S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (AWMF-Registernummer 038 - 020)

Haupteditor

Uta Gühne, Stefan Weinmann, Thomas Becker, Steffi G. Riedel-Heller

1.0 published on 23.07.2026

dgppn

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Ziel der vorliegenden evidenz- und konsensbasierten 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.

Kontakt

https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020

Inhalt

Zusammenfassung der Empfehlungen ... 7
Herausgebende und beteiligte Fachgesellschaften ... 22
Besondere Hinweise ... 22
Vorwort zur dritten Auflage ... 22
Neuerungen der dritten Auflage ... 22
1. Geltungsbereich und Zweck ... 32
1.1 Zielsetzung und Fragestellung ... 32
1.2 Adressaten und Adressatinnen ... 33
1.3 Patientenzielgruppe ... 33
2. Zusammensetzung und Organisation des Leitliniengremiums ... 37
2.1 Steuergruppe ... 37
2.2 Konsensgruppe ... 37
2.3 Expertengruppe ... 40
2.4 AG Impuls ... 41
3. Methoden der Leitlinie ... 42
3.1 Methodische Grundlagen ... 42
3.1.1 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz ... 42
3.1.2 Kritische Bewertung der Evidenz und Empfehlungsgraduierung ... 42
3.1.3 Strukturierte Konsensfindung und Feststellung der Konsensstärke ... 43
3.2 Methodenkritische Aspekte ... 43
4. Redaktionelle Unabhängigkeit ... 46
4.1 Finanzierung der Leitlinie ... 46
4.2 Darlegung von Interessenkonflikten ... 46
5. Formale Aspekte der Leitlinienaktualisierung ... 48
5.1 Konsultationsphase und Verabschiedung ... 48
5.2 Gültigkeitsdauer der Leitlinie und Aktualisierungsverfahren ... 48
5.3 Fassungen der Leitlinie ... 48
6. Die besondere Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen ... 49
6.1 Lebens- und Versorgungslagen der Betroffenen ... 49
6.1.1 Soziale und kulturelle Teilhabe ... 49
6.1.2 Teilhabe an Arbeit ... 51
6.1.3 Körperliche Gesundheit ... 53
6.1.4 Versorgungslagen ... 54
6.1.5 Gesundheitskompetenz und Stigmaerleben ... 56
6.2 Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen ... 58
7. Recovery als Behandlungsziel ... 61

7.1 Recovery: Einleitung ... 61
7.2 Recovery: Konzeptionelle Aspekte und Schlüsselfaktoren ... 61
7.3 Recovery: Implikationen für Behandlung und Rehabilitation ... 63
7.4 Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung ... 66

8. Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen ... 68
8.1 Überblick über Formen von Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen ... 68
8.2 Selbsthilfegruppen als Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe ... 69
8.3 Evidenzkapitel: Selbsthilfe und Selbstmanagement-stärkende Ansätze ... 70
8.4 Evidenzkapitel: Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe ... 79
8.4.1 Ratgeber und Gesundheitsinformationen ... 79
8.4.2 Digital-gestützte und mediale Ansätze ... 80

8.5 Trialogische Ansätze ... 86

9. Bereich Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination ... 88
9.1 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung ... 88
9.2 Evidenzkapitel: Frühintervention ... 90
9.2.1 Frühinterventionsstrategien ... 90

9.3 Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze ... 123
9.3.1 Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams ... 125
9.3.2 Akutbehandlung im häuslichen Umfeld ... 129
9.3.3 Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung ... 140

9.4 Evidenzkapitel: Case Management ... 153
9.5 Evidenzkapitel: Psychoedukation ... 159
9.6 Evidenzkapitel: Peer Support – Experten aus Erfahrung ... 178

10. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung sozialer und kultureller Teilhabe ... 191
10.1 Evidenzkapitel: Unterstütztes Wohnen ... 191
10.2 Evidenzkapitel: Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten ... 206
10.3 Evidenzkapitel: Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen sowie sozial-kognitiven Fertigkeiten ... 229
10.4 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien ... 246
10.5 Evidenzkapitel: Spezifische ergotherapeutische Interventionen ... 258

11. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von Teilhabe an Bildung und Arbeit ... 278
12. Bereich Gesundheit und Wohlergehen ... 297
12.1 Evidenzkapitel: Gesundheitsfördernde Interventionen ... 297
12.2 Evidenzkapitel Bewegungs- und Sportinterventionen ... 314

13. Matrix des deutschen Versorgungssystems: Wie lassen sich die Empfehlungen der Leitlinie leistungsrechtlich umsetzen? ... 337
13.1 Historischer Hintergrund ... 337
13.2 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen ... 340
13.3 Niedrigschwellige Angebote ... 347
13.4 Leistungen der ambulanten, stationsäquivalenten, teilstationären und stationären Krankenbehandlung ... 349
13.5 Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation ... 354

13.6 Leistungen der Eingliederungshilfe 360
13.7 Vernetzung und Kooperation 366

14. Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern 369
14.1 Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen 369
14.2 Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung 374
14.3 Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter 380
14.4 Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie 386
14.5 Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug 396
14.6 Pandemic Preparedness: Was wir aus der COVID-19-Pandemie für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lernen 399

15. Leitlinienimplementierung, Qualitätsindikatoren und Desiderate 403
15.1 Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung 403
15.2 Qualitätsindikatoren 404
15.3 Desiderate für die Forschung 405

Referenzen 410

Zusammenfassung der Empfehlungen

Herausgebende und beteiligte Fachgesellschaften

Besondere Hinweise

Vorwort zur dritten Auflage

Neuerungen der dritten Auflage

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

1.2 Adressaten und Adressatinnen

1.3 Patientenzielgruppe

2. Zusammensetzung und Organisation des Leitliniengremiums

2.1 Steuergruppe

2.2 Konsensgruppe

2.3 Expertengruppe

2.4 AG Impuls

3. Methoden der Leitlinie

3.1 Methodische Grundlagen

3.1.1 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

3.1.2 Kritische Bewertung der Evidenz und Empfehlungsgraduierung

3.1.3 Strukturierte Konsensfindung und Feststellung der Konsensstärke

3.2 Methodenkritische Aspekte

4. Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1 Finanzierung der Leitlinie

4.2 Darlegung von Interessenkonflikten

5. Formale Aspekte der Leitlinienaktualisierung

5.1 Konsultationsphase und Verabschiedung

5.2 Gültigkeitsdauer der Leitlinie und Aktualisierungsverfahren

5.3 Fassungen der Leitlinie

6. Die besondere Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen

6.1 Lebens- und Versorgungslagen der Betroffenen

6.1.1 Soziale und kulturelle Teilhabe

6.1.2 Teilhabe an Arbeit

6.1.3 Körperliche Gesundheit

6.1.4 Versorgungslagen

6.1.5 Gesundheitskompetenz und Stigmaerleben

6.2 Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen

7. Recovery als Behandlungsziel

7.1 Recovery: Einleitung

7.2 Recovery: Konzeptionelle Aspekte und Schlüsselfaktoren

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 1 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Empowerment“**
Empfehlungsgrad EK	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichem Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/Empowerment).
Konsensstärke	**Starker Konsens**

7.3 Recovery: Implikationen für Behandlung und Rehabilitation

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 2 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Recovery“**
Empfehlungsgrad EK	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

7.4 Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung

8. Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

8.1 Überblick über Formen von Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

Information

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 besseren Verständnis und dem Umgang mit der Erkrankung (Statement von 2012).

8.2 Selbsthilfegruppen als Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 3 **Geprüft und redaktionell bearbeitet**	**Konsensbasierte Empfehlung „Selbsthilfe“**
Empfehlungsgrad **EK**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

8.3 Evidenzkapitel: Selbsthilfe und Selbstmanagement-stärkende Ansätze

Schwach

Empfehlung 4 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Selbstmanagement**
Empfehlungsgrad **B**	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess durch spezifische Ansätze gezielt unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

8.4 Evidenzkapitel: Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe

8.4.1 Ratgeber und Gesundheitsinformationen

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 5 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Manualisierte Selbsthilfe“**

Empfehlungsgrad **EK**	Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Information

Der Hinweis an Menschen mit psychischer Erkrankung 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. (Statement von 2012).

