer Erkrankungen kann es zum Abbruch der Ausbildung, zum Verlust des Arbeitsplatzes sowie zu Frühberentungen kommen. Einigen der erkrankten Menschen bleibt ein Einstieg ins berufliche Leben vollständig verwehrt. Obwohl die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten wollen, belegen deutsche und internationale Studien, dass die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch ist.

Vor allem im englischsprachigen Raum werden zwei große methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterschieden, an denen sich auch die folgende Darstellung orientiert: Beim **Pre-Vocational-Training** (vorbereitendes (Arbeits)training als berufliche Rehabilitation) erfolgen mit dem Ziel einer Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt zunächst berufsvorbereitende Maßnahmen. Diese können z. B. aus Arbeitstherapie, Bewerbungstraining und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis bestehen. Erst im Anschluss an dieses Training unter „beschützten“ Bedingungen wird die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt („First-Train-Then-Place“).

Beim **Supported Employment** (SE, unterstützte Beschäftigung) erfolgt ein umgekehrtes Vorgehen. Der Betroffene wird, eine ausreichende Motivation und psychopathologische Stabilität vorausgesetzt, ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste (im angloamerikanischen Raum Employment Specialist oder Job Coach) professionell unterstützt („First-Place-Then-Train“). Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Job Coach ist zeitlich nicht limitiert. Ziel ist eine permanente Beschäftigung in einem normalen Arbeitsverhältnis. Die am besten untersuchteste Form und manualisierte Version von Supported Employment ist das **Individual Placement and Support (IPS)** mit acht Kernprinzipien [154].

In **Deutschland** kommen bislang überwiegend arbeitsrehabilitative Programme zum Einsatz, die in der Tradition des First-Train-Then-Place-Ansatzes stehen. Allerdings ist ein Trend dahin gehend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente von IPS einfließen – oftmals kann man deshalb auch von „Mischformen“ zwischen Pre-Vocational-Training und IPS sprechen. In solchen Mischformen findet sich trotz eines (kurzen) initialen vorbereitenden Trainings eine deutliche Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt, beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des 1. Arbeitsmarktes, die von vornherein auf eine Festanstellung ausgerichtet sind. Seit etwa 20 Jahren sind in Deutschland im Rahmen von Modellprojekten Elemente von Unterstützter Beschäftigung nach dem Vorbild des amerikanischen IPS etabliert. Mit dem Ziel einer stärkeren, über lokale Umsetzungen hinausgehenden Implementierung wurde Anfang 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ im § 38a des SGB IX (alte Fassung) gesetzlich verankert [155]. Im Kapitel ↻ Matrix des deutschen Versorgungssystems der Langfassung der Leitlinie wird genauer auf das System beruflicher Rehabilitation in Deutschland eingegangen.

① **Zusatzinformation:** Ansätze von **Supported Education** zielen auf eine verbesserte berufliche Bildung psychisch kranker Menschen, umfassen ein breites Spektrum und sind an verschiedenen Bildungsorten oder in gemeindepsychiatrischen Settings angesiedelt. Oft findet sich eine Kombination mit Ansätzen des Supported Employment. Wichtige Komponenten sind hier spezialisierte Dienste, eine unterstützte Navigation durch die

verschiedenen Settings, die enge Verzahnung mit den Behandlern sowie der Fokus auf individuelle und gruppenbildende Aktivitäten. Im Vergleich zu SE gibt es allerdings bisher nur wenige Studien [156]. Im Rahmen dieser Leitlinie findet keine systematische Aufbereitung internationaler Literatur zur Effektivität von Supported Education statt.

5.4.2 Internationale Evidenz

Die bisherige Evidenz zu arbeitsrehabilitativen Maßnahmen stammt überwiegend aus dem englischsprachigen Raum. Zu IPS liegen mittlerweile zahlreiche hochwertige RCTs vor. Darunter finden sich auch Arbeiten aus dem deutschsprachigen Raum [157–159]. In Anlehnung an die erste systematische Recherche wurden für dieses Update neben RCTs auch nichtrandomisierte Studien in den Bereichen Berufsausbildung, beschütztes Arbeiten und Arbeitstherapie berücksichtigt (siehe Langversion).

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden neben der Evidenz aus relevanten Leitlinien folgende Arbeiten:

Aus erster Auflage der vorliegenden Leitlinie:

- eine systematische Übersichtsarbeit von RCTs zur Effektivität von PVT und des Clubhouse-Modells [160]
- 3 systematische Übersichtsarbeiten von RCTs zur Effektivität von SE/IPS [161–163]
- 4 Studien (Non-RCTs) zu beschütztem Arbeiten und Berufsausbildung [164–167]
- 2 Studien (Non-RCTs) zur Arbeitstherapie [168–170]

Update:

- 2 systematische Übersichtsarbeiten von RCTs zur Effektivität von IPS [171, 172]
- 1 systematisches Review von RCTs zur Effektivität von kognitiven Trainingsansätzen in beruflich orientierten Rehabilitationssettings [173]
- 12 neuere RCTs
 - K=5 zur Effektivität von IPS [174–178]
 - K=3 zur Effektivität von arbeitsrehabilitativen Ansätzen kombiniert mit einem speziellen Training kognitiver Fertigkeiten [179–181]
 - K=4 zur Effektivität von Formen beschützten Arbeitens [182–185]
- 4 neuere Sekundäranalysen von RCTs (Primärstudie jeweils in Übersichtsarbeiten oder eigener Darstellung eingeschlossen)
 - Bell et al. (2014) untersuchten den Einfluss von kognitivem Training auf die intrinsische Motivation und die psychische Symptomatik von Patienten mit Schizophrenie [186]
 - Rollins et al. (2011) untersuchten den Einfluss von arbeitsplatzbezogenen sozialen Netzwerken auf arbeitsplatzbezogene Outcomes [187]
 - Kukla et al. (2012) untersuchten den Einfluss von Arbeit auf nicht-arbeitsbezogene Outcomes (competitive vs. nicht-competitive Arbeit) [188]
 - Kilian et al. (2012) untersuchten den Einfluss von Arbeit auf nicht-arbeitsbezogene Outcomes [189]

Nach Abschluss der systematischen Recherche ist ein Cochrane Review zur Effektivität von Ansätzen der beruflichen Rehabilitation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen [190] erschienen, das aufgrund seiner Bedeutsamkeit für die vorliegende Leitlinie nachträglich aufgenommen wurde. Zudem wird auf eine weitere Sekundäranalyse im Rahmen des Berner Job-Coach-Projekts verwiesen [191].

Leitlinien

Die Empfehlungen der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit Psychosen lauten: Für Personen mit Psychosen oder Schizophrenien, die zurück in ein Beschäftigungsverhältnis bzw. erstmalig eine berufliche Tätigkeit aufnehmen wollen, sollen Maßnahmen des Supported Employments angeboten werden. Darüber hinaus soll Personen, die bisher keine Arbeit gefunden

haben bzw. nicht in der Lage sind, eine Beschäftigung aufzunehmen, andere berufliche Optionen bzw. Ausbildungsmöglichkeiten, einschließlich berufsvorbereitender Maßnahmen, angeboten werden. Letztendliches Ziel sollte allerdings immer die gleichberechtigte Teilhabe und damit die Rückkehr zu allgemeiner Bildung, Ausbildung oder Beschäftigung sein [36]. Allein für eine Wirksamkeitsanalyse von Supported Employment (SE) gegenüber einem vorbereitenden (Arbeits-)Training (PVT) konnten 19 Studien (N=4.192) eingeschlossen werden. Auf der Basis hoher bis mäßiger Studienqualität konstatieren die Autoren positive Effekte von SE zum Studienende hinsichtlich der Erlangung einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, der Anzahl an gearbeiteten Stunden/Wochen (allg. Arbeitsmarkt), der Gesamtdauer der längsten Beschäftigung (allg. Arbeitsmarkt) sowie der Zeitspanne bis zur ersten Jobaufnahme (allg. Arbeitsmarkt).

Evidenz zu Supported Employment

Bereits die Ergebnisse der ersten systematischen Recherche im Rahmen der vorliegenden Leitlinie zeigten nahezu durchgehend die Effektivität bzw. Überlegenheit von SE bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen auf. Insbesondere gilt dies, wenn SE in der manualisierten Form (Individual Placement and Support, IPS) durchgeführt wird.

Seit Erscheinen der Leitlinie sind international weitere zahlreiche Studien zur Wirksamkeitsüberprüfung von IPS durchgeführt worden, die ebenfalls auf dessen Überlegenheit, insbesondere bezogen auf **arbeitsbezogene Zielgrößen**, hinweisen [157, 158, 175, 176, 192, 193]. Dabei ist kein anderer Ansatz von beruflicher Rehabilitation so intensiv evaluiert wie IPS und erbrachte so konsistent positive Befunde hinsichtlich kompetitiver Beschäftigung. Der Konsens aus Übersichtsarbeiten ist, dass Patienten unter der Bedingung von IPS mindestens doppelt so hohe Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie Patienten unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze [36, 161, 162, 171, 190]. Dies gilt nicht nur für ausgewählte Patientengruppen [163] und scheint sowohl von der Region als auch von der Arbeitslosenrate unabhängig [172]. Für andere arbeitsbezogene Outcomes wie die Höhe der durchschnittlichen Arbeitszeit, die Jobhaldedauer und die Höhe des monatlichen Verdienstes lassen sich ebenfalls positive Befunde finden [36, 158, 162, 163, 171, 174, 176, 190, 192]. Allerdings liegen auch Studien vor, in denen statistische Signifikanz hinsichtlich sekundärer arbeitsbezogener Outcomes verfehlt wurde [175, 178]. Mit den Ergebnissen von Cook et al. (2016) und Hoffmann et al. (2014) liegen Hinweise vor, dass die Effekte von SE über lange Zeit nachweisbar bleiben bzw. langfristig noch deutlicher werden [158, 177] (**Evidenzebene Ia-Ib**).

Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen durch SE wurden bisher vergleichsweise seltener untersucht. Allerdings lassen sich entsprechende Einzelbefunde finden. So resultierte die Teilnahme an IPS, nicht nur in einer höheren Beschäftigungsrate, sondern auch in verbesserter psychischer Symptomatik und verringerter (teil-)stationärer Behandlungsnotwendigkeit bei den Betroffenen [158, 188, 189]. Ebenso ließen sich positive Effekte auf Lebensqualität, Empowerment, Arbeitsmotivation sowie Selbstwertgefühl finden [164, 174, 194]. Deutlich gemacht werden konnte auch, dass die Effekte durch IPS auf die reduzierte stationäre Behandlungsdauer sowie die höhere Lebensqualität allein aus einer anhaltend verbesserten Arbeitssituation resultieren [191] (**Evidenzebene Ib**).

Trotz der überzeugenden Evidenz für SE ist zu berücksichtigen, dass ein beträchtlicher Teil der SE-Teilnehmer trotz dieser Intervention nicht in kompetitive Beschäftigung gelangt. Dieser Anteil ist nach einer Übersicht von Bond et al. [195] zwischen 38 und 53 Prozent anzusiedeln. Hinsichtlich der Varianz der Ergebnisse aus einzelnen Studien lassen sich verschiedene Aspekte diskutieren. Einfluss auf die Effektgröße von SE haben beispielsweise **Programmtreue** [171] und umschriebene Kernelemente, wie

das der engen Kooperation der einzelnen Dienste [196] oder die Kompetenzen der Job Coaches bzw. die Frequenz der Kontakte des Coaches zum Patienten [197, 198].

Weiterentwicklung von Supported-Employment-Programmen

Aktuelle Studien untersuchen deshalb Mechanismen und Strategien, von denen ein Effekt auf die Wirksamkeit von SE sowohl hinsichtlich des Erlangens als auch des Haltens einer Beschäftigung angenommen wird.

Da schwere psychische Erkrankungen, insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, oft mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) verbunden sind, liegt ein Fokus auf **kognitiven Trainingsprogrammen**. Die Befundlage ist hierzu vergleichsweise gering. Jedoch zeigen erste RCTs, dass ein solches Training in Kombination mit einem arbeitsrehabilitativen Ansatz durchaus nennenswerte positive Effekte auf arbeitsbezogene Zielgrößen haben kann [36, 173]. Das gilt auch für Ansätze des SE, die mit Hilfe eines spezifischen kognitiven Trainings zu besserer beruflicher Teilhabe führen können [180, 199–201]. Allerdings sind weitere Studien erforderlich, um die Befundlage zu konsolidieren (**Evidenzebene Ib**).

Ein anderer Ansatz zielt auf die **Verbesserung berufsbezogener sozialer Fertigkeiten**. Neben Basisfertigkeiten sozialer Kompetenz werden hier spezifische soziale Situationen des Arbeitsalltags nachgestellt und ihre optimale Bewältigung in Rollenspielen eingeübt (vgl. [202]). Bereits in einer älteren Studie (eingeschlossen in identifizierte Übersichtsarbeiten) wurde die Effektivität eines solchen spezifischen Trainings untersucht. Das mit SE kombinierte Training arbeitsplatzbezogener Fertigkeiten (*Workplace Fundamental Skills Module*) zielt auf eine Stärkung der Teilnehmer, den Arbeitsplatz zu behalten, mit möglichen Stressoren besser umzugehen und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen [203]. Allerdings zeigten sich in der Untersuchung von Mueser et al. 2005, in der insgesamt 35 Rehabilitanden untersucht wurden, keine Vorteile in Bezug auf arbeitsbezogene Ergebnisse. Diejenigen, die am zusätzlichen Skills-Modul teilnahmen, verfügten dennoch über ein größeres Wissen hinsichtlich arbeitsplatzbezogener Stressoren und erforderlicher Problemlösefertigkeiten [203]. Eine aktuellere Studie verweist auf Langzeiteffekte durch eine integrierte Intervention von SE mit einem spezifischen Training sozialer Fertigkeiten. Selbst nach mehr als drei Jahren wurden bessere arbeitsbezogene Ergebnisse (Arbeitsrate und Dauer der Beschäftigung) in der integrierten Interventionsform deutlich. Zudem wurden weniger Konflikte am Arbeitsplatz berichtet [174] (**Evidenzebene Ib**).

Auch Ergebnisse des aktuellen Cochrane Reviews verweisen auf eine gewisse Effektivität von kombinierten Ansätzen des SE. Die Autoren fordern gleichzeitig weitere qualitativ hochwertige Studien für eine stärkere Konsolidierung der Befunde [190].

Evidenz zu anderen Ansätzen der beruflichen Rehabilitation

Die wissenschaftliche Evidenz zu anderen, traditionellen Ansätzen der beruflichen Rehabilitation ist im Vergleich zu SE gering.

Im Rahmen eines älteren Cochrane Reviews (Crowther et al. 2001) wurden dem **Pre-Vocational-Training** (PVT) zuordenbare Interventionen untersucht. Voraussetzung der Klassifikation zu dieser Kategorie war, dass die Teilnehmer eine „Vorbereitung“ absolvierten, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt wurden. Es handelte sich typischerweise um „Kombinationsprogramme“ (individuelle Beratung, Social Skills Training, geschützte Beschäftigung und/oder übergangsweise Beschäftigung in Betrieben). Als Vergleichsinterventionen galten gemeindebasierte ambulante Routinebehandlung oder eine Standard-Krankenhausbehandlung ohne irgendeine spezifische arbeitsrehabilitative Komponente. PVT gegenüber Standard-

Krankenhausbehandlung oder gegenüber ambulanter gemeindebasierter Behandlung blieb bezogen auf die Mehrheit der Zielgrößen ohne statistisch signifikante Vorteile für die arbeitsrehabilitative Maßnahme. Allerdings zeigte sich, dass signifikant mehr Teilnehmer von PVT gegenüber herkömmlicher stationärer Behandlung innerhalb von 8 Monaten irgendeine Form von Beschäftigung gefunden hatten. Zudem war der durchschnittliche monatliche Verdienst bei PVT signifikant höher als bei der Kontrollgruppe [160]. Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangen die Autoren der NICE-Leitlinie [36]. Die aktuelle Cochrane Arbeit macht ebenfalls deutlich, dass PVT hinsichtlich der Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt (primärer Outcome bei Untersuchungen zur Effektivität von IPS und bedeutsam im Hinblick auf berufliche Teilhabe) deutlich hinter SE bzw. SE kombiniert mit einem weiteren spezifischen Training zurückbleibt [190].

Hinsichtlich des Begriffes **Pre-Vocational-Training** im Cochrane Review sei angemerkt, dass die unter diesem Begriff subsummierten Interventionen im Einzelnen deutlich divergieren [160]. Die Bildung einer Vergleichsbedingung von PVT – wie sie in dem Review aufgefunden wurde und aus Gründen der Praktikabilität im vorliegenden Kapitel beibehalten wurde - geht somit mit gewissen Informationsverlusten einher. Nicht-randomisierte Einzelstudien zu berufsbezogenen Trainingsmaßnahmen nach dem First-Train-then-Place-Prinzip, wie sie etwa Holzner et al. 1998 oder Watzke et al. 2009 vorgelegt haben, zeigen, dass diese Maßnahmen im deutschsprachigen Raum die Rate der in geschützten Werkstätten arbeitenden Teilnehmer erhöht, nicht jedoch die Rate der auf dem ersten Arbeitsmarkt Beschäftigten [166, 167]. Wenngleich die beiden Studien Vorteile hinsichtlich arbeitsbezogener und nicht-arbeitsbezogener Ergebnisse zeigen, sind die Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweise nicht mit denen zu SE vergleichbar. Die Wirkkomponente einer Intervention kann mit einer RCT am präzisesten herausgestellt werden. Unter diesem Aspekt werden Interventions- und Kontrollgruppen gezielt definiert und die Zufallsverteilung, die Verblindung von Auswertern sowie andere Designkomponenten gestaltet.