8.4.2 Digital-gestützte und mediale Ansätze

Empfehlung 6 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Digital gestützte Interventionen**
Empfehlungsgrad **0**	Wissenschaftlich evaluierte **digital-gestützte Interventionen** für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung können phasenabhängig und therapeutisch begleitet zur Anwendung kommen.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

8.5 Trialogische Ansätze

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 7 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Trialog“**
Empfehlungsgrad **EK**	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen kann eine Voraussetzung für eine Kooperation aller Beteiligten sein. Die trialogische Zusammenarbeit kann neben der individuellen Therapiebeziehung verschiedene Ziele verfolgen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsanforderungen, Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen). In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation von Hilfeangeboten, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine trialogische Zusammenarbeit unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

9. Bereich Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination

9.1 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 8 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Partizipative Entscheidungsfindung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und Patientinnen und Patienten soll auf Vertrauensbildung und gegenseitigen Respekt abzielen. Die Wahl der geeigneten

	Behandlungsstrategie soll Gegenstand eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses sein, in dem fachliche Aspekte ebenso berücksichtigt werden wie persönliche Präferenzen und relevante Kontextfaktoren. Am Ende einer solchen **Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)** sollte möglichst eine gemeinsam getragene Entscheidung stehen. Diese Zielvorgabe schränkt die Freiheit der Beteiligten ausdrücklich nicht ein: Der Patient / die Patientin hat weiterhin das Recht, seine / ihre Einwilligung in eine vorgeschlagene Behandlung zu verweigern. Und der / die professionell Tätige kann die Erbringung einer gewünschten Behandlung verweigern, wenn er sie für fachlich nicht vertretbar hält.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

9.2 Evidenzkapitel: Frühintervention

9.2.1 Frühinterventionsstrategien

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 9 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Früherkennung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Für Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und für Angehörige sollen Angebote zur **Früherkennung und Frühintervention flächendeckend** zur Verfügung stehen. Sie sollen mit bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der primärärztlichen Versorgungsebene* vernetzt werden. Ziel soll die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

***** *Neben der gesondert genannten primärärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche weitere mögliche Hilfeangebote, die ebenfalls einer Vernetzung bedürfen, hier aber nicht explizit benannt werden.*

Stark

Empfehlung 10 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: „Frühintervention“**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollen frühzeitig eine koordinierte, umfassende und multiprofessionelle Behandlung, erforderlichenfalls aufsuchend und Setting-übergreifend durch ein speziell ausgebildetes Team erhalten. Ziele sollen die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen, von erneuten Krankheitsepisoden und von sozialer Exklusion sein. Psychosoziale Therapien* sollen entsprechend der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie und in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (93 %)** **Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023**

** Evidenz zur Wirksamkeit umschriebener psychosozialer Therapien bei Ersterkrankung liegt insbesondere für Familieninterventionen, Psychoedukation für erkrankte Personen und Angehörige, Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe, insbesondere Supported Employment und Education, Sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung mit einem präventiven Fokus, Ansätze zur Stärkung des Selbstmanagements sowie Ansätze des Peer-Supports vor. Auch andere psychosoziale Interventionen, für die im Moment keine qualitativ hochwertige Evidenz in der Behandlung von Menschen mit ersten Episoden vorliegt, die aber in der vorliegenden Leitlinie beschrieben und empfohlen werden, sollten im Einzelfall und nach Abwägung ihres potenziellen Nutzens bei entsprechender Indikation angeboten werden.*

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 11 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Zugang & Erstkontakt zum Hilfesystem“**
Empfehlungsgrad **EK**	Der **Zugang** der Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen zu Hilfen sollte durch breitflächige, niederschwellige und multimodale Ansätze (Information, Aufklärung, Schulungen für beteiligte Akteur:innen, Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit) erleichtert werden. Gleichzeitig soll bei **Erstkontakt mit dem Hilfesystem** der Individualität der Betroffenen und der Bedürfniszentrierung höchste Hat beigemessen werden, um die Behandlungsbereitschaft bzw. das Engagement der Betroffenen für eine Behandlung von Beginn an zu erhöhen. Der Fokus soll auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung und dem therapeutischen Dialog liegen. Nach Möglichkeit sollen nahe An-/Zugehörige oder Vertrauenspersonen einbezogen und Beziehungsabbrüche verhindert werden. In der Behandlungsplanung sollten die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.
Konsensstärke	**Konsens (84 %)** **Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023**

9.3 Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze

9.3.1 Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Stark

Empfehlung 12 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung“**
Empfehlungsgrad **A**	In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	**Konsens (85 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 13 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Regionale Versorgungsverantwortung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams sollten allen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in einer definierten Region zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	**Konsens (93 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

9.3.2 Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Stark

Empfehlung 14 **NEU**	**Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (96 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 15 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Umsetzung einer Akutbehandlung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Umsetzung einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in Deutschland sollte sich hinsichtlich der zentralen Programmelemente an dem international untersuchten evidenzbasierten Modell orientieren; gleichzeitig sollten Möglichkeiten einer flexiblen Anpassung an die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen und Strukturen zulässig sein und dazu dienen, eine flächendeckende Implementierung zu erreichen.
Konsensstärke	**Starker Konsens (96 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

9.3.3 Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung

Stark

Empfehlung 16 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende längerfristige Behandlung“**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, intensiv aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Stark

Empfehlung 17 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit“**
Empfehlungsgrad **A**	Die Möglichkeit der intensiven aufsuchenden Versorgung soll Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit zur Verfügung stehen.
Evidenz	Verweis auf Wohnstudien (Housing First) → **Wohnen mit mobiler Unterstützung**
Konsensstärke	**Konsens (88 %)**

	Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 18 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Aufgabe multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams“**
Empfehlungsgrad **EK**	Wesentliche **Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams** soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Zuständigkeit des Teams für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und die Versorgungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Versorgung durch die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams an den individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden.
Konsensstärke	**Konsens (82 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

** Im Sinne der Forderung nach einer „Behandlung, ambulant vor stationär" sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden, wobei 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 sollte und eine notwendige stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung gegebenenfalls ohne Verzögerung eingeleitet werden sollte.*

9.4 Evidenzkapitel: Case Management

Schwach

Empfehlung 19 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: „Case Management“**
Empfehlungsgrad **B**	Case Management sollte Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und mit hoher Inanspruchnahme von stationärer Behandlung angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (97 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

9.5 Evidenzkapitel: Psychoedukation

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 20 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Informiertheit als Grundlage“**
Empfehlungsgrad **EK**	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 gesundungsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds erhalten können.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Stark

Empfehlung 21 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Psychoedukation“
Empfehlungsgrad A	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.
Konsensstärke	Konsens

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 22 Geprüft (2024)	Konsensbasierte Empfehlung „Trialogforen & Psychoseseminare“
Empfehlungsgrad EK	Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.
Konsensstärke	Starker Konsens

9.6 Evidenzkapitel: Peer Support – Experten aus Erfahrung

Schwach

Empfehlung 23 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Peer Support“
Empfehlungsgrad B	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.
Konsensstärke	Konsens

** Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleitung oder Experte/Expertin 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.*

10. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung sozialer und kultureller Teilhabe

10.1 Evidenzkapitel: Unterstütztes Wohnen

Stark

Empfehlung 24 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Dauerinstitutionalisierung“
Empfehlungsgrad A	Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.
Konsensstärke	Konsens

Stark

Empfehlung 25 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Wohnen mit mobiler Unterstützung“
Empfehlungsgrad A	Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.

Konsensstärke	Konsens

10.2 Evidenzkapitel: Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten

Stark

Empfehlung 26 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Familieninterventionen“
Empfehlungsgrad A	Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern.
Konsensstärke	**Konsens (83 %)**

** Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.*

Schwach

Empfehlung 27 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Angehörigeninterventionen“
Empfehlungsgrad B	Angehörige* und nahestehende Personen von schwer psychisch kranken Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Zugleich können sie eine wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben. Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge um die erkrankte Person verbundene Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken.
Konsensstärke	**Starker Konsens (95 %)**