Aktuell wurden 4 RCTs identifiziert, in denen **dem PVT zuordenbare Interventionen** untersucht wurden. Keine dieser Studien stammt aus Deutschland. Dabei erwies sich ein 6-monatiges Arbeitspraktikum in einem Wartegruppensdesign in einigen Domänen kognitiver Fertigkeiten (Exekutivfunktionen), hinsichtlich der Negativsymptomatik sowie der Lebensqualität nach Abschluss der Maßnahme überlegen [182]. Drei weitere Studien untersuchten die Effektivität von spezifischen Trainingsansätzen im Rahmen berufsvorbereitender Rehabilitation (Virtual Reality). Ergebnisse bei Tsang et al. (2013) zeigen, dass durch ein Virtual-Reality-Training („Boutique-Szenario“) in einigen Bereichen kognitiver Funktionen (v. a. Exekutivfunktionen) Verbesserungen zum Trainingsende erreicht werden können. Die Autoren argumentieren, dass Virtual-Reality-Anwendungen in der Wahrnehmung realitätsnaher sind als personengeleitete Trainingssituationen und möglicherweise für einige Patienten motivierend wirken können. Das aber dennoch beide Methoden (Virtual Reality vs. Face-to-Face) einen spezifischen und förderlichen Erfahrungsraum ermöglichen [184]. Smith und Kollegen untersuchten die Machbarkeit und Effektivität eines Virtual Reality Job-Interview-Trainings bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie konnten aufzeigen, dass dieses die Leistungen - bezogen auf das Führen von Bewerbungsgesprächen (durchgeführt in Rollenspieltests) - unmittelbar nach Trainingsende gegenüber einer Standardbehandlung signifikant verbessern kann [183] und möglicherweise die Höhe der Jobangebote innerhalb des 6-monatigen Nachbeobachtungszeitraumes anheben kann [185].

Generell muss festgehalten werden, dass Wirksamkeitsnachweise für die verschiedenen PVT-Interventionen derzeit nicht vorliegen. Den Ansätzen von SE/IPS gegenüber sind sie mindestens in den arbeitsbezogenen Outcomes unterlegen. Bisher gibt es lediglich Hinweise, dass zur Verbesserung der

Effektivität von PVT bzw. Interventionen nach dem Prinzip des „First Train - Then Place“ finanzielle Anreize sowie die Kombination von PVT mit einer psychologischen Intervention die Ergebnisse verbessern kann [36, 160]. Auch gibt es vorsichtige Hinweise dafür, dass im Rahmen von PVT-Maßnahmen ein rascher Eintritt in bezahlte, übergangsweise Beschäftigung günstiger ist als ein langsamer, stufenweiser Eintritt nach ausgedehnter Vorbereitungsphase [160]. Hierbei allerdings zeigt sich eine Schlüsselkomponente des IPS.

5.4.3 Kosteneffektivität

Daten zur Kosteneffektivität liegen bisher ungenügend vor. Kinoshita et al. (2013) leiten aus ihren Analysen ab, dass es keine Unterschiede zwischen Ansätzen von SE und PVT gibt, weisen jedoch gleichzeitig auf die mangelnde Qualität der Daten in diesem Bereich hin [171]. Hoffmann und Kollegen leiten aus den Langzeitdaten des Berner Job-Coach-Projektes ebenfalls eine Vergleichbarkeit der Kosten (Programm- und Behandlungskosten) zwischen beiden Programmen (SE vs. PVT) ab; allerdings ist unter der SE-Bedingung aufgrund des deutlich höheren Verdienstes und geringerer Behandlungskosten der Nettonutzen signifikant höher [158]. Auch die Kosteneffektivitätsanalysen im Rahmen der EQOLISE-Studie basieren auf der Berücksichtigung von Gesundheits- und Versorgungskosten sowie den Rehabilitationskosten. Vor diesem Hintergrund wird angenommen, dass mit IPS ein effizienterer Ressourceneinsatz gegenüber herkömmlichen Ansätzen möglich ist [204]. Schließlich konnten Cook et al. (2016) aufzeigen, dass die mit SE verbundene erhöhte Arbeitsrate sowie der höhere Arbeitsverdienst zu einem reduzierten Anspruch auf Leistungen der Sozial- bzw. Rentenversicherungsträger und damit zu Einsparungen führten [177].

5.4.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

Im Rahmen der Verabschiedung der Leitlinie in ihrer finalen Form wurde durch die Vertreter bzw. Geschäftsführer der BAG BTZ, BAG BBW, BAG RPK, BAG WfbM und BFW eine Stellungnahme zum Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben formuliert. Den Empfehlungen der AWMF zum Umgang mit Dissens folgend, wurde den betreffenden Fachgesellschaften die Möglichkeit eines Sondervotums vorgeschlagen. Das Sondervotum zu den Empfehlungen 18 und 19, das letztlich von drei Fachgesellschaften (BAG BTZ, BAG WfbM, BFW) beantragt wurde, ist im korrespondierenden Leitlinienreport nachzulesen.

Empfehlung 18 (NEU)

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und dem Wunsch nach einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sollen im Rahmen der Förderung beruflicher Teilhabe Programme mit dem Ziel einer raschen Platzierung direkt auf einem Arbeitsplatz des allgemeinen Arbeitsmarktes und notwendiger Unterstützung (Supported Employment) angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 19 (NEU)

Für schwer psychisch kranke Menschen sollten auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch kranker Menschen ohne Präferenz für eine sofortige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bedeutsam. Ziel ist die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Unterstützung.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: IIa-III

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

***Erläuterung:** Evidenzebene bezieht sich auf Studien, in denen PVT gegen Standardbehandlung verglichen wurden.*

Empfehlung 20 (NEU):

Die Wirksamkeit von Ansätzen nach den Prinzipien von Supported Employment kann durch begleitende trainierende Interventionen erhöht werden. Diese sollten deshalb in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe Anwendung finden.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

***Erläuterung:** Effektivitätsnachweise für Augmentationsstrategien im Rahmen von SE liegen bisher insbesondere für das Training kognitiver und sozialer Fertigkeiten vor.*

Empfehlung 21 (NEU):

Die Förderung beruflicher Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen sollte darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 22 (NEU):

Das Vorhandensein einer abgeschlossenen Ausbildung ist als Grundlage für die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von enormer Wichtigkeit. Daher sollten reguläre schulische, akademische, betriebliche und besondere Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden flankierenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Ergänzende Hinweise:

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollen frühzeitig beginnen und an den Prinzipien personenzentrierter, am individuellen Bedarf orientierter Hilfeleistung ausgerichtet sein. Sie sollen über alle verschiedenen Leistungsbereiche und Leistungsträger (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Agentur für Arbeit, Jobcenter, Integrationsämter, Sozialämter) abgestimmt und koordiniert durchgeführt werden. Zur personenzentrierten Abstimmung der Hilfen bedarf es eines persönlichen Ansprechpartners beim Reha-Träger und einer engen Vernetzung der sozialpsychiatrischen Gesamthilfeplanung mit der Teilhabeplanung.

Bei der Auswahl von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sollen Eignung, Neigung und bisherige Tätigkeit der von einer psychischen Erkrankung betroffenen oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie die Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt werden. Um den individuell verschiedenen

Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen der Rehabilitanden entgegenzukommen, muss ein differenziertes System von Angeboten mit abgestuften Anforderungsprofilen zur Verfügung stehen. Einer individuellen und gezielten beruflichen Beratung, die frühzeitig im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess zur Klärung der beruflichen Perspektive stattfindet, muss hohe Priorität eingeräumt werden. Gelingende berufliche Teilhabe soll als eine feste Zielvariable im gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsprozess etabliert werden.

Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sollten wohnortnah bzw. betriebsnah zur Verfügung stehen. Ein hoher Grad an Integration psychiatrischer und berufsrehabilitativer Dienste ist anzustreben. Generell sollen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen so konzipiert sein, dass in ihrem Umfeld ein ausreichendes Angebot flankierender Hilfen (z. B. Wohnmöglichkeiten, Tagesstätten) verfügbar ist. Der Ausbau des Ansatzes nach den Prinzipien von SE in seiner originären Form soll prioritär befördert und flächendeckend umgesetzt werden. Aktuelle Studien zeigen, dass die Effektivität von SE umso höher ist, umso mehr Kriterien des Konzeptes in seiner praktischen Umsetzung Anwendung finden; d.h. mit höherer Modelltreue steigen die Wiedereingliederungsraten in den ersten Arbeitsmarkt.

Für den Standort Deutschland wird ein dringender Forschungsbedarf konstatiert (➔ Abschn. Desiderate für die Forschung in Langfassung).

6 Einzelinterventionen

6.1 Evidenzkapitel: Psychoedukative Interventionen und Trialog

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

6.1.1 Hintergrund

Xia und Kollegen (2011) sprechen bei **Psychoedukation** von einem gradualen Prozess, der dem Ziel folgt, durch Lernen zu größerem Verständnis und Wissen zu gelangen. Lernen kann dabei gleichzeitig verschiedene, neben der Wissensaneignung beispielsweise auch affektive Prozesse, involvieren und Veränderungen in Bereichen des Verhaltens oder der Einstellungen anstoßen (vgl. [205]). Grundsätzlich gibt es verschiedene Wege der Wissenserweiterung hinsichtlich Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten für Patienten, die auch an verschiedenen Stellen in dieser Leitlinie adressiert werden (➡ Evidenzkapitel Peer-Support, ➡ Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe). In diesem Kapitel sollen manualisierte psychoedukative Interventionen in einem direkten Kontakt zwischen Betroffenen und Angehörigen und Behandlern fokussiert werden, die primär auf eine Wissenserweiterung zielen.

Wissenserweiterung durch Psychoedukation ist auch in Zusammenhang mit dem in Deutschland zunehmend an Interesse gewinnenden Konzept von **Health Literacy** zu sehen. Allerdings ist dieses wesentlich umfassender und bisher nicht einheitlich definiert [206].

Unter dem **Begriff der Psychoedukation** werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, „Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.“ Die in der Verhaltenstherapie verwurzelte Psychoedukation bildet im Rahmen der Psychotherapie denjenigen Interventionsbestandteil ab, „bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen.“ ([207], S. 3).

Empfehlung 23 (NEU):

Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat über die gesetzliche Aufklärungspflicht der Behandelnden hinaus ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Behandlungsalternativen sowie (Selbst-)hilfemöglichkeiten über den gesamten Behandlungsverlauf vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit des Patienten ist Grundlage gemeinsamer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds erhalten können.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Dezember 2017)

Aufgrund der großen **Bedeutung der Angehörigen**, deren persönlicher Belastungen und der Notwendigkeit, Fähigkeiten zu unterstützen, mit der Erkrankung und allen damit verbundenen Herausforderungen umzugehen, entwickelten sich aus verschiedenen Bestrebungen heraus Konzepte, in denen Angehörige einen aktiveren Part übernahmen. Grundsätzlich können alle Angehörigen unabhängig vom Verwandtschaftsverhältnis sowie andere relevante Bezugspersonen einbezogen werden. Voraussetzung ist nach Möglichkeit das Einverständnis der Patienten. Familiengruppen, patientenzentrierte Angehörigengruppen bzw. bifokale Gruppen beziehen Patienten und Angehörige

gleichermaßen ein. Daneben existieren Ansätze separater Angehörigengruppen, ohne gleichzeitige Einbeziehung der Patienten (unifokaler Ansatz).

Eine weitere wichtige Form des Austauschs bildet der **Trialog**. Psychiatrie-Erfahrene werden heute als Experten in eigener Sache angesehen, während Angehörige eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und Rückfallverhütung haben, und professionell Tätige über das therapeutische Know-how verfügen. Diese Kompetenzen werden durch den sogenannten Trialog gemeinsam genutzt, indem Raum und Struktur für eine gleichberechtigte Begegnung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen in Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigma-Arbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung und Psychiatrieplanung geschaffen wird.

Psychose-Seminare sind eine spezielle Form des Trialogs, der mittlerweile zur Standardversorgung in der Psychiatrie zählt. Sie sind Gesprächsforen, die auf eine gleichberechtigte Verständigung über Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen zielen und beabsichtigen, ein besseres, ganzheitliches Verständnis für die Erkrankung zu entwickeln und damit auch die Arbeit der Psychiatrie zu verändern. Sie dienen nicht in erster Linie der Psychoedukation oder anderen Formen der Informationsvermittlung, fördern jedoch vor allem auch einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Einblicke in das Erleben der Betroffenen.

Obwohl die trialogische Arbeit inzwischen weit verbreitet ist und allgemein von positiven Aspekten bei allen drei Akteursgruppen ausgegangen wird, gibt es bisher nur wenige systematische Evaluationen. Möglicherweise ist dies in dem Wesen des Trialogs begründet, der kaum einer vorgegebenen Struktur oder gar einem Manual folgen kann [208].

Statement 7 (NEU):

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Das sogenannte Psychoseseminar, trialogische Seminare oder Trialogforen sind dafür ein gutes Übungsfeld.

6.1.2 Internationale Evidenz

Abgrenzung von Psychoedukation im Rahmen dieser Recherche

Betrachtet werden hier in erster Linie Interventionen, die eine direkte Interaktion zwischen professionellen Mitarbeitern und Patienten und ihren Angehörigen umfassen und auf verbesserte Informationen zur Erkrankung und allen relevanten Aspekten einschließlich auf einen verbesserten Umgang mit der Erkrankung durch Patienten und Angehörige zielen.

Aufgrund der existierenden Vielfalt von Psychoedukation ist diese nicht klar gegen Familieninterventionen abgrenzbar, da Familieninterventionen oftmals auf psychoedukativen Interventionen basieren bzw. diese inkludieren. Ebenso wenig lassen sich psychoedukative Interventionen gegenüber Psychotherapie klar abgrenzen. Psychoedukation ist oft ein Bestandteil von Psychotherapie, insbesondere von Ansätzen der Verhaltenstherapie. Familieninterventionen zeigen eine Überlappung mit familientherapeutischen Ansätzen im Sinne psychotherapeutischer

Interventionen. Häufig bildet Psychoedukation eine Komponente in komplexen Interventionen ab. Darüber hinaus gibt es Überschneidungen mit dem Training sozialer Fertigkeiten. Einzelne Bausteine wie beispielsweise Symptom- und Medikations-Management sind gleichermaßen auch Bestandteile von Psychoedukation.

Auch das Update der vorliegenden S3-Leitlinie betrachtet psychosoziale Interventionen und versucht dabei eine didaktische Abgrenzung von primär psychotherapeutischen Ansätzen. Es wird deshalb im Folgenden primär Evidenz aufgeführt, die auf Studien mit psychoedukativen Behandlungsansätzen basiert. Um jedoch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass der Einbezug von Angehörigen dabei eine zentrale Rolle spielt, werden auch Studien mit dem Fokus auf Familieninterventionen eingeschlossen. Dabei werden Arbeiten ausgeschlossen, deren Schwerpunkt eindeutig beim familientherapeutischen Ansatz ohne psychoedukative Komponenten liegt.

Ergebnisse der Recherche

a) Aggregierte Evidenz zu Psychoedukation

Leitlinien

2009 schätzten die Autoren der **NICE-Leitlinie** die Befunde zur Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis noch wenig robust ein. Im Rahmen der Aktualisierung der Leitlinie von 2014 erfolgte keine erneute Recherche nach aktuellen Studien [36].

Die **schottische Leitlinie zur Behandlung schizophrener Erkrankungen** empfiehlt Psychoedukation nicht als alleinige Behandlung (Empfehlungsstärke B) [209]. Die Empfehlung basiert auf der Metaanalyse der Autoren der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie aus 2009.

Die Autoren der **britischen Leitlinie zur Behandlung der bipolaren Erkrankung** kommen zu dem Schluss, dass Familieninterventionen die depressive Symptomatik, die Rückfallwahrscheinlichkeit sowie die stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit reduzieren können. Grundsätzlich werden in der Leitlinie Familieninterventionen bei engem Kontakt mit Familienangehörigen sowie psychologische Ansätze zur Rückfallprophylaxe empfohlen [210].

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit bipolarer Störung** wird zwischen einfacher Psychoedukation (zeitlich umrissene, möglichst individualisierte Aufklärung und Information von Betroffenen und Angehörigen im Einzel- oder Gruppensetting mit zumeist weniger als 10 Sitzungen) und ausführlicher, interaktiver Psychoedukation unterschieden. Eine einfache Psychoedukation wird dabei als Minimum jeder ärztlichen, psychologischen oder psychosozialen Behandlung von Patienten mit Bipolarer Störung empfohlen (Statement). Der ausführlichen und interaktiven Psychoedukation werden Therapiekonzepte mit starkem psychotherapeutischem Fokus, hier v. a. die Psychoedukative Therapie [211] zugeordnet. Entsprechende Empfehlungen finden sich in der phasenspezifischen Behandlung der akuten Manie/Hypomanie, der akuten Depression sowie der Phasenprophylaxe. Zur rezidiv-prophylaktischen Behandlung einer Bipolaren Störung wird explizit eine ausführliche und interaktive Gruppenpsychoedukation mit dem Empfehlungsgrad B empfohlen [212].