**Im Leitliniengremium wird betont, dass Angehörige unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnissen meint – gemeint sind sowohl Eltern und Partner:innen, als auch Kinder oder Geschwister sowie Onkel, Tanten und Großeltern und weitere verwandte Personen. Darüber hinaus tragen verschiedene weitere Faktoren (z. B. alleinerziehendes Elternteil, Alter von Kindern und mitbetroffenen Geschwistern, soziale Hintergründe) zum Ausmaß der erlebten Belastungen bei (Kapitel Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen).*

Schwach

Empfehlung 28 NEU	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Unterstützte Elternschaft“
Empfehlungsgrad B	Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte - flexibel an die individuellen Bedürfnisse angepasst – Unterstützung in der elterlichen Funktion mithilfe spezifischer Ansätze angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (95 %)**

Schwach

Empfehlung 29 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Erweiterung sozialer Netze“
Empfehlungsgrad B	Die Anwendung psychosozialer Therapien bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und erlebter sozialer Isolation sollte auch darauf zielen, soziale Netzwerke der Betroffenen zu stärken und soziale Aktivitäten zu fördern.

Konsensstärke	Starker Konsens (100 %)

10.3 Evidenzkapitel: Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen sowie sozial-kognitiven Fertigkeiten

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 30 Geprüft	Konsensbasierte Empfehlung „Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung“
Empfehlungsgrad EK	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Stark

Empfehlung 31 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training sozialer und sozial-kognitiver Funktionen “
Empfehlungsgrad A	Trainierende Interventionen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Funktionen* sollen bei Vorhandensein entsprechender Beeinträchtigungen und orientiert an den individuellen Bedarfen und Wünschen der Betroffenen durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auch auf eine Stabilisierung des Erlernten und einen Alltagstransfer ausgerichtet sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

** Studien liegen bisher hauptsächlich für Patient:Innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Wenige Befunde verweisen auf die Wirksamkeit in anderen Patientengruppen.*

Schwach

Empfehlung 32 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training lebenspraktischer Fähigkeiten “
Empfehlungsgrad B	Bei einer Beeinträchtigung in der selbstständigen Lebensführung und unabhängigen Alltagsgestaltung sollten die Betroffenen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedarfe in ihren **lebenspraktischen Fähigkeiten durch trainierende Ansätze** möglichst im Lebensumfeld unterstützt werden. Kann ein Training im Lebensumfeld nicht stattfinden, sollte ein Alltagstransfer unterstützt werden.
Konsensstärke	**Konsens (93 %)**

10.4 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien

Schwach

Empfehlung 33 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Künstlerische Therapien“
Empfehlungsgrad B	Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

10.5 Evidenzkapitel: Spezifische ergotherapeutische Interventionen

Schwach

Empfehlung 34 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Ergotherapeutische Interventionen“
Empfehlungsgrad B	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

11. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von Teilhabe an Bildung und Arbeit

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 35 Geprüft	Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Arbeitsplatzverlust“
Empfehlungsgrad EK	Die berufliche Rehabilitation 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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Stark

Empfehlung 36 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Supported Employment“
Empfehlungsgrad A	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.
Konsensstärke	**Konsens (89 %)**

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 37 Geprüft	Konsensbasierte Empfehlung „Ausbildung“
Empfehlungsgrad EK	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Schwach

Empfehlung 38 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation“
Empfehlungsgrad B	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Schwach

Empfehlung 39 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Zusätzliche trainierende Ansätze“
Empfehlungsgrad B	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

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

12. Bereich Gesundheit und Wohlergehen

12.1 Evidenzkapitel: Gesundheitsfördernde Interventionen

Stark

Empfehlung 40 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung: Gesundheitsfördernde Interventionen
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität individualisiert angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 41 NEU	Konsensbasierte Empfehlung: Prävention & Behandlung somatischer Komorbidität
Empfehlungsgrad EK	Die Prävention und Behandlung der somatischen Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordern ein integriertes, koordiniertes Handeln aller Beteiligten.
Konsensstärke	**Konsens (91 %)**

12.2 Evidenzkapitel Bewegungs- und Sportinterventionen

Stark

Empfehlung 42 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung: Bewegungsinterventionen
Empfehlungsgrad A	**Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen Bewegungsinterventionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen**
Konsensstärke	**Starker Konsens (97 %)**

Schwach

Empfehlung 43 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung: Körperpsychotherapeutische Verfahren
Empfehlungsgrad B	Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen präferenzbasiert und individualisiert zur Anwendung kommen.
Konsensstärke	**Konsens (94 %)**

13. Matrix des deutschen Versorgungssystems: Wie lassen sich die Empfehlungen der Leitlinie leistungsrechtlich umsetzen?

13.1 Historischer Hintergrund

13.2 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

13.3 Niedrigschwellige Angebote

13.4 Leistungen der ambulanten, stationsäquivalenten, teilstationären und stationären Krankenbehandlung

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 44 NEU	Konsensbasierte Empfehlung „Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie“
Empfehlungsgrad **EK**	Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie sollen als - in ein Gesamtbehandlungskonzept integrierte - gemeindepsychiatrische Angebote zur Verfügung stehen.

Konsensstärke	Konsens (100 %)

13.5 Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation

13.6 Leistungen der Eingliederungshilfe

13.7 Vernetzung und Kooperation

14. Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern

14.1 Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

14.2 Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung

14.3 Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter

14.4 Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie

14.5 Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug

14.6 Pandemic Preparedness: Was wir aus der COVID-19-Pandemie für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lernen

15. Leitlinienimplementierung, Qualitätsindikatoren und Desiderate

15.1 Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung

15.2 Qualitätsindikatoren

15.3 Desiderate für die Forschung

Herausgebende und beteiligte Fachgesellschaften

Herausgebende

Die vorliegende S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) koordiniert und wird gemeinsam mit den beteiligten Organisationen herausgegeben.

Federführende Fachgesellschaft
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Reinhardtstraße 29

10117 Berlin

Tel. 030-240 477 20

Fax: 030-240 477 229

www.dgppn.de

Leitliniengremium
Die nachfolgend genannten Verbände und Organisationen waren am Konsensusprozess beteiligt und stimmten der finalen Fassung der Leitlinie zu:

AWMF-Mitgliedsgesellschaften

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e. V. (DGBP)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP)

Weitere Organisationen

- Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e. V.
- Aktion Psychisch Kranke e. V.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.
- Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.
- Berufsverband Deutscher Psychiater e. V.
- Bundesverband Soziotherapie e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.
- Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser e. V.
- Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.
- Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.
- Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.
- Bundespsychotherapeutenkammer e. V.
- Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.
- Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.
- Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e. V.
- Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.
- Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.
- Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.

- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.
- Deutscher Verband Ergotherapie e. V.
- Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
- Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e. V.
- EX-IN Deutschland e. V.
- Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen
- Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie

Steuerungsgruppe

Koordination & Redaktion

PD Dr. rer. med. Uta Gühne, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

PD Dr. med. Dr. Stefan Weinmann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

Prof. Dr. med. Thomas Becker, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Semmelweißstraße 10, 04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Leitliniensekretariat

Antje Kramer, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

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

Weitere Mitarbeitende

Daniel Richter, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig

Expertengruppe

- Prof. Dr. Michaela Amering
- Dr. Stefan-M. Bartusch
- Prof. Dr. Andreas Bechdolf
- Prof. Dr. Thomas Bock
- Dr. Johanna Breilmann
- Dr. Christian Burr
- Prof. Dr. Arno Deister
- Manfred K. Desch
- Sibylle Glauser
- Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess, MBA
- Prof. Dr. Andreas Heinz
- Prof. Dr. Rainer Hellweg
- PD Dr. Holger Hoffmann
- Werner Holtmann
- Dorothea Jäckel
- Prof. Dr. Reinhold Kilian
- Prof. Dr. Hans-Helmut König
- Prof. Dr. Alexander Konnopka
- Dr. Michael Konrad
- Prof. Dr. Gerhard Längle
- Julia Lippert
- Dr. Candelaria Mahlke (seit 01.01.2025)
- PD Dr. Annabel Müller-Stierlin (seit 01.03.2025)
- Dr. Elke Prestin
- Prof. Dr. Thomas Reker (bis 31.05.2023)