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung von Angststörungen** werden psychoedukative Interventionen nicht explizit, aber im Sinne von Informationsvermittlung als Bestandteil von Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie, KVT) behandelt. Eine KVT wird in der Behandlung der Panikstörung/Agoraphobie, der generalisierten Angststörung, der sozialen Phobie sowie der spezifischen Phobie mit einem Empfehlungsgrad A empfohlen [213].

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung von Zwangsstörungen** wird Psychoedukation als Bestandteil jeder Behandlung empfohlen. Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen sollten einbezogen werden (KKP) [214].

Im Rahmen der **S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression** werden psychoedukative Angebote für Betroffene und Angehörige zur Verbesserung des Informationsstandes, der Akzeptanz und der Patientenmitarbeit als sinnvolle Ergänzung im Rahmen einer Gesamtbehandlungsstrategie empfohlen (Empfehlungsstärke B) [215].

Systematische Übersichtsarbeiten

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden neben den bereits aufgeführten Leitlinien folgende Arbeiten:

- 8 Übersichtsarbeiten zu Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [205, 216–222]
- 3 Übersichtsarbeiten zu Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen [223–225]
- Eine Übersichtsarbeit zu Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen [226]
- 10 weitere Einzelstudien (RCTs) [42, 227–235]

ERKRANKUNGEN AUS DEM SCHIZOPHRENEN FORMENKREIS

Neben vier systematischen **Übersichtsarbeiten**, die bereits Eingang in die erste Auflage dieser Leitlinie gefunden hatten, sind weitere relevante Übersichtsarbeiten erschienen. Problematisch bleibt die hohe Varianz der Interventionsformen in Abhängigkeit von Dauer, Form und Intensität. Übersichtsarbeiten betrachten Interventionen, die sich explizit an Angehörige bzw. Familien richten [216, 217, 219, 220, 222], z. T. erfolgen diese ohne den Patienten selbst. Andere Autoren schließen gleichermaßen Angehörigen-, Familien- und Patientengruppen ein [205, 218, 221]. Eine Vergleichbarkeit ist zudem aufgrund unterschiedlich definierter Zielgrößen eingeschränkt. Grundsätzlich wurden in allen Metaanalysen hohe Qualitätsstandards bei der Auswahl der einzelnen Studien angewandt.

Deutlich wird über alle Übersichtsarbeiten und Metaanalysen, dass Psychoedukation unabhängig vom Format das **Rückfallrisiko in eine akute Krankheitsphase und die stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit** signifikant reduzieren kann [205, 216–219]. Lediglich Kurzzeitinterventionen erweisen sich hier weniger effektiv [220], wobei selbst Psychoedukation bis zu einer Sitzungszahl von 10 Sitzungen das Rückfallrisiko bei Schizophrenie reduzieren kann [221]. Das Rückfallrisiko ließ sich um 45 Prozent über 12 Monate gegenüber TAU [219] und um 20 Prozent innerhalb eines 2-Jahres-Follow-Ups [216] reduzieren. Bei Lincoln et al. (2007) ließ sich ein mittlerer Effekt unmittelbar nach Behandlungsende finden, der aber innerhalb der nächsten 12 Monate an Stärke verlor [218].

Positive Effekte wurden auch für die Verbesserung der **medikamentösen Compliance** [205, 217, 219, 221] und für den **Wissenserwerb durch den Patienten** [218, 221] evident. Allerdings wurde an anderer Stelle die Befundlage für die Outcomes Compliance [218] und den Wissenserwerb [205] weniger konklusiv beurteilt. Wenig robust bleiben die Befunde aus den Metaanalysen auch für die Symptomschwere, Behandlungszufriedenheit und –abbrüche, für das psychosoziale Funktionsniveau und das Belastungserleben bei den Angehörigen sowie andere angehörigenbezogene Outcomes (**Evidenzebene Ia**).

Belege für die Bedeutung des Umfangs von Psychoedukation lassen sich bei Pitschel-Walz et al. (2001) finden. Arbeiten verweisen auch auf die größere Effektivität durch den gleichzeitigen Einbezug von Patienten und deren Angehörige [216, 218]. Aus einer Metaanalyse geht hervor, dass die Effekte auf ein reduziertes Rückfallrisiko und eine verringerte Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmen sowie auf ein vermindertes Belastungserleben in den Familien durch Einzel-Familien-Interventionen stabiler und anhaltender sind im Vergleich zu Mehr-Familiengruppen-Interventionen [217].

BIPOLARE STÖRUNGEN

Evidenz zur Wirksamkeit von Psychoedukation bei bipolarer Störung liegt in zunehmendem Maße vor, ist aber aufgrund der großen Heterogenität zwischen den Studien und auswertungsspezifischer Aspekte weniger robust und eindeutig.

Effekte aus **Übersichtsarbeiten** lassen sich v. a. auf ein reduziertes Rückfallrisiko ableiten; diese sind aber nicht konsistent und möglicherweise abhängig von Art und Struktur der Intervention. Bond und Anderson (2015) ermittelten bei moderater Heterogenität einen Vorteil hinsichtlich des Rückfallrisikos durch primär patientenfokussierte Psychoedukation gegenüber jeglicher Kontrollintervention in jede Krankheitsphase und in manische Phasen, nicht jedoch in depressive Phasen. Effektiver hinsichtlich der Rückfallreduktion waren Gruppeninterventionen gegenüber individueller Psychoedukation [223]. Familienpsychoedukation gegenüber TAU kann zu positiven Effekten auf das Rückfallrisiko und die stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit zu Behandlungsende und im Follow-Up führen (Basis: Einzelstudien mit geringer Qualität) [224]. Ergebnisse zu den Effekten von Family Focused Therapy sind laut Autoren aus qualitativer Sicht sehr mangelhaft [224]. Auch bei Chatterton et al. (2017) fand sich ein Hinweis darauf, dass Psychoedukation Erkrankungsrückfälle in eine manische und depressive Phase gegenüber TAU reduzieren kann (Reduktion um knapp 40 %); allerdings trifft das nur dann zu, wenn sich die Intervention auch an Angehörige bzw. Familien richtet. Durch Family Focused Therapy, Psychoedukation allein (in Gruppe oder individuell) und KVT konnte das Risiko gegenüber TAU lediglich tendenziell reduziert werden [225].

Für andere patientenbezogene Outcomes (psychopathologische Symptomatik, Lebensqualität, psychosoziale Funktionen) bleiben die Befunde in der Gegenüberstellung wenig übereinstimmend. Effekte lassen sich für eine verbesserte Compliance [223] und einen größeren Wissenserwerb bei den Patienten [223] finden. Effektiv erwies sich auch eine Kombination von Psychoedukation mit KVT; hierunter zeigte sich eine verbesserte medikamentöse Adhärenz (Risikoreduktion der Non-Adhärenz um 86 %), manische Symptomatik und ein erhöhtes psychosoziales Funktionsniveau. Psychoedukation allein hat einen Einfluss auf die medikamentöse Adhärenz (Risikoreduktion der Non-Adhärenz um 73 %) [225]. Keiner der bei Chatterton et al. (2017) untersuchten Ansätze hatte einen Einfluss auf die depressive Symptomatik [225] (**Evidenzebene Ia-Ib**).

SCHWERE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Ein Review, dessen Ergebnisse sich in der Zusammenschau der Befunde am ehesten hier einordnen lassen, fasst Ergebnisse aus Studien, die gleichermaßen Patienten mit schizophrenen und psychotischen als auch mit bipolaren Erkrankungen einschließen, zusammen [226]. Dabei wurde deutlich, dass an Angehörige gerichtete Psychoedukation deren Belastungserleben auch nachhaltig signifikant reduzieren kann. Am Ende der Intervention, sowie bis zu 6 Monaten nach Behandlungsende und darüber hinaus zeigten sich große Effekte bei insgesamt schwacher Studienqualität und großer Heterogenität (Richtung des Effekts homogen) (**Evidenzebene Ia**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Da die vorliegende aggregierte Evidenz zur Effektivität von Psychoedukation bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis recht umfangreich ist und die Autoren erwarten, dass die Ergebnisdarstellung aktueller Einzelstudien das Gesamtergebnis wenig beeinflussen wird, werden im Update dieser Leitlinie aktuelle Einzelstudien zur Wirksamkeit von Psychoedukation bei dieser Patientengruppe nicht dargestellt.

BIPOLARE STÖRUNGEN

Befunde aus Einzelstudien verweisen auf positive Effekte auf angehörigbezogene Outcomes durch Angehörigengruppen [228, 231], nicht aber durch eine individuelle Angehörigenpsychoedukation [232]. Auch eine an Patienten gerichtete Intervention im Gruppenformat schien hier effektiv im Gegenzug zu einer individuellen Intervention [230]. Gegenüber aktiver Kontrollintervention wurden kaum positive Effekte evident [42, 229]. Obwohl eine strukturierte Gruppenpsychoedukation mit einer unstrukturierten Peer-Support-Gruppe hinsichtlich des primären Outcomes (rückfallfreie Zeit) vergleichbar blieb, zeigten sich durch Psychoedukation einige Vorteile gegenüber dem Peer-Support: für Patienten mit weniger als 8 Erkrankungsepisoden im Vorfeld war die rückfallfreie Zeit größer; und unabhängig von der Anzahl vorausgegangener Episoden wurde die Zeit bis in eine manische Krankheitsperiode durch Psychoedukation verlängert und psychosoziale/interpersonale Fähigkeiten verbessert. Insgesamt war die Inanspruchnahme der Gruppenangebote unter der Bedingung Psychoedukation erhöht [42] (**Evidenzebene Ib**).

DEPRESSIVE STÖRUNGEN

Existierende Studien zur Wirksamkeit von Psychoedukation in Patientengruppen mit depressiven Erkrankungen beziehen sich in der Regel auf eine unterschiedliche Erkrankungsschwere. Eine eindeutige Zuordnung zu der von uns betrachteten Patientengruppe mit einer schweren psychischen Störung ist dabei nicht immer möglich. Zudem bleibt die Evidenzlage derzeit hinter der von Psychoedukation bei schizophrener und bipolarer Störung weit zurück.

Vier **Einzelstudien** wurden identifiziert; eine davon ist in Deutschland durchgeführt worden [236]. Psychoedukation erwies sich hierbei gegenüber KVT hinsichtlich Rückfallrisiko und Intervall bis zu einem nächsten Rückfall gleichwertig [236]. In drei weiteren Studien wurde Psychoedukation gegenüber TAU verglichen. Dabei erwies sich Psychoedukation für Angehörige effektiv bezogen auf die Reduktion des Rückfallrisikos [233]. Zwei der Studien fokussierten auf psychoedukative Angebote für Patienten. Wohingegen bei Morokuma et al. (2013) positive Effekte auf Symptomatik, Rückfallrisiko und psychosoziales Funktionsniveau evident wurden [234], zeigten sich bei Aagaard et al. (2017) keinerlei Vorteile [235] (**Evidenzebene Ib**).

DIAGNOSEUNABHÄNGIGE ANSÄTZE

Die **Relevanz** diagnoseunabhängiger bzw. –übergreifender Ansätze in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen lässt sich leicht begründen. Dennoch steckt die Entwicklung entsprechender Ansätze noch in den Anfängen. Eine erste explorative randomisierte kontrollierte Studie verweist auf tendenzielle Vorteile hinsichtlich verschiedener Outcomes gegenüber einer aktiven Kontrollintervention (Risiko stationärer Wiederaufnahmeraten, Psychopathologie, Lebensqualität, Krankheitseinsicht). Die Compliance ließ sich nach 3 Monaten signifikant verbessern [227] (**Evidenzebene Ib**).

6.1.3 Kosteneffektivität

Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Psychoedukation liegen bisher kaum vor. Pharoah et al. (2010) kommen zu dem Schluss, dass alle Studien (k=3), in denen eine Kostenanalyse direkter und indirekter Kosten erfolgt ist, konsistent einen deutlichen Vorteil durch psychoedukative Familieninterventionen aufweisen [219] (**Evidenzebene Ib**). Weitere Analysen zur Kosteneffektivität aus Einzelstudien sind kaum aussagekräftig [237, 238].

6.1.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

In diesem Kapitel wurden Studien und Übersichtsarbeiten betrachtet, in denen die Effektivität manualisierter psychoedukativer Interventionen in einem direkten Kontakt zwischen Betroffenen und Angehörigen sowie Behandlern und mit primärem Fokus auf Wissensvermittlung, untersucht wurde. In der Mehrheit der Studien wurden Angehörige einbezogen. Insgesamt handelt es sich um heterogene Interventionen, häufig auch um komplexe Familieninterventionen, die neben dem Aspekt der Wissenserweiterung auf eine Unterstützung der gesamten Familie zielen. Betrachtet wurden auch Ansätze, die stärker dem dialogischen Handeln folgen (Psychoseseminar, Dialogforen) und in der Vergangenheit auch als Gegenpol von Psychoedukation bezeichnet worden sind. Hier steht der wechselseitige und von allen Beteiligten gleichermaßen getragene Lernprozess im Vordergrund. Obwohl hierzu bisher kaum entsprechende Arbeiten vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass ein dialogisches Handeln Empowerment und Recovery-orientierte Prozesse (☞ Recovery) unterstützt. Der Einbezug der Angehörigen, ein Gruppenformat für den gegenseitigen Austausch und eine längere/intensivere Intervention scheinen die Wirksamkeit von Psychoedukation zu erhöhen und stellen möglicherweise auch eine Voraussetzung für diese dar. Wenn Psychoedukation „Sprachräume“ bietet, in denen alle Perspektiven zum Tragen kommen, und Vielfalt und Subjektivität unterstützt werden, kann Psychoedukation Autonomie und Empowerment bei den Betroffenen stärken.

Empfehlung 24 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (Dezember 2017)

Empfehlung 25 (NEU):

Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Dialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Dezember 2017)

Für die Durchführung von psychoedukativen Gruppeninterventionen bietet sich folgender Rahmen an:

- Einbindung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan
- Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen sind nach Möglichkeit einzubeziehen:
Durchführung von separaten Angehörigengruppen oder bifokalen bzw. familieninterventiven Gruppen möglich

- Manualisiertes strukturiertes Vorgehen mit der Möglichkeit einer gemeinsamen, interaktiven Erarbeitung und Reflexion relevanter Inhalte im Sinne eines dialogischen Handelns und unter Berücksichtigung der subjektiven Perspektiven aller Beteiligten
- Vorgehen in geschlossenen, halb offenen oder offenen Gruppen möglich
- Frequenz der Sitzungen: 1- bis 2-mal wöchentlich bei Patienten, alle 1 bis 3 Wochen bei Angehörigen
- Einverständniserklärung der Patienten zum Einbezug der Angehörigen, insbesondere zum Zwecke bifokaler Gruppen erforderlich
- Eine individualisierte Anpassung der Psychoedukation ist stets erforderlich, um krankheitsassoziierten Besonderheiten (z. B. Ausmaß der formalen Denkstörungen, der produktiv-psychotischen Symptomatik, der psychomotorischen Unruhe oder der aktuellen Suizidalität) der Patienten zu jedem Zeitpunkt der Intervention Rechnung zu tragen
- Leitung und Ko-Leitung unter der Voraussetzung erforderlicher Qualifikationen*
- Adäquate und regelmäßige Reflexion des Interventionsprozesses durch Supervision oder Intervention

*Psychoedukative Gruppen werden schwerpunktmäßig im klinischen Kontext, zunehmend aber auch in unterschiedlichen ambulanten Behandlungs- und Versorgungszusammenhängen von einer Breite unterschiedlicher Berufsgruppen durchgeführt. Die Leitung psychoedukativer Gruppen setzt sowohl umfassende theoretische Kenntnisse zum jeweiligen Krankheitsbild als auch fundierte Erfahrungen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen voraus. Die Durchführung psychoedukativer Gruppen erfordert keine schulenspezifische Herangehensweise, sondern vielmehr psychotherapeutische Grundfertigkeiten und verinnerlichte therapeutische Grundhaltungen (z. B. Empathie, Wertschätzung, Recovery-Orientierung, Kongruenz, Respekt, Ressourcenorientierung, Unterstützung von Empowerment und Selbstbestimmung) sowie Basisfertigkeiten zur Durchführung von Gruppensitzungen. Verweise auf Ausbildungs- und Weiterbildungsrichtlinien sowie berufsgruppenspezifische Ausbildungsstandards sind im Handbuch der Psychoedukation [239] festgehalten.

6.2 Evidenzkapitel: Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten

(vollständiger Quellenachweis: siehe Langfassung)

6.2.1 Hintergrund

Schwere chronische psychische Erkrankungen sind häufig mit Beeinträchtigungen alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten verbunden, die wiederum den Erkrankungsverlauf und die Lebensqualität zusätzlich negativ beeinflussen. Es kommt oft zu Behinderungen in verschiedenen Lebensbereichen. Spezielle Ansätze psychosozialer Interventionen zielen darauf ab, die Betroffenen darin zu stärken, Fertigkeiten auszubauen, um selbstbestimmt ein weitgehend unabhängiges Leben gestalten zu können. Dabei werden breitere Ansätze, die persönliche Bedürfnisse der Betroffenen im Sinne einer unabhängigen Alltagsgestaltung berücksichtigen und durch den Begriff Training alltags- oder lebenspraktischer Fertigkeiten (*life skills training*) beschrieben werden, von denen, die auf die Verbesserung sozialer und kommunikativer Fertigkeiten (*social skills training*) zielen, unterschieden.

Empfehlung 26 (2012):

Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Funktionen verbunden sind und dadurch die Teilhabe am sozialen Leben deutlich erschwert ist, haben Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung und die Befähigung zur Teilhabe an sozialen Aktivitäten in verschiedenen Lebensbereichen (Selbstsorge, Familie, Freizeit, Arbeit, gesellschaftliche Teilhabe) einen hohen Stellenwert in der Behandlung.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (11.08.2010)

Statement 8 (2012):

Ohne die Durchführung der Selbstpflege (Körper-, Kleider- und Wohnungspflege) ist kein selbstbestimmtes Leben mit dauerhafter Integration in Familie, Arbeitsprozesse etc. möglich.

Sowohl im Alltag als auch in der wissenschaftlichen Literatur lassen sich beide Interventionsformen nicht immer klar voneinander trennen. Es gibt erheblich mehr Studien zur Wirksamkeit des sozialen Fertigkeitentrainings im Vergleich zum Training von Alltagsfertigkeiten.

6.2.2 Internationale Evidenz

I EVIDENZ: TRAINING SOZIALER FERTIGKEITEN

Es existiert eine breite Fülle an Untersuchungen und Übersichtsarbeiten.

Evidenzgrundlage (Suche vom 23.11.2009)

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- die Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 bzw. 2014 [36],
- vier Übersichtsarbeiten [240–243] sowie
- 10 RCTs [244–254]

Es wird zudem auf die systematische Übersicht der Cochrane Collaboration zur Effektivität von Trainingsprogrammen sozialer Fertigkeiten bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [255], welche in der Zwischenzeit erschienen ist, verwiesen.

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Ergebnisse der Metaanalyse im Rahmen der NICE-Leitlinie Schizophrenie aus 2009 lieferten kaum Hinweise auf die Wirksamkeit eines Trainings sozialer Fertigkeiten. In der aktuellen Auflage der NICE-Leitlinie erfolgte keine erneute Recherche [36].

Systematische Übersichtsarbeiten

Es existiert mittlerweile eine Fülle an Studien, welche die **Effekte eines strukturierten Trainings sozialer Fertigkeiten** v. a. bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung untersuchten. Ein entsprechendes Training zeigte nahezu durchgehend signifikante positive Auswirkungen auf die Erweiterung sozialer Funktionen und erhöhte die Wahrscheinlichkeit einer besseren sozialen Anpassung der Betroffenen [240, 242, 243]. Weniger eindeutig waren die Effekte auf andere Zielgrößen. Die Symptomschwere scheint durch ein Fertigkeitentraining positiv beeinflussbar, wobei die Wirksamkeit eher an der Negativsymptomatik und nicht an der Positivsymptomatik bei Schizophrenie deutlich wurde [240]. Die Befunde dazu sind jedoch nicht konsistent (**Evidenzebene Ia-b**).

Auf der Basis eines theoretischen Modells zur Wirkungsweise von Interventionen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten entwickelten **Kurtz und Mueser (2008)** ein fünfdimensionales Kontinuum, in welches sie die betrachteten Zielvariablen in Abhängigkeit von ihrem Nähe-Distanz-Verhältnis zu den zu erwartenden Effekten des Trainings einordneten. Dabei nahmen sie an, dass der Einfluss durch ein entsprechendes Training am ehesten messbar sein sollte, wenn mit der Zielvariable inhaltsnahe soziale Fertigkeiten (z. B. Rollenspielaufgaben aus Trainingsmanualen, Fragebogentests) erhoben werden. Begründet durch die größte Distanz zwischen Trainingsinhalt und zu erwartenden Effekten ordneten die Autoren am anderen Ende des Kontinuums Zielvariablen ein, mit deren Hilfe Auswirkungen auf

psychische Symptome (mit Ausnahme von negativen Symptomen) und die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen erfasst wurden. Die größten Effekte des Trainings sozialer Fertigkeiten wurden wie erwartet unter Verwendung inhaltsnaher Zielparameter messbar. Entlang des Nähe-Distanz-Kontinuums wird eine Verringerung der Effektstärken mit größerer Entfernung zu den vermittelten Trainingsinhalten deutlich. Entsprechend der Hypothese, scheint ein Training sozialer Fertigkeiten lediglich einen geringen Einfluss auf psychische Symptome und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu haben, wobei Negativsymptome am ehesten beeinflussbar scheinen. Die Analyse der Moderatorvariablen zeigte bezogen auf die Verbesserung der Negativsymptome sowie der sozialen und alltagspraktischen Fertigkeiten, dass die Effekte des Trainings bei jüngeren Patienten größer sind [240] (**Evidenzebene Ia**).

NEU: Inzwischen liegt eine systematische Übersicht der Cochrane Collaboration zur Effektivität von Trainingsprogrammen sozialer Fertigkeiten bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor [255]. Berücksichtigt werden konnten 13 RCTs (N=975). Die in den Studien untersuchten Programme erwiesen sich gegenüber TAU, nicht gegenüber einer aktiven Kontrollintervention (Diskussionsgruppe) hinsichtlich verschiedener Zielgrößen, wie soziale Funktionen und Fertigkeiten, Rückfallraten und stationäre Wiederaufnahmeraten, Lebensqualität überlegen. Die Studienqualität wird überwiegend mangelhaft eingeschätzt.

Verschiedene **Modifikationen und Erweiterungen bzw. Neuentwicklungen der Trainingsmanuale** zur Verbesserung sozialer Kompetenzen fokussieren zum Beispiel die Kombination mit kognitiven Verfahren (Attention Shaping [249], Integrated Psychological Therapy [243], Cognitive Enhancement Therapy [248, 256], Errorless Learning [247]). Positive Effekte wurden dabei in Bezug auf die Erweiterung sozialer Fertigkeiten sowie kognitiver Funktionen beobachtet. Die gezielte Anwendung eines Fertigkeitentrainings bei älteren Menschen, welches die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe berücksichtigt, führte ebenfalls zu deutlichen Vorteilen in der Interventionsgruppe hinsichtlich sozialer Funktionen, größerer Unabhängigkeit im Alltag, Stärkung von Selbstbewusstsein und Krankheitseinsicht [253, 254]. Eine spezielle Unterstützung, um erlernte Fertigkeiten in den Alltag zu transferieren, zeigte positive Auswirkungen auf die soziale Anpassungsleistung, auf eine Reduktion der Symptomschwere sowie die Reduktion des Rückfallrisikos und stationäre Wiederaufnahmeraten [257] (**Evidenzebene Ib**). Eine Übersicht über die Vielfalt der untersuchten Manuale findet sich bei Gühne et al. (2014) [202].

II EVIDENZ. TRAINING VON ALLTAGSFERTIGKEITEN

Evidenzgrundlage (Suche vom 29.03.2010)

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- Ein Cochrane Review [258] sowie
- ein RCT [259]

Das Cochrane Review hat zwischenzeitlich ein Update erfahren [260].

In den letzten Jahren sind strukturierte Manuale zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten bei Menschen mit schweren psychischen Störungen entwickelt worden. Häufig richten sich diese verschiedenen Module gleichzeitig auf das Training sozialer Fertigkeiten. Während die Effekte des Trainings sozialer Fertigkeiten inzwischen gut evaluiert sind, liegen zum **Training von Alltagsfertigkeiten** kaum randomisierte kontrollierte Studien vor. In den wenigen Studien, die hauptsächlich auf sehr kleinen Stichproben beruhen, werden dennoch vereinzelt Vorteile hinsichtlich der Verbesserung von Alltagsfertigkeiten evident. Insbesondere vor dem Hintergrund der grundlegenden Bedeutung des

Erhalts bzw. der Stärkung von Alltagsfertigkeiten für das Wohlergehen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind weitere Wirksamkeitsstudien erforderlich.

6.2.3 Von der Evidenz zur Empfehlung

Empfehlung 27 (2012):

Ein Training sozialer Fertigkeiten soll als Intervention bei Vorhandensein sozialer Beeinträchtigungen mit dem Ziel der Verbesserung sozialer Kompetenzen durchgeführt werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (11.08.2010)

***Erläuterung:** An dieser Stelle konnte kein einheitliches Abstimmungsergebnis erzielt werden. Einige Experten (5/22 Stimmen) votierten für den Empfehlungsgrad B und damit eine „sollte“-Empfehlung. Als problematisch wurden zum einen die kaum erreichbare flächendeckende Umsetzung eines Trainings sozialer Fertigkeiten und zum anderen die Übertragbarkeit der meist in der Gruppe der Menschen mit schizophrenen Erkrankungen erhobenen Ergebnisse auf die Gesamtgruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen angesehen.*

Empfehlung 28 (2012):

Das Training sozialer Fertigkeiten soll - gemessen an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen - in ein komplexes Behandlungsangebot eingebettet werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (11.08.2010)

Statement 9 (2012):

Es gibt Hinweise, dass eine Kombination von Interventionen, die gleichermaßen kognitive und soziale Funktionen stärken, positive Effekte zeigt.

Statement 10 (2012):

Es zeigten sich Hinweise dafür, dass der Transfer der im Training erlernten sozialen Fertigkeiten auf Alltagsbedingungen durch begleitende Interventionen effektiv unterstützt werden kann.

Statement 11 (2012):

Die Berücksichtigung individueller Entwicklungsbesonderheiten in sozialem Fertigkeitentraining kann die Effektivität des Trainings erhöhen.

Ergänzende Hinweise (2012):

In Deutschland findet das Training sozialer Fertigkeiten, auch als soziales Kompetenztraining bezeichnet, breite Anwendung. Die Durchführung des Trainings erfolgt in unterschiedlichen Behandlungs- und Versorgungskontexten und in der Verantwortung unterschiedlicher Berufsgruppen. Entscheidend ist eine entsprechende Qualifikation des Personals

Das Training sozialer Fertigkeiten sollte als systematische Intervention durchgeführt werden und möglichst an die Voraussetzungen, Bedürfnisse und Wünsche der einzelnen Patienten anknüpfen. Es sollte durch spezielle Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden, da diese die Wirksamkeit erhöhen. Dabei sollte der Einbezug von Angehörigen angestrebt werden. Unter Umständen ist eine Erweiterung durch kognitive Techniken indiziert. Die Länge der Behandlung sollte sich am Bedarf der Patienten orientieren. Systematische Untersuchungen zur Effektivität eines Fertigkeitentrainings in Abhängigkeit der Behandlungsdauer existieren bisher nicht.

In der Praxis sind unterschiedliche Vorgehensweisen implementiert. Wohingegen in einem stationären und teilstationären Behandlungssetting eher ein manualisiertes Vorgehen bei kürzerer Behandlungsdauer und unsicherem Alltagstransfer dominiert, finden im ambulanten Behandlungs- und Versorgungssektor eher an

strukturierte Programme angelehnte und längerfristige Trainingsangebote durch verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Verordnungs- und Zugangsmöglichkeiten statt. Letztere wurden in den betrachteten Studien nicht untersucht.

Ebenso essentiell sind die Unterstützung und Stärkung des alltagspraktischen Handelns der Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung. Relevant für eine Stärkung der Alltagsfertigkeiten sind auch hier unterschiedliche Behandlungs- und Versorgungskontexte, die Verantwortung unterschiedlicher Professionen, sowie die Ausrichtung an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patienten.

6.3 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien

(vollständiger Quellenachweis: siehe Langfassung)

6.3.1 Hintergrund

Die **Vielfalt künstlerischer und therapeutischer Ansätze** ist groß. Zu den Künstlerischen Therapien werden Musik-, Kunst- und Tanztherapie gerechnet [...], sowie u. a. Psychodrama und Theatertherapie, Poesie- und Bibliothherapie, intermediale Kunsttherapie, Gestaltungstherapie und Sandspieltherapie. Gemeinsam ist diesen Verfahren der gezielte Einsatz von Medien und Prozessen innerhalb einer therapeutischen Beziehung. „Aktive [...] und rezeptive Formen der künstlerischen Betätigung dienen der Prävention, Therapie und Rehabilitation bei psychischen und physischen Störungen sowie der Förderung von Ausdruck, Kommunikation, Selbstwahrnehmung und Persönlichkeitsentwicklung.“ ([261], S. 15).

6.3.2 Internationale Evidenz

Ergebnisse der Recherche

Es wurden in dieser Leitlinie Studien aus den Bereichen der Musiktherapie, der Kunsttherapie, der Dramatherapie sowie der Tanz- und Bewegungstherapie subsummiert. Eine **Besonderheit** ergibt sich **bei den Interventionen im Bereich der Tanz- und Bewegungstherapien**, die sich auch den Körperpsychotherapeutischen Verfahren im Feld der Bewegungs- und Sporttherapien zuordnen lassen.

Die Ergebnisse der untersuchten Studien beziehen sich häufig auf Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, beziehen aber auch Patienten mit anderen schweren psychischen Erkrankungen ein. Daneben existieren Studien, die primär einen störungsübergreifenden Ansatz verfolgen und Patienten mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen einbeziehen. Künstlerische Therapien wurden in der Regel als zusätzliche Behandlungsform im Rahmen herkömmlicher psychiatrischer Behandlung bzw. gegenüber Wartegruppe untersucht.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- die Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 bzw. 2014 [36] und die schottische Leitlinie zum Management of Schizophrenia [209],
- 6 Übersichtsarbeiten der Cochrane Collaboration [262–267] sowie
- 6 weitere RCTs zur Musiktherapie [268–273], 2 RCTs zur Kunsttherapie [274–276] und 2 RCTs zur Tanz- und Bewegungstherapie [277, 278].
- 2 RCTs zur Tanz- und Bewegungstherapie wurden nach Abschluss der systematischen Recherche publiziert [279, 280].

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Autoren der **Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie** von 2009 greifen in ihrer Metaanalyse auf verschiedene kunsttherapeutische Ansätze gleichzeitig zurück. Sie leiten aus der vorliegenden Metaanalyse eine konsistente Evidenz für die Reduktion der Negativsymptomatik verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung ab und empfehlen allen Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine solche Behandlung. Der mittlere bis starke Effekt am Ende der Behandlung blieb in zwei Studien auch bis zu sechs Monaten nach Behandlungsende nachweisbar. Der Effekt erwies sich als unabhängig von der Modalität der Intervention (Musik-, Bewegungs- oder Kunsttherapie) und dem Behandlungssetting (ambulant vs. stationär). Allerdings sind die Stichprobengrößen der einzelnen Studien klein (N=24-90); die Studienqualität ist insgesamt eingeschränkt und die Abbruchraten sind z. T. recht hoch (>40 %). In der aktuellen NICE-Leitlinie [36] erfolgte keine Überarbeitung der Evidenz und Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien (**Evidenzebene Ia**).

In der **schottischen Leitlinie zum Management of Schizophrenia** werden **Künstlerische Therapien** mit einer Empfehlungsstärke B empfohlen [209]. Die Evidenzbasis hierfür gründet sich auf der Metaanalyse der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie sowie auf der weiter unten zitierten MATISSE-Studie.

Systematische Übersichtsarbeiten

Berücksichtigt werden hier die Metaanalysen der Cochrane Collaboration zu verschiedenen Ansätzen der Künstlerischen Therapien bei Patienten mit Schizophrenie und anderen schweren psychischen Erkrankungen. Tabelle 5 gibt einen Überblick zu wichtigen Merkmalen der betrachteten Arbeiten. Positive Effekte auf die psychopathologische Symptomatik werden insbesondere durch Musiktherapie beobachtbar [262]. Im Rahmen weiterer Metaanalysen beruhen die Ergebnisse mehrheitlich auf Ergebnissen aus Einzelstudien; Aussagen zur Effektivität sind deshalb bisher kaum möglich.

Tab. 5: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit Künstlerischer Therapien

Therapieform	Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien	Patienten Diagnosen Anzahl (N)	Länge der Behandlung	Länge des Follow-Up
Künstlerische Therapien	NICE 2009	6 RCTs	Schizophrenie SMI N=382	5-20 Wochen	Bis zu 6 Monaten
Musiktherapie NEU	Mössler 2011	8 RCTs	Schizophrenie SMI N=483	7 bis 78 Sitzungen	Bis zu 4 Monaten
Musiktherapie	Maratos 2008*	Radulovic 1997	Depression N=60	12 Sitzungen	Behandlungsende
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005	2 RCTs	Schizophrenie SMI N=137	12-20 Wochen	6 bis 9 Monate
Dramatherapie	Ruddy und Dent-Brown 2007	5 RCTs	N=210 Schizophrenie SMI	4-22 Wochen	Behandlungsende
Tanztherapie NEU	Ren & Xia 2013	1 RCT	Schizophrenie SMI N=45	10 Wochen	4 Monate

Mekums 2015*	Röhrich 2013	Depression N=31	10 Wochen	Behandlungs- ende
--------------	--------------	--------------------	-----------	----------------------

Erläuterungen: RCTs Randomisierte kontrollierte Studien, SMI schwere psychische Erkrankungen, *Extraktion relevanter Studien aus dem Review, gesonderte Darstellung erfolgt im Abschnitt Einzelstudien

b) Evidenz aus Einzelstudien

Deutlich wird ein Zuwachs an randomisierten kontrollierten Studien in den letzten Jahren, deren Ergebnisse allerdings nicht immer konsistent sind. Für die Musiktherapie sind die Ergebnisse überwiegend übereinstimmend und im Vergleich aussagekräftiger. So lässt sich insbesondere eine Reduktion psychopathologischer Symptome, möglicherweise auch eine Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität und des Selbstwertgefühls der Patienten erreichen. Für andere Therapieformen liegen inkonsistente Befunde (Kunsttherapie, Tanztherapie) bzw. eine schwächere Befundlage (Dramatherapie) vor. Allerdings sind bei der Interpretation der einzelnen Ergebnisse zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen, wie beispielsweise die Wahl der Kontrollintervention, Drop-out-Raten oder die Charakteristika der Studienteilnehmer. Festzustellen bleibt, dass weitere Studien dringend erforderlich sind, um die Evidenz in diesen Bereichen auf eine breitere Basis zu stellen und positive Effekte aus kleineren Studien replizierbar zu machen.