- Prof. Dr. Dirk Richter
- Matthias Rosemann
- Prof. Dr. Hans-Joachim Salize
- Prof. Dr. Georg Schomerus
- Prof. Dr. Matthias Schützwohl
- Prof. Dr. Kathrin Seifert
- Gyöngyvér Sielaff
- Prof. Dr. Tilman Steinert
- Prof. Dr. Katarina Stengler
- Jörg Utschakowski
- Prof. Dr. Günther Wienberg

Konsensgruppe (Mandatstragende Personen)

- Christel Achberger
- Heinz Augustin (bis 31.12.2022)
- Dr. Meltem Avci-Werning
- Dr. Beate Baumgarte
- Prof. Dr. Thomas Becker
- Dr. Franz-Peter Begher
- Dr. Matthias Bender
- Univ.-Dipl.-Soz.päd. Ursula Berninger
- Marion Beutner
- Paul Bomke (seit 01.09.2023)
- Prof. Dr. Peter Brieger
- Jörg Bungart
- Jurand Daszkowski
- Marko Daubitz
- Dr. Marianne Eberhard-Kaechele
- Christiane Eck-Meißner (seit 01.12.2023)
- Catharina Flader
- Dr. Grit Franke (seit 01.09.2024)
- Nils Greve
- Kay Herklotz
- Werner Höhl (seit 23.05.2024)
- Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA
- Werner Holtmann
- Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann
- Prof. Dr. Gerhard Huber
- Leonore Julius
- Alfred Karsten
- Dr. Christian Kieser
- Heiko Kilian (bis 30.06.2024)
- Dr. Elif Kirmizi Alsan
- Dr. Marianne Klein
- Dr. Sabine Köhler
- Dr. Tim J. Krause
- Dr. Michael Krebs
- Dr. Sabine Kreß
- Walter Krug (bis 30.09.2024)
- Prof. Dr. Silvia Krumm
- Elvira Lange
- Prof. Dr. Gerhard Längle
- Bettina Lauterbach
- Silke Ludowisy-Dehl
- Dr. Lieselotte Mahler
- Prof. DDDr. Wolfgang Mastnak
- Dr. Nikolaus Melcop
- Rudi Merod (bis 31.03.2023)
- Prof. Dr. Günter Meyer
- Karl-Heinz Möhrmann (seit 01.07.2025)
- Dr. André Nienaber
- Dr. Nicolas Nowack
- Dr. Klaus Obert

- Heike Petereit-Zipfel
- Dr. Stefan Peters
- Prof. Dr. Reinhard Peukert
- Andreas Pfeiffer
- PD Dr. Gabi Pitschel-Walz
- Wolfgang Pohlmann
- Olaf Reddemann
- Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller
- Matthias Rosemann
- Dr. Christa Roth-Sackenheim
- Ariadne Sartorius (bis 30.06.23)
- Dorothea Sauter
- Dieter Schax
- Prof. Dr. Renate Schepker
- Erdmute Scheufele
- Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak
- Kathrin Schwank
- Betram Sellner
- Olaf Stieg (seit 01.08.2025)
- Andrea Stratmann
- Annette Theißing
- Dr. Roland Urban
- Dr. Iris Veit
- Prof. Dr. Irmgard Vogt (seit 01.04.2024)
- Franz-Josef Wagner
- Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
- Dr. Katja Watermann (01.07.2023 bis 31.08.2025)
- Dr. Sandra Wesenberg
- Dr. Tina Wessels
- Yvonne Wiesner (bis 30.06.2023)
- Monika Zimmermann (bis 31.07.2023)

AG Impuls (Trialogische Arbeitsgruppe)

- Prof. Dr. Thomas Becker
- Jurand Daszkowski
- Manfred K. Desch
- Catharina Flader
- Sibylle Glauser
- PD Dr. Uta Gühne
- Werner Holtmann
- Leonore Julius
- Heike Petereit Zipfel
- Prof. Dr. Reinhard Peukert
- Werner Pohlmann
- Dr. Elke Prestin
- Franz-Josef Wagner
- PD Dr. Dr. Stefan Weinmann

Weitere Beteiligte (Autoren & Autorinnen)