6.3.3 Kosteneffektivität

Es liegen nahezu keine Untersuchungen zur Kosteneffektivität Künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vor. Lediglich Priebe et al. (2016) untersuchten die Kosteneffektivität von Körperorientierter Psychotherapie (BPT) gegenüber Pilates. Es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede [278].

6.3.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

Empfehlung 29 (NEU):

Künstlerische Therapien: Musiktherapie, Kunsttherapie bzw. Dramatherapie sollten im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und gemessen an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Betroffenen zur Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik angeboten werden.

Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ia-Ib.

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (14.11.2016)

Hinweise: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Eine Empfehlung zur Tanz- und Bewegungstherapie erfolgt im Ergebnis der Abstimmung im Konsensusprozess in gemeinsamer Betrachtung der Körperpsychotherapeutischen Verfahren (➔ Kapitel Bewegungs- und Sporttherapien).

Ergänzende Hinweise:

Für die Durchführung von Künstlerischen Therapien lassen sich folgende Voraussetzungen und organisatorische Rahmenbedingungen nennen:

- Einbindung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan,
- Anwendung im ambulanten, (teil-)stationären oder stationsäquivalentem Setting möglich,
- personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen,
- Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie,
- der kreative Prozess ist wichtiger als das künstlerische Produkt,
- differenzielle Indikation für die Anwendung im Einzel- oder Gruppensetting,

- entsprechende Modifikation des Vorgehens in Abhängigkeit von der Homogenität bzw. Inhomogenität der Gruppe,
- Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Erkrankung,
- als Besonderheit sind die urheberrechtlichen Bestimmungen zu beachten.

6.4 Evidenzkapitel: Ergotherapie

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

6.4.1. Hintergrund

Sinnvolle, praktische Tätigkeiten werden seit der Antike als Mittel der Behandlung psychisch kranker Menschen eingesetzt und gehören zu den ältesten Behandlungsformen psychischer Erkrankungen. Der Ergotherapie-Weltverband (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) bezeichnet Ergotherapie als „klientenzentrierten Gesundheitsberuf zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung“.

Die Einteilung der ergotherapeutischen **Zielbereiche** in Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit ist in der Literatur weit verbreitet. Der Bereich **Selbstversorgung** beinhaltet Tätigkeiten wie beispielsweise das Ankleiden, das Einnehmen von Mahlzeiten, Hygieneverrichtungen, Mobilität sowie das Erledigen persönlicher Angelegenheiten. **Produktivität** umfasst nach ergotherapeutischem Verständnis zweckgebundene Betätigungen, die den eigenen Lebensunterhalt sichern (berufliche Tätigkeit, Ausbildung) und/oder einen Beitrag für andere Personen oder die Gesellschaft als Ganzes leisten (z. B. Kindererziehung, Haushaltsführung, Ehrenamt). Den Bereich der **Freizeit** umfassen Betätigungen, für die in der Regel keine formellen Verpflichtungen bestehen und die außerhalb von Produktivität und Selbstversorgung liegen.

Der **Schwerpunkt des vorliegenden Kapitels** liegt auf ergotherapeutischen Interventionen, die die Bereiche Selbstversorgung und Freizeit fokussieren. Ergotherapie mit explizitem Fokus auf Produktivität, hier die berufliche (Wieder-)Eingliederung (arbeitstherapeutischer Schwerpunkt), wird im Kapitel ↻ Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben behandelt.

6.4.2 Internationale Evidenz

Neben den Standarddatenbanken wurde auch in ergotherapiespezifischen Datenbanken, wie OTseeker und OTDBASE, sowie in CINAHL recherchiert.

Systematische Reviews konnten nicht identifiziert werden. Ergotherapie als vergleichsweise junge Disziplin befindet sich in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Frühere Konzepte und Interventionsformen psychiatrischer Ergotherapie der 1980er und 1990er Jahre haben sich gewandelt und entsprechen nicht mehr heutigen Vorstellungen. Einbezogen in die Evidenzbewertung wurden daher Studien ab dem Jahr 2000.

Evidenzgrundlage (Suche vom 10.08.2010)

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 7 randomisierte und nicht-randomisierte kontrollierte Einzelstudien [168, 281–287], davon 2 aktuellere Studien, die in der Überarbeitung eingeschlossen aber nicht systematisch identifiziert und bewertet wurden [282, 287]

In Übereinstimmung mit anderen Autoren [288] ist auf Basis derzeit vorliegender Evidenz festzustellen, dass größere aussagekräftige, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychiatrischer Ergotherapie und

ihrer Behandlungsverfahren bislang nicht vorhanden sind. Viele Studien haben sehr kleine Stichprobenumfänge und sind in ihren abschließenden Aussagen deshalb kaum zu verallgemeinern. Problematisch ist auch die Tatsache, dass es nur wenige Outcome-Parameter gibt, die in mehreren Studien übereinstimmend untersucht wurden. Auch variierten die ergotherapeutischen Verfahren, die in den einzelnen Studien untersucht wurden, teilweise stark. Mehrere Studien erbrachten keine Vorteile einer zusätzlich zur Standardbehandlung durchgeführten Ergotherapie (während eines Klinikaufenthaltes bzw. während gemeindepsychiatrischer Behandlung) bezüglich sozialem Funktionsniveau, Negativsymptomatik, Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit.

6.4.3 Von der Evidenz zur Empfehlung

Neben vielen meist wenig empirisch untersuchten Ansätzen gehören zum Spektrum der in der Ergotherapie eingesetzten Verfahren auch Ansätze mit höherer Evidenz, wie Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation, BA) oder die Förderung körperlicher Aktivität. Diese Ansätze wurden zwar nicht innerhalb der Ergotherapie entwickelt, stehen jedoch mit der ergotherapeutischen Sicht auf Betätigung als eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheit im Einklang. Sie können von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt werden und kommen deshalb auch innerhalb der Ergotherapie zum Einsatz.

Weitere Forschung auf dem Niveau randomisierter kontrollierter Studien mit größeren Stichproben zur Wirksamkeit von Ergotherapie und ihren Methoden ist notwendig, um die Hinweise auf positive Wirkungen ergotherapeutischer Interventionen, die sich in den o. g. kleineren Studien schon gezeigt haben, zu bestätigen.

Empfehlung 30 (2012):

Ergotherapeutische Interventionen sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden.

Empfehlungsgrad B, Evidenzebene: Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

6.5 Evidenzkapitel: Bewegungs- und Sporttherapien

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

6.5.1 Hintergrund

Die Bewegungstherapie bei psychischen Störungen hat mehrere Wurzeln und aufgrund dessen auch unterschiedliche Schwerpunkte sowie eine **große Spannweite**. Zur groben Orientierung lässt sich die Bandbreite der Verfahren nach Hölter (1993) auf einem **Kontinuum** zwischen den beiden Polen **Physiotherapie und Psychotherapie** darstellen. In der Nähe von Physiotherapie werden dabei die Verfahren angeordnet, die von ihrem Anspruch her traditionell den Schwerpunkt auf die Beeinflussung körperlicher Zustände legen (somatisch-funktioneller Fokus). Als Beispiel kann die Sporttherapie genannt werden. In der Nähe des Pols Psychotherapie lassen sich dagegen solche Verfahren verorten, bei denen Bewegung primär auf eine psychische Beeinflussung abzielt (psychotherapeutisch akzentuierter Fokus). Beispiele hierfür sind die Integrative und die Konzentrierte Bewegungstherapie. Schließlich gibt es in der Mitte der beiden Pole die Verfahren, die körperliche und psychische Veränderungen zum Ziel haben. Diese lassen sich durch einen edukativ-psychosozialen Fokus

charakterisieren. Beispiele für Verfahren mit edukativ-psychosozialem Fokus sind die Kommunikative Bewegungstherapie oder die Mototherapie.

6.5.2 Internationale Evidenz

Im Fokus der durchgeführten Recherche lag in Fortführung der Systematik aus der ersten Auflage dieser Leitlinie die Suche nach Wirksamkeitsstudien zu den drei vorgestellten Verfahrensgruppen: sporttherapeutische Verfahren, körperpsychotherapeutische Verfahren und edukativ-psychosoziale Verfahren. Die eingesetzten Bewegungs- und Sporttherapien wurden in der Regel als zusätzliche Behandlungsform im Rahmen der herkömmlichen psychiatrischen Behandlung oder gegenüber einer Wartegruppe untersucht. Vorrangig beziehen die eingeschlossenen Studien Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ein. In den Studien wurden auch Menschen mit anderen (schweren) psychischen Störungen untersucht.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 6 Übersichtsarbeiten unter Einschluss von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [289–294],
- 1 Übersichtsarbeit unter Einschluss von Patienten mit einer depressiven Erkrankung [295],
- 1 Übersichtsarbeit unter Einschluss von Patienten mit einer Angsterkrankung [296],
- 9 zusätzliche randomisierte kontrollierte Studien unter Einschluss von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis [278, 297–304] sowie
- 6 zusätzliche randomisierte kontrollierte Studien unter Einschluss von Patienten mit einer depressiven Erkrankung [277, 305–309]
- Zusätzlich wurden 2 weitere RCTs nach Abschluss der systematischen Recherche identifiziert [279, 280].

Die Ergebnisse der vorliegenden angrenzenden Leitlinien können eher einer Orientierung dienen, da die hierin erfolgte Suche insbesondere unter Berücksichtigung der Zielgruppe von der dieser Leitlinie zu Grunde liegenden deutlich abwich. Für eine Vertiefung wird auf die Langfassung verwiesen.

Deutlich wird in der Zusammenschau der Befunde, dass es einen Zuwachs an Arbeiten im Bereich der Bewegungs- und Sporttherapie bei schweren psychischen Erkrankungen gibt. Methodische Limitationen und Heterogenität der einzelnen Arbeiten sowie mangelnde Stringenz der Effekte erschweren jedoch die Beurteilung zum aktuellen Zeitpunkt.

Unter dem Blickwinkel aller eingeschlossenen Diagnosegruppen sowie den entsprechenden eingesetzten Interventionen aus dem Bereich der Bewegungs- und Sporttherapie ergeben sich Hinweise, dass insbesondere aerobes Ausdauertraining eine tendenziell positive Wirkung sowohl auf psychische als auch biologische Outcomeparameter bei schwer psychisch kranken Menschen haben kann. Befunde liegen auch im Bereich körperpsychotherapeutischer Ansätze vor. Dennoch liegt der Forschungsschwerpunkt aktuell auf funktionell, sportlich aktivierenden Verfahren. Die Wirksamkeit edukativ-psychosozialer Verfahren bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde bisher kaum in randomisierten kontrollierten Studien untersucht.

Sporttherapeutische Verfahren

Speziell für **Menschen mit einer Schizophrenie** kann auf Basis der vorliegenden Evidenz geschlossen werden, dass ein ausdauerorientiertes (aerobes) regelmäßiges Training in der Lage ist, die psychopathologische Symptomatik gegenüber einer Standardtherapie (herkömmliche Therapie) zu verbessern [290, 291]. Allerdings sind die Ergebnisse insgesamt inkonsistent und beruhen

in der Hauptsache auf Einzelergebnissen. Die biologischen Kennzahlen betreffend, führt die Anwendung sporttherapeutischer Verfahren möglicherweise zu positiven Effekten hinsichtlich der Steigerung der Maximalkraft, der Reduzierung von Körperfett und Verbesserung der Fitness [290, 291]. Eine weitere Studie ergab zudem Hinweise darauf, dass Ausdauertraining im Vergleich zu Tischfußball bei Patienten mit Schizophrenie eine stärkere Vergrößerung des Hippocampus-Volumen hervorruft [300]. Möglicherweise lässt sich durch Yoga-Interventionen die Lebensqualität verbessern [293].

Die dargestellte Evidenz sporttherapeutischer Interventionen beim **Erkrankungsbild der (schweren) Depression** ist in der Gesamtbetrachtung homogener. Die Resultate verdeutlichen einen nahezu durchweg positiven und signifikanten Einfluss der überwiegend aeroben körperlichen Aktivitäten gegenüber einer herkömmlichen Therapie bezüglich der Reduzierung der Depressionssymptomatik [295, 307–309]. Der Effekt verlor an Stärke, wurden die aeroben körperlichen Aktivitäten mit anderen trainingsorientierten Maßnahmen oder einer Pharmakotherapie verglichen.

Der Einsatz von aeroben Übungen bei **Menschen mit Angststörungen** führte zu keinen vorteilhaften Effekten gegenüber der herkömmlichen Therapie [296].

Körperpsychotherapeutische Verfahren

Untersucht wurden verschiedene körperpsychotherapeutische Ansätze in randomisiert kontrollierten Studien hauptsächlich bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Allerdings wurde ein solcher Ansatz auch in der Behandlung von Menschen mit chronischer Depression untersucht [277]. Die Vergleichsinterventionen sind mindestens genauso vielfältig wie die in den Studien untersuchten körperpsychotherapeutischen Ansätze und umfassen neben herkömmlicher Therapie Musiktherapie, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, supportive Gesprächsangebote und Pilates. Es zeigen sich inkonsistente Effekte in verschiedenen Bereichen psychopathologischer Symptomatik. Wünschenswert sind weitere Studien in diesem Bereich, um die Effektivität und die zugrundeliegenden Wirkmechanismen der einzelnen Ansätze besser beurteilen zu können.

Edukativ-psychosoziale Verfahren

Im Rahmen der systematischen Recherche wurde eine Einzelstudie identifiziert, die sich der edukativ-psychosozialen Verfahrensgruppe (und gleichzeitig der körperpsychotherapeutischen Gruppe) zuordnen lässt. Verglichen wurde hier ein gymnastisches und spielorientiertes Bewegungsprogramm bei Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gegenüber einem spür- und entspannungsorientierten Programm (Konzentrierte Entspannung) und TAU. Für beide aktive Gruppen wurden Verbesserungen hinsichtlich des psychischen Gesundheitsstatus deutlich; stärker jedoch in der Gruppe der Konzentrierten Entspannung [299].

6.5.3 Kosteneffektivität

Es liegen keine aussagekräftigen Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Bewegungs- und Sporttherapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vor.

6.5.4. Von der Evidenz zur Empfehlung

Motivationale Aspekte spielen bei der Umsetzung von Bewegung und Sport eine erhebliche Rolle und wurden auch in einigen Studien untersucht. Häufige Techniken sind Zielvereinbarungen sowie Ansätze der motivierenden Gesprächsführung. Evidenz zu deren Wirksamkeit liegt jedoch bisher kaum vor [310].

Empfehlung 31 (NEU):

Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten - je nach Beschwerdebild und Neigung sowie unter Berücksichtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit - Bewegungsinterventionen als Teil eines multimodalen Gesamtherapiekonzeptes zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Juni bis September 2017)

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen.

Empfehlung 32 (NEU):

Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Juni bis September 2017)

Hinweis: Der Empfehlungsgrad dieser Empfehlung in Bezug auf die angegebene Evidenzebene wurde herabgestuft, da die Studienlage nicht einheitlich genug war, um eine starke Empfehlung zu rechtfertigen. Evidenz hierzu liegt bisher hauptsächlich aus Wirksamkeitsstudien vor, in denen Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer schweren Depression behandelt wurden.

Ergänzende Hinweise (NEU):

In jedem Fall sollte vor Beginn von Bewegungsinterventionen der körperliche Gesundheitsstatus des Patienten und somit seine Eignung für eine körperliche Belastung überprüft werden. Um die Ressourcen körper- und bewegungsorientierter Interventionen in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen ausschöpfen zu können, ist eine spezifische Qualifikation mit Kompetenzen im Bereich der Bewegungsförderung und achtsamkeitsbasierter körperorientierter Therapieverfahren einschließlich störungsorientierten Spezialwissens (zur Gruppenleitung, zur Einschätzung psychopathologischer Symptome, zu Effekten der Medikation) und eine Einbindung in das multiprofessionelle Behandlerteam erforderlich.

In der therapeutischen Praxis ist neben der Dosierung der körperlichen Belastung v. a. die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte (z. B. Körper- und Selbstwahrnehmung, Verhaltenskontrolle, Interaktion) von Bedeutung.

6.6 Evidenzkapitel: Gesundheitsfördernde Interventionen

(vollständiger Quellennachweis: siehe Langfassung)

6.6.1 Hintergrund

Der gesundheitsbezogene Lebensstil von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen wird häufig durch eine Vielzahl modifizierbarer Risikofaktoren, wie beispielsweise Rauchen, ungünstige Ernährungsgewohnheiten und Bewegungsmangel beeinflusst. Erschwerend kommt hinzu, dass eine Reihe von Antipsychotika, Antidepressiva und anderen Psychopharmaka zu Gewichtszunahme und metabolischen Veränderungen führen, die Risikofaktoren für körperliche Erkrankungen darstellen. Die Kombination aus ungesundem Lebensstil und unerwünschten pharmakologischen Wirkungen führt schließlich zu einem erhöhten Risiko für vermeidbare Begleiterkrankungen wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, Atemwegsleiden und durch Übergewicht verursachte Beschwerden. Zudem mündet die erhöhte psychische wie auch physische Krankheitslast der Patienten in einer negativ beeinträchtigten Lebensqualität und einer um durchschnittlich 25 Jahre geminderten Lebenserwartung. Einen wichtigen Bestandteil im Genesungsprozess von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellen deshalb auch **gesundheitsfördernde Maßnahmen** dar.

Diese Leitlinie fokussiert auf **verhaltenspräventive Interventionen** zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität. Obgleich bedeutsam, ist die Verhältnisprävention, welche auf die Verringerung struktureller Ungleichheiten zielt, die es den Betroffenen besonders schwer machen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten (über Maßnahmen wie beispielsweise die Verbesserung der Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen oder besondere Angebote gesunder Ernährung und Sport in psychiatrischen Einrichtungen) nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Für die Behandlung von schädlichem Tabakkonsum, von Suchterkrankungen und Adipositas wird auf andere relevante Leitlinien verwiesen.

Für die **Gestaltung gesundheitsfördernder psychosozialer Interventionen** bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist zu berücksichtigen, dass die Behandlung selbst (insbesondere die Medikation) zur Verringerung, aber auch zur Verstärkung gesundheitlicher Risiken beitragen kann. Die erwünschten psychischen Effekte sind daher gegenüber den ungünstigen somatischen Wirkungen abzuwägen. Die Auswahl der Behandlungsstrategie sollte auch diese präventiven Aspekte berücksichtigen, worauf mehrere Initiativen wie beispielsweise „Choosing Wisely“ des American Board of Internal Medicine (ABIM) hingewiesen haben (<http://www.choosingwisely.org/?s=psychiatry>).

6.6.2 Internationale Evidenz

Ergebnisse der Recherche

Im Fokus der systematischen Recherche lag die Identifizierung von qualitativ hochwertigen Metaanalysen und Studien zu gesundheitsfördernden Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die im Wesentlichen auf die zwei Bereiche Ernährung und Bewegung abzielen. Grundsätzlich stellen die eingeschlossenen Arbeiten und die darin durchgeführten Maßnahmen rein nicht-medikamentöse Ansätze dar, die auf eine Verhaltensänderung zielen. „Reine“ Bewegungs- und Sporttherapien für schwer psychisch kranke Menschen werden in einem gesonderten Kapitel dargestellt. Hier wurden Bewegungs- und Sportinterventionen dann berücksichtigt, wenn diese Bestandteil einer kombinierten Strategie im Rahmen eines multimodalen Programms zur Beeinflussung des gesundheitsbezogenen Lebensstils waren.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 7 Übersichtsarbeiten [311–317]
- 3 zusätzliche randomisierte kontrollierte Studien [318–320]

Zudem werden die Ergebnisse aus zwei angrenzenden Leitlinien berichtet, deren Ergebnisse zunächst einer Orientierung dienen.

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Verhaltensbedingte Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung haben einen bis zu 12 Monate anhaltenden statistisch signifikanten Einfluss auf die Reduzierung des Körpergewichtes bzw. des BMI. Neben dem Körpergewicht zeigten sich ähnlich positive Effekte nach Studienende hinsichtlich der Lebensqualität und der Teilnehmerzufriedenheit. Die Empfehlungen der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit einer Schizophrenie richten sich auf kombinierte Angebote, die auf gesunde Ernährung und physische Aktivität zielen [36].

Die Autoren der Leitlinie „Management of Schizophrenia“ (2013) des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [209] stützen sich in ihrer Leitlinie bezüglich der Effektivität gesundheitsfördernder Interventionen auf die systematische Übersichtsarbeit von Álvarez-Jiménez et

al. (2008) [316] und empfehlen die Durchführung von gesundheitsfördernden Interventionen bei medikamentös induzierter Gewichtszunahme mit einer Empfehlungsstärke A [209].

Systematische Übersichtsarbeiten

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz lassen sich Hinweise ableiten, dass die untersuchten Interventionen bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen einen positiven Beitrag zur Reduzierung des Body Mass Indexes sowie zur allgemeinen Gewichtsabnahme leisten. Die häufig durch Medikamente (vor allem antipsychotische Medikation) und durch einen inaktiven Lebensstil geförderte Gewichtszunahme konnte in vielen Studien sowohl zum Ende des regulären Studienzeitraumes als auch für anschließende Follow-Up-Phasen reduziert werden [311–314, 316]. Parallel zeigte sich auch für die metabolischen Outcomes, wie beispielsweise den Cholesterin-, Triglyzerid- und den Blutzuckerspiegel, eine positive (senkende) Wirkung, wenngleich Follow-Up-Daten zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Veränderungen seltener vorhanden sind und entsprechend weitere Forschung notwendig ist [311–313]. Die Verbesserung der metabolischen Indikatoren hat vor allem klinische Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung von koronaren Gefäßerkrankungen. Es zeigte sich zudem eine Reduktion der depressiven Symptomatik [311].

Möglicherweise sind die Effekte stärker bei einer präventiven Ausrichtung der Interventionen [311, 314] und in einem ambulanten Setting gegenüber einem stationären Setting [313]. Allerdings sind die Befunde nicht konsistent (**Evidenzeben Ia**).

b) Evidenz aus Einzelstudien

Die STRIDE-Intervention ist ein multimodales Behandlungskonzept zur Förderung der Gewichtsreduzierung durch Ernährungsumstellungen, einer verringerten Kalorienzufuhr und körperlicher Aktivität. Im Hinblick auf das Körpergewicht nahmen die Teilnehmer der STRIDE-Intervention im Vergleich 4,4 Kilogramm (nach 6 Monaten) bzw. 2,6 Kilogramm (nach 12 Monaten) mehr ab als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Ähnliche Ergebnisse konnten für den BMI nachgewiesen werden [319]. Ein ebenfalls multimodaler Behandlungsansatz (Motivation, Ernährungsberatung und Sport) führte bei Patienten mit bipolarer Störung (insbesondere bei Frauen) zu einer Reduktion des BMI [320]. Im Rahmen der CAPICOR-Studie, deren Intervention einen sehr umfangreichen und mehrstufigen Ansatz vorsah, wurden keine positiven Effekte messbar [318] (**Evidenzebene 1b**).

6.6.3 Kosteneffektivität

Im Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit von Verhaeghe et al. (2011) zur Bewertung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität sowie zur Veränderung von Ernährungsgewohnheiten bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen konnten keine Studien mit gesundheitsökonomischen Daten identifiziert werden [317].

6.6.4 Von der Evidenz zur Empfehlung

(Krankheitsbedingte) motivationale Aspekte sowie Aspekte von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement spielen neben zahlreichen anderen **Barrieren bei der Umsetzung** von Interventionen, die auf eine Änderung des Verhaltens abzielen, eine wichtige Rolle [321]. Insbesondere im Bereich von Bewegung und Sport liegen zahlreiche **motivationale Ansätze** vor; diese wurden auch in einigen Studien untersucht. Häufige Techniken sind Zielvereinbarungen sowie Ansätze der motivierenden Gesprächsführung. Evidenz zu deren Wirksamkeit liegt jedoch bisher kaum vor [310].

Soundy und Kollegen untersuchten mit Hilfe eines Meta-Ethnografischen Ansatzes die Erfahrungen von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis hinsichtlich körperlicher Aktivität. Berücksichtigt wurden die Erfahrungen der Nutzer (N=108) sowie deren Behandler (N=65). Wie die Befunde dieser qualitativen Metastudie zeigen, verknüpfen die Betroffenen mit erfolgreicher physischer Aktivität nicht nur unmittelbare Verbesserungen wie beispielsweise Gewichtsreduktion und ein besseres Körpergefühl, sondern auch darüber hinausreichende positive Effekte auf andere Lebensbereiche, wie z. B. Eigeninitiative, Autonomie, Selbstbewusstsein oder Tagesstruktur. Neben Barrieren auf der individuellen und Umweltebene werden auch förderliche Bedingungen aufgezeigt. Hierbei kommen der sozialen Unterstützung durch Peers und professionelle Unterstützer sowie Gruppenfaktoren (soziale Kontakte, Modelllernen, Motivation) eine große Bedeutung zu [322].

Empfehlung 33 (NEU)

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (März/April 2017)

Ergänzende Hinweise (NEU)

Multimodale gesundheitsfördernde Interventionen sollen immer die (krankheitsbedingten) motivationalen Faktoren der Betroffenen und im Hinblick auf eine Erweiterung der Adhärenz die individuellen Bedarfe, Erfahrungen und Präferenzen berücksichtigen.

Bei der psychopharmakologischen Behandlung sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der psychopharmakologischen Behandlung hinsichtlich Präparat und Dosierung überprüft werden.

Die Notwendigkeit einer effizienten Schnittstellengestaltung zwischen Hausarzt und fachspezifischer Behandlung wird ganz besonders im Bereich der Prävention und Behandlung somatischer Komorbidität bei schweren psychischen Erkrankungen deutlich.

Erforderlich ist in diesem Zusammenhang ein regelmäßiges Monitoring, in dessen Rahmen Gewicht, gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren und metabolische Indikatoren gemessen und dokumentiert werden. Zentrale Parameter werden im Folgenden aufgelistet:

- Gewicht, Taillenumfang, BMI
- Blutdruck
- Blutzuckerspiegel
- Ermittlung des kardiovaskulären Risikos inkl. notwendiger Laborparameter
- Medikamentenspezifische Laborkontrollen
- Ohne Hinweise auf mögliche spezifische organbezogene Pathologien der Grunderkrankung (wie bei Essstörungen, Sucht, etc.) oder abzuklärende Differentialdiagnose kann auf weitere Untersuchungen von Laborparametern ohne klinische Verdachtsdiagnose verzichtet werden. Ansonsten richtet sich die weitere Diagnostik nach der klinischen Verdachtsdiagnose.
- Dentalstatus
- Erfragen von gesundheitsbeeinflussenden Lebensstilfaktoren: Ernährung, Ausmaß körperlicher und sportlicher Aktivität, Umgang mit schädigenden Substanzen (Tabak, Alkohol, andere Substanzen)

Literatur

- 1 AGJ. Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Im Internet: [https://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20\(2\).pdf](https://www.agj.de/pdf/5/Kinder_psychisch_kranker_Eltern%20(2).pdf); Stand: 07.12.2017
- 2 Schrank B, Amering M. „Recovery“ in der Psychiatrie. *Neuropsychiatrie* 2007; 21 (1): 45–50
- 3 Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199 (6): 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- 4 Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014; 13: 12–20
- 5 Slade M. 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. Im Internet: [http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20\(2\).pdf](http://www.pflege-in-der-psychiatrie.eu/files/recovery/100Wege_0813%20(2).pdf); Stand: 22.05.2018
- 6 Zuaboni G, Abderhalden C, Schulz M, Winter A. Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD); 2012
- 7 Perkins R, Rinaldi M. Das Leben wieder in den Griff bekommen. Ein Handbuch zur Planung deiner eigenen Recovery. 2. Aufl. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern Abteilung Forschung Entwicklung Pflege und Pädagogik; 2010
- 8 Barker PJ, Buchanan-Barker P. Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Programmbereich Pflege. Bern: Verlag Hans Huber; 2013
- 9 Linden M, Baudisch F, Popien C et al. Das ökologisch-therapeutische Milieu in der stationären Behandlung. *PPmP* 2006; 56 (09/10): 390–396. doi:10.1055/s-2006-940012
- 10 Haigh R. Therapeutic communities enter the world of evidence-based practice. *Br J Psychiatry* 2017; 210 (5): 313–314. doi:10.1192/bjp.bp.116.193326
- 11 Loh A, Simon D, Kriston L et al. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Dtsch Arztebl* 2007 (21): 53–81
- 12 Bieber C, Gschwendtner K, Müller N et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2016; 66 (5): 195–207. doi:10.1055/s-0042-105277
- 13 Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (1): CD007297. doi:10.1002/14651858.CD007297.pub2.
- 14 Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014; 94 (3): 291–309. doi:10.1016/j.pec.2013.10.031
- 15 Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns* 2006; 61 (3): 319–341. doi:10.1016/j.pec.2005.08.002
- 16 Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *Br J Psychiatry* 2013; 203 (2): 146–151. doi:10.1192/bjp.bp.112.122978
- 17 Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125 (6): 440–452. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x

- 18 Rüschi N, Abbruzzese E, Hagedorn E et al. Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: pilot randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2014; 204: 391–397. doi:10.1192/bjp.bp.113.135772
- 19 Borgetto B. Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Huber; 2004
- 20 Scheidhauer H. Entwicklung eines Selbstmanagement-Trainingsprogramms für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen [Dissertation]. Freiburg: Pädagogische Hochschule Freiburg; 2005
- 21 Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006; 32 Suppl 1: 43. doi:10.1093/schbul/sbl022
- 22 Levitt AJ, Mueser KT, DeGenova J et al. Randomized Controlled Trial of Illness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1629–1636
- 23 Färdig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (6): 606–612. doi:10.1176/ps.62.6.pss6206_0606
- 24 Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric Serv* 2007; 58 (11): 1461–1466. doi:10.1176/ps.2007.58.11.1461
- 25 McGuire AB, Kukla M, Green A et al. Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatric Serv* 2014; 65 (2): 171–179. doi:10.1176/appi.ps.201200274
- 26 Fanner D, Urquhart C. Bibliotherapy for mental health service users Part 1: a systematic review. *Health Info Libr J* 2008; 25 (4): 237–252. doi:10.1111/j.1471-1842.2008.00821.x
- 27 Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C et al. Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt* 2016; 87 (11): 1185–1193. doi:10.1007/s00115-016-0217-7
- 28 Stein J, Röhr S, Luck T et al. Indikationen und Evidenz von international entwickelten Online-Coaches zur Intervention bei psychischen Erkrankungen – ein Meta-Review. *Psychiatr Prax* 2018; 45 (1): 7–15. doi:10.1055/s-0043-117050
- 29 Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018; 55: 70–78. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.001
- 30 Sander L, Ebert DD, Baumeister H. Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2017; 85 (1): 48–58. doi:10.1055/s-0042-123540
- 31 Karyotaki E, Kemmeren L, Riper H et al. Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychol Med* 2018; 1–11. doi:10.1017/S0033291718000648
- 32 Alvarez-Jimenez M, Alcazar-Corcoles MA, González-Blanch C et al. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. *Schizophr Res* 2014; 156 (1): 96–106. doi:10.1016/j.schres.2014.03.021
- 33 Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M et al. Internet-based psychological interventions for bipolar disorder: Review of the present and insights into the future. *J Affect Disord* 2015; 188: 1–13. doi:10.1016/j.jad.2015.08.005
- 34 Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016

- 35 Davidson L, Chinman M, Kloos B et al. Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999; 6 (2): 165–187. doi:10.1093/clipsy.6.2.165
- 36 NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management - Updated edition 2014 [National Clinical Guideline Number 178]. Im Internet: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>
- 37 Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev* 2013
- 38 Fuhr DC, Salisbury TT, Silva MJ de et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 1691–1702
- 39 Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 2014; 14 (39). doi:10.1186/1471-244X-14-39
- 40 Chien WT, Thompson. An RCT With Three-Year Follow-Up of Peer Support Groups for Chinese Families of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2013; 64: 997–1005
- 41 Chien WT, Chan SWC. The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies* 2013; 50: 1326–1340
- 42 Morriss R, Lobban F, Riste L et al. Clinical effectiveness and acceptability of structured group psychoeducation versus optimised unstructured peer support for patients with remitted bipolar disorder (PARADES): a pragmatic, multicentre, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2016; 3 (11): 1029–1038
- 43 Salzer MS, Rogers J, Salandra N et al. Effectiveness of Peer-Delivered Center for Independent Living Supports for Individuals With Psychiatric Disabilities: A Randomized, Controlled Trial. *Psychiatr Rehabil J* 2016; 39 (3): 239–247
- 44 Kelly E, Duan L, Cohen H et al. Integrating behavioral healthcare for individuals with serious mental illness: A randomized controlled trial of a peer health navigator intervention. *Schizophrenia Res* 2017; 182: 135–141
- 45 Mahlke CI, Priebe S, Heumann K et al. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. *European Psychiatry* 2017; 42: 103–110
- 46 O'Connell MJ, Flanagan EH, Delphin-Rittmon ME et al. Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. *J Ment Health* 2017; 10: 1–6. doi:10.1080/09638237.2017.1294733
- 47 Vandewalle J, Debysse B, Beeckman D et al. Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2016; 60: 234–250
- 48 Delespaul P. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427–438
- 49 Lambert M, Schöttle D, Sengutta M et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders. Rationales and design of the Integrated Care in Early Psychosis Study (ACCESS III). *Early Interv Psychiatry* 2018; 12 (1): 96–106. doi:10.1111/eip.12361
- 50 Vieta E, Salagre E, Grande I et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry* 2018. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17090972

- 51 Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry* 2015; 30: 388–404
- 52 van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophr Res* 2013; 149 (1-3): 56–62
- 53 McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. Headspace: Australia’s National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Med J Aust* 2007; 187: 68–70
- 54 McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* 2013; 54: 35
- 55 Iyer SN, Boksa P, Lal S et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Ir J Psychol Med* 2015 (32): 51–60
- 56 Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010; 197 (5): 350–356
- 57 Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE et al. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophr Bull* 2011; 37: 619–630
- 58 Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 2017; 16 (3): 251–265
- 59 Correll CU, Galling B, Pawar A et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry* 2018; 75 (6): 555–565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623
- 60 Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM et al. Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Res* 2011; 189 (3): 344–348
- 61 Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of Individual Placement and Support Supported Employment for Young Adults. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10 (4): 300–307
- 62 Kane JM, Robinson DG, Schooler NR et al. Comprehensive versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry* 2016; 173 (4): 362–372
- 63 Lester H, Birchwood M, Bryan S et al. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: Case study. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 446–450
- 64 Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry* 2012; 200 (1): 22–29
- 65 Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136 (2): 188–200. doi:10.1111/acps.12762
- 66 Häfner H, Bechdolf A, Klosterkötter J, et al. *Psychosen – Früherkennung und Frühintervention*. Stuttgart: Schattauer; 2012
- 67 Bechdolf A, Pützfeld V, Güttgemanns J, Gross S. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko: Ein Behandlungsmanual*. Bern: Huber; 2010
- 68 Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- 69 Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 (3): CD000270. doi:10.1002/14651858.CD000270.pub2

- 70 Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV et al. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 49–54
- 71 Burns T, Knapp M, Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technol Assess* 2001; 5 (15): 1–139
- 72 Paton F, Wright K, Ayre N et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess* 2016; 20 (3): 1–162
- 73 Murphy SM, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015 (12). doi:10.1002/14651858.CD001087.pub5.
- 74 Stulz N, Wyder L, Maeck L et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2019: 1–8. doi:10.1192/bjp.2019.31
- 75 Johnson S, Nolan F, Pilling S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005; 331 (7517): 599. doi:10.1136/bmj.38519.678148.8F
- 76 McCrone P, Johnson S, Nolan F et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18 (1): 54–58
- 77 Winness MG, Borg M, Kim. HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health* 2010; 19 (1): 75–87
- 78 Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 427
- 79 Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry* 2015; 14 (2): 240–242
- 80 van Veldhuizen JR, Bähler M. Manual flexible assertive community treatment. The Netherlands: FACT manual. Groningen; 2013
- 81 Dieterich M, Irving CB, Park B et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (10): CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub2
- 82 Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2012; 8: 144–151
- 83 Ito J, Oshima I, Nishio M et al. The effect of Assertive Community Treatment in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123 (5): 398–401
- 84 Dieterich M, Irving CB, Bergman H et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; Issue 1. Art. No.: CD007906. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3.
- 85 Killaspy H, Bebbington P, Blizard R et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ* 2006; 332 (7545): 815–820. doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C
- 86 Killaspy H, Kingett S, Bebbington P et al. Randomised evaluation of assertive community treatment: 3-year outcomes. *Br J Psychiatry* 2009; 195 (1): 81–82. doi:10.1192/bjp.bp.108.059303
- 87 Killaspy H, Mas-Expósito L, Marston L et al. Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 296

- 88 McCrone P, Killaspy H, Bebbington P et al. The REACT study: cost-effectiveness analysis of assertive community treatment in north London. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (7): 908–913
- 89 Längle G. Neue Modelle der Vernetzung. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V, Hrsg. *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie*. Bonn: Psychiatrie-Verl.; 2009: 205–212
- 90 McGrew JH, Bond GR, Dietzen L et al. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62 (4): 670–678
- 91 Bond G, Drake RE, Mueser KT et al. Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Dis Manage Health Outcomes* 2001; 9 (3): 141–159
- 92 Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2011; 17 (1): 17–29
- 93 Wholey, Zhu X, Knoke D et al. The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. *Psychiatr Serv* 2012; 63 (11): 1108–1117
- 94 Tsoi W-SE, Tse S, Fukui S et al. Study protocol for a controlled trial of Strengths Model Case Management in mental health services in Hong Kong. *BMJ Open* 2015; 5 (10): e008303. doi:10.1136/bmjopen-2015-008303
- 95 Ibrahim N, Michail M, Callaghan P. The strengths based approach as a service delivery model for severe mental illness: a meta-analysis of clinical trials. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 243. doi:10.1186/s12888-014-0243-6
- 96 Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012; 63 (7): 708–710. doi:10.1176/appi.ps.201100373
- 97 Burns T, Catty J, Dash M et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007; 335 (7615): 336. doi:10.1136/bmj.39251.599259.55
- 98 Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. *Psychiat Prax* 2013; 40: 414–424
- 99 Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M et al. Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 665–672
- 100 Salize HJ, Dillmann-Lange C, Kentner-Figura B et al. Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung – Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. *Nervenarzt* 2006; 77 (11): 1345–1354
- 101 Leff HS, Chow CM, Pepin R et al. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60 (4): 473–482
- 102 Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment approach. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39 (1): 40–45
- 103 Dickey B, Gonzalez O, Latimer E et al. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (2): 152–158
- 104 Schutt RK, Goldfinger SM, Penk WE. Satisfaction with residence and with life: When homeless mentally ill persons are housed. *Evaluation and Program Planning* 1997; 20 (2): 185–194. doi:10.1016/S0149-7189(96)00049-3
- 105 Seidman LJ, Schutt RK, Caplan B et al. The effect of housing interventions on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (6): 905–908

- 106 Dickey B, Latimer E, Powers K et al. Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. *J Ment Health Adm* 1997; 24 (3): 291–305
- 107 Schutt RK, Seidman LJ, Caplan B et al. The role of neurocognition and social context in predicting community functioning among formerly homeless seriously mentally ill persons. *Schizophr Bull* 2007; 33 (6): 1388–1396
- 108 Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS et al. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (5): 674–679
- 109 Hurlburt MS, Hough RL, Wood PA. Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally ill persons in supported housing. *Psychiatr Serv* 1996; 47 (7): 731–736
- 110 Shern DL, Felton CJ, Hough RL. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney Program. *Psychiatric Services* 1997; 48 (2): 239–241
- 111 Schutt RK, Hough RL, Goldfinger SM et al. Lessening Homelessness Among Persons with Mental Illness: A Comparison of Five Randomized Treatment Trials. *Asian J Psychiatr* 2009; 2 (3): 100–102
- 112 Gulcur L, Stefancic A, Shinn M et al. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and Housing First programmes. *J Community Appl Soc Psychol* 2003; 13: 171–186
- 113 Gulcur L, Tsemberis S, Stefancic A et al. Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Ment Health J* 2007; 43 (3): 211–228
- 114 Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health* 2004; 94 (4): 651–656
- 115 Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G et al. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *Am J Community Psychol* 2005; 36 (3/4): 223–238
- 116 Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S. Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Res Soc Work Pract* 2006; 16 (1): 74–83
- 117 Stefancic A, Tsemberis S. Housing First for long-term shelter-dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: A four-year study of housing access and retention. *J Prim Prev* 2007; 28: 265–279
- 118 McHugo GJ, Bebout RR, Harris M et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2004; 30 (4): 969–982
- 119 Veldhuizen S, Adair CE, Methot C et al. Patterns and predictors of attrition in a trial of a housing intervention for homeless people with mental illness. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2015; 50: 195–202
- 120 Aubry T, Goering P, Veldhuizen S et al. A multiple-City RCT of Housing First with Assertive Community Treatment for homeless Canadians with severe mental illness. *Psychiatric Serv* 2016; 67 (3): 275–281
- 121 Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A et al. Effect of Scattered-Site Housing Using Rent Supplements and Intensive Case Management on Housing Stability Among Homeless Adults With Mental Illness. A Randomized Trial. *JAMA* 2015; 313 (9): 905–915
- 122 Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A et al. Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48 (8): 1245–1259

- 123 Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V et al. Effectiveness of Housing First with Intensive Case Management in an Ethnically Diverse Sample of Homeless Adults with Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2015; 10 (7)
- 124 Kirst M, Zerger S, Misir V et al. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug Alcohol Depend* 2015; 146: 24–29
- 125 Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A et al. Housing First Improves Residential Stability in Homeless Adults with concurrent substance dependence and mental disorders. *Am J Public Health* 2013; 103
- 126 Somers JM, Rezansoff SN, Moniruzzaman A et al. Housing First Reduces Re-offending among Formerly Homeless Adults with Mental Disorders: Results of a Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2013; 8 (9)
- 127 Woodhall-Melnik J, Misir V, Kaufman-Shriqui V et al. The Impact of a 24 Month Housing First Intervention on Participants' Body Mass Index and Waist Circumference: Results from the At Home / Chez Soi Toronto Site Randomized Controlled Trial. *PLoS One* 2015; 10 (9)
- 128 Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A et al. Vancouver At Home: pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. *Trials* 2013; 14: 365
- 129 Hwang SW, Stergiopoulos V, O'Campo P et al. Ending homelessness among people with mental illness: the At Home/Chez Soi randomized trial of a Housing First intervention in Toronto. *BMC Public Health* 2012; 12: 787
- 130 Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM. Community Participation and Belonging Among Formerly Homeless Adults with Mental Illness After 12 months of Housing First in Vancouver, British Columbia: A Randomized Controlled Trial. *Community Ment Health J* 2014; 50: 604–611
- 131 Hyde C, Bridges K, Goldberg D et al. The evaluation of a hostel. A controlled study using modified cost- benefit analysis. *British Journal of Psychiatry* 1987; 151: 805–812
- 132 Herman D, Conover S, Gorroochurn P et al. A randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness in persons with severe mental illness following institutional discharge. *Psychiatr Serv* 2011; 62 (7): 713–719
- 133 Tomita A, Herman DB. The Impact of Critical Time Intervention in Reducing Psychiatric Re-Hospitalization Following Hospital Discharge. *Psychiatr Serv* 2012; 63 (9): 935–937
- 134 Tomita A, Herman DB. The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness following hospital discharge. *J Nerv Ment Dis* 2015; 203 (1): 65–70
- 135 Tomita A, Lukens EP, Herman DB. Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: Assessing the role of family relations in reducing psychiatric re-hospitalization. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37 (1): 4–10
- 136 Susser E, Valencia E, Conover S et al. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A “critical time” intervention after discharge from a shelter. *Am J Public Health* 1997; 87 (2): 256–262
- 137 Herman D, Opler L, Felix A et al. A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. *J Nerv Ment Dis* 2000; 188 (3): 135–140
- 138 Jones K, Colson PW, Holter MC et al. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (6): 884–890
- 139 Nelson G, Aubry T, Lafrance A. A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for

- persons with mental illness who have been homeless. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77 (3): 350–361
- 140 Benston EA. Housing Programs for Homeless Individuals With Mental Illness: Effects on Housing and Mental Health Outcomes. *Psychiatr Serv* 2015; 66 (8): 806–816
- 141 Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (11): 475–487
- 142 Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH et al. Permanent supportive housing: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 2014; 65 (3): 287–294
- 143 Tabol C, Drebing C, Rosenheck R. Studies of “supported” and “supportive” housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning* 2010; 33: 446–456
- 144 Siskind D, Harris M, Pirkis J et al. A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 875–894
- 145 Taylor TL, Killaspy H, Wright C et al. A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 55. doi:10.1186/1471-244X-9-55
- 146 Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R et al. Twenty-four hour care for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 (2): CD004409. doi:10.1002/14651858.CD004409.pub2
- 147 Mueser KT, Frances Deavers F, Penn DL et al. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2013; 9: 465–497
- 148 Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home-Chez soi Demonstration Project. *Can J Psychiatry* 2015; 60 (11): 467–474
- 149 Vet R de, van Luijtelaaar MJA, Brilleslijper-Kater SN et al. Effectiveness of Case Management for Homeless Persons: A Systematic Review. *Am J Public Health* 2013; 103: e13–e26
- 150 Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2017; 136 (3): 269–279. doi:10.1111/acps.12765
- 151 Gonzalez MT, Andvig E. Experiences of Tenants with Serious Mental Illness Regarding Housing Support and Contextual Issues: A Meta-Synthesis. *Issues Ment Health Nurs* 2015; 36 (12): 971–988
- 152 Richter D, Hoffmann H. Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Adm Policy Ment Health* 2017. doi:10.1007/s10488-017-0791-4
- 153 Richter D, Steinhart I, Hrsg. Wahlfreiheit beim Wohnen: Forschungsstand und praktische Erfahrungen. In: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag; 2016
- 154 Drake RE, Bond GR, Becker DR. IPS supported employment: An evidence-based approach to supported employment. New York: Oxford University Press; 2012
- 155 Doose S. Supported employment in Germany. *J Vocat Rehabil* 2012; 37: 195–202
- 156 Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A et al. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: State of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J* 2017; 40 (2): 197–206
- 157 Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 157–167

- 158 Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al. Long-Term Effectiveness of Supported Employment: 5-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2014; 171 (11): 1183–1190. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13070857
- 159 Burns T, White SJ, Catty J et al. Individual Placement and Support in Europa: the EQOLISE trial. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20 (6): 498–502
- 160 Crowther R, Marshall M, Bond G et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001 (2): CD003080. doi:10.1002/14651858.CD003080
- 161 Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191 (8): 515–523. doi:10.1097/01.nmd.0000082213.42509.69
- 162 Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31 (4): 280–290. doi:10.2975/31.4.2008.280.290
- 163 Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. *Schizophr Bull* 2011; 37 (2): 370–380. doi:10.1093/schbul/sbp066
- 164 Bond GR, Resnick SG, Drake RE et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001; 69 (3): 489–501
- 165 Ruesch P, Graf J, Meyer PC et al. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39 (9): 686–694. doi:10.1007/s00127-004-0812-y
- 166 Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (12): 624–631
- 167 Watzke S, Galvao A, Brieger P. Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany. A controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44 (7): 523–531. doi:10.1007/s00127-008-0466-2
- 168 Längle G, Bayer W, Köster M. Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. *Psychiatr Prax* 2006 (1): 34–41
- 169 Wiedl KH, Kemper K, Längle G et al. Arbeitstherapie bei schizophrenen Patienten: keine oder doch differenzielle Effekte? *Psychiatr Prax* 2006; 33 (8): 383–389. doi:10.1055/s-2005-915396
- 170 Reker T, Eikelmann B, Schonauer H et al. Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre. *Psychiat Prax* 1998; 25: 76–82
- 171 Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K et al. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (9). doi:10.1002/14651858.CD008297.pub2
- 172 Modini M, Tan L, Brinchmann B et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry* 2016: 1–9. doi:10.1192/bjp.bp.115.165092
- 173 Chan JYC, Hirai HW, Tsoi KKF. Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. *Journal of Psychiatric Research* 2015; 68: 293–300
- 174 Tsang HWH, Fung KMT, Leung AY et al. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2010; 44: 49–58

- 175 Waghorn G, Dias S, Gladman B et al. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal* 2014; 61: 424–436
- 176 Michon H, van Busschbach JT, Stant AD et al. Effectiveness of Individual Placement and Support for People With Severe Mental Illness in the Netherlands: A 30-Month Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37 (2): 129–136
- 177 Cook JA, Burke-Miller JK, Roessel E. Long-Term Effects of Evidence-Based Supported Employment on Earnings and on SSI and SSDI Participation Among Individuals With Psychiatric Disabilities. *Am J Psychiatry* 2016; 173 (10): 1007–1014
- 178 Viering S, Jäger M, Bärtsch B et al. Supported employment for the reintegration of disability pensioners with mental illnesses: a randomized controlled trial. *Front. Public Health* 2015; 3: 327
- 179 Au DW, Tsang HW, So WW et al. Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr Res* 2015; pii: S0920–9964(15)00270–4
- 180 McGurk SR, Mueser KT, Xie H et al. Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2015; 172 (9): 852–861
- 181 McGurk SR, Mueser KT, Xie H et al. Cognitive remediation for vocational rehabilitation nonresponders. *Schizophr Res* 2016; 175: 48–56
- 182 Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2011; 126: 265–269
- 183 Smith MJ, Ginger EJ, Wright M et al. Virtual Reality Job Interview Training for Individuals with Psychiatric Disabilities. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202 (9): 659–667
- 184 Tsang MMY, Man DWK. A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation. *Schizophr Res* 2013; 144: 51–62
- 185 Smith MJ, Fleming MF, Wright MA et al. Virtual reality job interview training and 6-month employment outcomes for individuals with schizophrenia seeking employment. *Schizophr Res* 2015; 166 (1-3): 86–91
- 186 Bell MD, Choi KH, Dyer C et al. Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. *Psychiatr Serv* 2014; 65 (4): 469–475
- 187 Rollins AL, Bond GR, Am Jones et al. Workplace social networks and their relationship with job outcomes and other employment characteristics for people with severe mental illness. *J Vocat Rehabil* 2011; 35 (3): 243–252
- 188 Kukla M, Bond GR, Xie H. A Prospective Investigation of Work and Nonvocational Outcomes in Adults With Severe Mental Illness. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 214–222
- 189 Kilian R, Lauber C, Kalkan R et al. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 1381–1389
- 190 Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC et al. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017 (Issue 9. Art. No.: CD011867). doi:10.1002/14651858.CD011867.pub2
- 191 Jäckel D, Kupper Z, Glauser S et al. Select item 28142387 2. Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. *Psychiatr Serv* 2017; 68 (6): 603–609

- 192 Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C et al. Individual Placement and Support in Sweden - a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry* 2015; 69: 57–66
- 193 Oshima I, Sono T, Bond GR et al. A randomized controlled trial of Individual Placement and Support in Japan. *Psychiatr Rehabil J* 2014; 37: 137–143
- 194 Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. *Scand J Occup Ther* 2013; 20 (6): 420–428
- 195 Bond GR, Drake RE, Becker. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012; 11: 32–39
- 196 Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (10): 1948–1956. doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1948
- 197 Taylor AC, Bond GR. Employment specialist competencies as predictors of employment outcomes. *Community Ment Health J* 2014; 50 (1): 31–40
- 198 Glover CM, Frounfelker RL. Competencies of more and less successful employment specialists. *Community Ment Health J* 2013; 49: 311–316
- 199 McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005; 31 (4): 898–909. doi:10.1093/schbul/sbi037
- 200 McGurk SR, Mueser KT, Feldman K et al. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; 164 (3): 437–441. doi:10.1176/appi.ajp.164.3.437
- 201 Bell MD, Zito W, Greig T et al. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year followup. *Schizophr Res* 2008; 105 (1-3): 18–29
- 202 Gühne U, Weinmann S, Arnold K et al. Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen. Übersicht und Wirksamkeit nach Interventionstypen und Settingvariablen. *Psychiatr Prax* 2014; 41 (4): e1-e17. doi:10.1055/s-0033-1359873
- 203 Mueser KT, Aalto S, Becker et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Psychiatr Serv* 2005; 56: 1254–1260
- 204 Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12 (1): 60–68
- 205 Xia J, Merinder LB, Belgamwar. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 (Issue 6 Art. No.: CD002831). doi:10.1002/14651858.CD002831.pub2.
- 206 Vogt D, Messer M, Quenzel G et al. „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* 2016; 11 (1): 46–52
- 207 Bäuml J P-WG, Hrsg. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer; 2008
- 208 Amering M, Mikus M, Steffe S. Recovery in Austria: Mental health dialogue. *International Review of Psychiatry* 2012; 24 (1): 11–18
- 209 Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of schizophrenia. [SIGN publication no. 131]. Im Internet: <http://www.sign.ac.uk>
- 210 National Institute for Health and Care Excellence. The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. Updated edition. Im Internet: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/evidence/full-guideline-pdf-193212829>

- 211 Colom F, Vieta E. Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press, 2006
- 212 DGBS, DGPPN. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion 1.0. AWMF-Registernr.: 038-019. Im Internet: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/02c5331d181fbf33dfb4c774c6e6a23e80f358aa/S3_Leitlinie%20Bipolar_11052012_.pdf; Stand: 06.06.2018
- 213 Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel M. S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. AWMF-Registernr.: 051-028; 2014
- 214 Kordon A, Lotz-Rambaldi W, Muche-Borowski C, Hohagen F. S3-Leitlinie Zwangsstörungen. Im Auftrag der DGPPN. AWMF-Registernummer 038/017. Im Internet: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>; Stand: 26.01.2017
- 215 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2015). Im Internet: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>; Stand: 26.01.2017
- 216 Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27 (1): 73–92
- 217 Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32 (5): 763–782
- 218 Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007; 96 (1-3): 232–245. doi:10.1016/j.schres.2007.07.022
- 219 Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (12): CD000088. doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2
- 220 Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; Issue 3. Art. No.: CD009802. doi:10.1002/14651858.CD009802.pub2.
- 221 Zhao S, Sampson S, Xia J et al. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 (Issue 4. Art. No.: CD010823). doi:10.1002/14651858.CD010823.pub2.
- 222 Sin J, Jordan CD, Barley EA et al. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; Issue 5. Art. No.: CD010540. doi:10.1002/14651858.CD010540.pub2.
- 223 Bond K, Anderson I. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: A systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord* 2015; 17: 349–362. doi:10.1111/bdi.12287.
- 224 Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2016; 208: 213–222
- 225 Chatterton ML, Stockings E, Berk M et al. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2017; 210: 333–341
- 226 Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2015; 206: 268–274
- 227 Rabovsky K, Trombini M, Allemann D et al. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe mental psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262 (5): 431–440

- 228 Kolostoumpis K, Bergiannaki JD, Le Peppou et al. Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health* 2015; 44: 290–302
- 229 Bilderbeck AC, Atkinson LZ, McMahon HC et al. Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2016; 205: 245–251
- 230 Kallestad H, Wullum E, Scott J et al. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. *J Affect Disord* 2016; 202: 32–38
- 231 Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L et al. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2016; 200: 31–36
- 232 Souza MS de, da Silva RA, Molina MA et al. Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *International Journal of Social Psychiatry* 2016; 62 (4): 377–385
- 233 Shimazu K, Shimodera S, Mino Y et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2011; 198: 385–390
- 234 Morokuma I, Shimodera S, Fujita H et al. Psychoeducation for major depressive disorders: A randomised controlled trial. *Psychiatry Res* 2013; 210: 134–139
- 235 Aagaard J, Foldager L, Makki A et al. The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. *Nord J Psychiatry* 2017; 71 (3): 223–229
- 236 Stangier U, Hilling C, Heidenreich T et al. Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: A Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 624–632
- 237 Camacho EM, Ntais D, Jones S et al. Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder: Results from a multi-centre pragmatic randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2017; 211: 27–36
- 238 Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y et al. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: Results from a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 40
- 239 Berninger U, Pitschel-Walz G, Bäuml J. Psychoedukation unter multiprofessionellen Gesichtspunkten und Ausbildungsstandards. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Hennigsen, P.; Pitschel-Walz, G. (Hrsg). *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer; S. 26-38; 2016
- 240 Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76 (3): 491–504. doi:10.1037/0022-006X.76.3.491
- 241 Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002; 32 (5): 783–791
- 242 Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006; 32 Suppl 1: 80. doi:10.1093/schbul/sbl030
- 243 Roder V, Mueller DR, Mueser KT et al. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull* 2006; 32 Suppl 1: 93. doi:10.1093/schbul/sbl021
- 244 Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K et al. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophr Res* 2009; 107 (1): 47–54. doi:10.1016/j.schres.2008.09.006
- 245 Galderisi S, Piegari G, Mucci A et al. Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia: comparison with structured leisure activities. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260 (4): 305–315. doi:10.1007/s00406-009-0078-1

- 246 Xiang Y-T, Weng Y-Z, Li W-Y et al. Efficacy of the Community Re-Entry Module for patients with schizophrenia in Beijing, China: outcome at 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 49–56. doi:10.1192/bjp.bp.106.023697
- 247 Kern RS, Green MF, Mitchell S et al. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 513–519. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.513
- 248 Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61 (9): 866–876. doi:10.1001/archpsyc.61.9.866
- 249 Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA et al. Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35 (1): 222–232. doi:10.1093/schbul/sbm150
- 250 Glynn SM, Marder SR, Liberman RP et al. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (5): 829–837
- 251 Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V et al. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophr Bull* 2003; 29 (2): 211–227
- 252 Moriana JA, Alarcon E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2006; 57 (2): 260–262. doi:10.1176/appi.ps.57.2.260
- 253 Granholm E, McQuaid JR, McClure FS et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (3): 520–529. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.520
- 254 Granholm E, McQuaid JR, McClure FS et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 (5): 730–737
- 255 Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M et al. Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 (6): CD009006. doi:10.1002/14651858.CD009006.pub2
- 256 Hogarty GE, Greenwald DP, Eack SM. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatric Serv* 2006; 57 (12): 1751–1757. doi:10.1176/appi.ps.57.12.1751
- 257 Liberman RP, Glynn S, Blair KE et al. In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry* 2002; 65 (2): 137–155
- 258 Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 (2): CD000381. doi:10.1002/14651858.CD000381.pub2
- 259 Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R et al. The VADO approach in psychiatric rehabilitation: a randomized controlled trial. *Psychiatric Serv* 2006; 57 (12): 1778–1783. doi:10.1176/appi.ps.57.12.1778
- 260 Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 1: CD000381. doi:10.1002/14651858.CD000381.pub3
- 261 Stegemann T. Allgemeiner Teil. In: Stegemann, T., Hitzler, M. und Blothvogel, M. (Hrsg.). *Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen*. München: Reinhardt; 2012
- 262 Mössler K, Chen X, Heldal TO et al. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 (12). doi:10.1002/14651858.CD004025.pub3.

- 263 Maratos AS, Gold C, Wang X et al. Music therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 (1): CD004517. doi:10.1002/14651858.CD004517.pub2
- 264 Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 (1): CD005378. doi:10.1002/14651858.CD005378.pub2
- 265 Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 (4): CD003728. doi:10.1002/14651858.CD003728.pub2
- 266 Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (10). doi:10.1002/14651858.CD006868.pub3.
- 267 Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 (Issue 2. Art. No.: CD009895). doi:10.1002/14651858.CD009895.pub2
- 268 Grocke D, Bloch S, Castle D et al. Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130 (2): 144–153
- 269 Gold C, Mössler K, Grocke D et al. Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 2013; 82: 319–331
- 270 Yang C-Y, Chen C-H, Chu H et al. The Effect of Music Therapy on Hospitalized Psychiatric Patients' Anxiety, Finger Temperature, and Electroencephalography: A Randomized Clinical Trial. *Biological Research for Nursing* 2012; 14 (2): 197–206
- 271 Mohammadi AZ, Minhas LS, Haidari M et al. A Study of the Effects of Music Therapy on Negative and Positive Symptoms in Schizophrenic Patients. *German J Psychiatry* 2012; 15 (2): 56–62
- 272 Carr C, d'Ardenne P, Sloboda A et al. Group music therapy for patients with persistent post-traumatic stress disorder – an exploratory randomized controlled trial with mixed methods evaluation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2012; 85: 179–202
- 273 Lu S-F, Lo Kao C-H, Sung H-C et al. Effects of group music intervention on psychiatric symptoms and depression in patient with schizophrenia. *Complementary Therapies in Medicine* 2013; 21: 682–688
- 274 Montag C, Haase L, Seidel D et al. A pilot RCT of psychodynamic group art therapy for patients in acute psychotic episodes: feasibility, impact on symptoms and mentalising capacity. *PLoS One* 2014; 9 (11). doi:10.1371/journal.pone.0112348.
- 275 Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR et al. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: multicentre pragmatic randomised trial. *BMJ* 2012; 344 (28): e846
- 276 Leurent B, Killaspy H, Osborn DP et al. Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49 (11): 1703–1710
- 277 Röhricht F, Papadopoulos N, Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *J Affect Disord* 2013; 151: 85–91
- 278 Priebe S, Savill M, Wykes T et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Health Technol Assess* 2016; 20 (11)
- 279 Martin LAL, Koch SC, Hirjak D et al. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia —A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Front Psychol* 2016; 7: 483
- 280 Lee H-J, Jang S-H, Lee S-Y et al. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. *The Arts in Psychotherapy* 2015; 45: 64–68

- 281 Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Bd. 112. Darmstadt: Steinkopff; 2006
- 282 Tanaka C, Yotsumoto K, Tatsumi E et al. Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. *Clin Rehabil* 2014; 28 (8): 740–747. doi:10.1177/0269215514521440
- 283 Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. In: Reuster, T; Bach, O (Hrsg.): *Ergotherapie und Psychiatrie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 41-68; 2002
- 284 Buchain PC, Vizzotto ADB, Henna Neto J et al. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2003; 25 (1): 26–30
- 285 Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2009; 23 (1): 40–52. doi:10.1177/0269215508098898
- 286 Duncombe LW. Comparing learning of cooking in home and clinic for people with schizophrenia. *Am J Occup Ther* 2004; 58 (3): 272–278
- 287 Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci* 2013; 10 (1): 136–141. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x
- 288 Höhl W, Moll S, Pfeiffer A. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30 (4): 300–305. doi:10.1097/YCO.0000000000000339
- 289 Röhrich F. Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 2009; 4 (2): 135–156. doi:10.1080/17432970902857263
- 290 Gorczyński P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010 (5): CD004412. doi:10.1002/14651858.CD004412.pub2
- 291 Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A et al. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 117
- 292 Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C et al. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (9): 964–974
- 293 Cramer H, Lauche R, Klose P et al. Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2013; 13:32. doi:10.1186/1471-244X-13-32
- 294 Malchow B, Reich-Erkelenz D, Oertel-Knöchel V et al. The effects of physical exercise in schizophrenia and affective disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 263 (6): 451–467
- 295 Danielsson L, Am Noras, Waern M et al. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. *Physiother Theory Pract* 2013; 29 (8): 573–585
- 296 Bartley CA, Hay M, Bloch MH. Meta-analysis: aerobic exercise for the treatment of anxiety disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013; 45: 34–39
- 297 Röhrich F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2006; 36: 669–678
- 298 Maurer-Groeli YA. Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten. *Arch F Psychiatr U Z Neur* 1976; 221 (3): 259–271. doi:10.1007/BF00418484
- 299 Hátlová B, Basny sen Z. Kinesiotherapy – therapy using two different types of exercises in curing schizophrenic patients. In: *International Society of Comparative physical Education and Sport*,

- ed. Physical Activity for Life: East and West, South and North. Proceedings of the 9th Biennial Conference. Aachen: Meyer & Meyer; 1995: 426–429
- 300 Pajonk F-G, Wobrock T, Gruber O et al. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67 (2): 133–143. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.193
- 301 Ho RT, Au Yeung FS, Lo PH et al. Tai-Chi for Residential Patients with Schizophrenia on Movement Coordination, Negative Symptoms, and Functioning: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012; 2012:923925. doi:10.1155/2012/923925
- 302 Ho RTH, Fong TCT, Wan AHY et al. A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2016; 171: 42–49
- 303 Oertel-Knöchel V, Mehler P, Thiel C et al. Effects of aerobic exercise on cognitive performance and individual psychopathology in depressive and schizophrenia patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 264 (7): 589–604
- 304 Sailer P, Wieber F, Pröpster K et al. A brief intervention to improve exercising in patients with schizophrenia: a controlled pilot study with mental contrasting and implementation intentions (MCII). *BMC Psychiatry* 2015; 15:211. doi:10.1186/s12888-015-0513
- 305 Greist JH, Klein MH, Eischens RR et al. Running as treatment for depression. *Compr Psychiatry* 1979; 20 (1): 41–54
- 306 Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on depression: A controlled study. *BMJ* 1985; 291 (6488): 109. doi:10.1136/bmj.291.6488.109
- 307 Pinchasov BB, Shurgaja AM, Grischin OV et al. Mood and energy regulation in seasonal and non-seasonal depression before and after midday treatment with physical exercise or bright light. *Psychiatry Res* 2000; 94 (1): 29–42
- 308 Knubben K, Reischies FM, Adli M et al. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med* 2007; 41 (1): 29–33. doi:10.1136/bjism.2006.030130
- 309 Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Borowsky C et al. Exercise and severe depression: preliminary results of an add-on study. *J Affect Disord* 2011; 133 (3): 615–618
- 310 Farholm A, Sorensen M. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. *Int J Ment Health Nursing* 2016; 25: 194–205
- 311 Bruins J, Jorg F, Bruggeman R. The Effects of Lifestyle Interventions on (Long-Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta-Analysis. *PLoS One* 2014; 9 (12): e112276
- 312 Fernández-San-Martín MI, Martín-López LM, Masa-Font R et al. The effectiveness of lifestyle interventions to reduce cardiovascular risk in patients with severe mental disorders: meta-analysis of intervention studies. *Community Ment Health J* 2014; 50 (1): 81–95
- 313 Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of non-pharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 2012; 140 (1-3): 159–168
- 314 Bonfioli E, Berti L, Goss C et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 2012; 12: 78
- 315 Faulkner G, Soundy AA, Lloyd K. Schizophrenia and weight management: A systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108 (5): 324–332

- 316 Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C et al. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008; 193 (2): 101–107
- 317 Verhaeghe N, Maeseneer J de, Maes L et al. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011; 11 (8): 28
- 318 Masa-Font R, Fernández-San-Martín MI, Martín López LM et al. The effectiveness of a program of physical activity and diet to modify cardiovascular risk factors in patients with severe mental illness after 3-month follow-up: CAPICOR randomized clinical trial. *Eur Psychiatry* 2015; 30 (8): 1028–1036
- 319 Green CA, Yarborough BJ, Leo MC et al. The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: a randomized trial. *Am J Psychiatry* 2015; 172 (1): 71–81
- 320 Gillhoff K, Gaab J, Emini L et al. Effects of a multimodal lifestyle intervention on body mass index in patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2010; 12 (5). doi:10.4088/PCC.09m00906yel.
- 321 Hert M de, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011; 10 (2): 138–151
- 322 Soundy A, Freeman P, Stubbs B et al. The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: A systematic review and meta-ethnography. *Psychiatry Res* 2014; 220: 11–19

Erstveröffentlichung: 11/2012

Überarbeitung von: 10/2018

Nächste Überprüfung geplant: 10/2023

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online