- Dr. Michael Konrad & Matthias Rosemann: Matrixkapitel
- Dr. Marianne Klein & Prof. Dr. Renate Schepker: Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Prof. Dr. Matthias Schützwohl, Thomas Bergman, Mareike Müller-Cleve & Prof. Dr. Tanja Sappok: Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung
- Prof. Dr. Vjera A. Holthoff & Prof. Dr. Hans Gutzmann: Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter
- Prof. Dr. Eckhardt Koch, Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak & Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess: Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie
- Prof. Dr. Manuela Dudeck: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug

Beratung und unabhängige Moderation

Die Leitlinienentwicklung wurde durch die AWMF in allen Phasen unterstützt. Die Moderation aller Konsensuskonferenzen sowie die methodische Beratung und Begleitung während des gesamten Leitlinienaktualisierungsprozesses erfolgte durch Prof. Dr. med. Ina Kopp, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Bitte wie folgt zitieren:

Uta Gühne, Stefan Weinmann, Thomas Becker, Steffi G. Riedel-Heller für die DGPPN e. V. (Hrsg.). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Version 3.0 vom 18.11.2025, verfügbar unter:
https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-020, Zugriff am TT.MM.JJJJ

Besondere Hinweise

Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Angehörige ärztlicher, therapeutischer, pflegerischer und weiterer beteiligter Berufsgruppen zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährter Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Versorgung, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Diese Leitlinien sind für behandelnde Personen rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Irrtümer und Druckfehler bei der Publikation von Leitlinien können auch bei der Anwendung größtmöglicher Sorgfalt nicht ganz ausgeschlossen werden. Zudem berücksichtigen Leitlinien immer nur abstrakte Nutzen-Risiko-Potentiale. Die Behandelnden, die Leitlinienempfehlungen anwenden, müssen daher immer das im Einzelfall vorherrschende Nutzen-Risiko-Profil der einzelnen zu behandelnden Person beachten. Daher haften die Autor:innen, Mitglieder der Steuerungsgruppe, die Expert:innen, die Mitglieder der Konsensusgruppe und andere am Leitlinienerstellungsverfahren beteiligte Personen nicht für Schäden, die durch eine fehlerhafte oder unterbliebene Diagnostik oder Behandlung im Einzelfall entstehen.

Die medizinische und psychosoziale Versorgung unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu therapeutischen Verfahren, immer nur den Wissensstand zur Zeit der Beendigung der Recherchen und der Fertigstellung der S3-Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zu den in dieser Leitlinie betrachteten psychosozialen Therapien wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Die diese Leitlinie nutzende Person selbst bleibt verantwortlich für jede therapeutische Anwendung.

In dieser Leitlinie werden die weibliche und männliche Form gleichermaßen berücksichtigt. Personen mit diverser Geschlechtsidentität sind in diesen Formulierungen ausdrücklich und wertfrei eingeschlossen. Sollten vereinzelt noch maskuline Formen enthalten sein, beziehen sich diese gleichermaßen auf alle Geschlechter (männlich, weiblich, divers). Um die Lesbarkeit des Textes zu wahren, wurde vorerst auf eine durchgängige Nennung aller drei Geschlechtsformen verzichtet.

Die aktuelle Auflage dieser Leitlinie wurde nach Fertigstellung dieser in die MAGICapp übernommen. MAGICapp ist ein evidence-ecosystem und erlaubt eine dynamische und vernetzte Darstellung der Evidenz. Erforderlich waren Anpassungen innerhalb der Leitlinie an das Format von MAGICapp. Dies betrifft insbesondere die Darstellung der Evidenz im PICO Format, die Evidence-to-Decision Überlegungen und die vernetzte Literatur. In den Kapiteln zur Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern bleibt die Literatur am Ende kompakt zusammengefasst. Im Verlauf wurde deutlich, dass es innerhalb der MAGICapp technikbedingt in sehr seltenen Fällen zu fehlerhaften Anzeigen von Referenzen kommen kann. Wir empfehlen bei Unstimmigkeiten die Nutzung der **Leitlinie** im PDF-Format. Der zugehörige Leitlinienreport befindet sich **hier**.

Erstmalig eingeführt wurde unter methodischen Gesichtspunkten auch die GRADE Methodik. Die Transformation wird jedoch über mindestens zwei Zyklen andauern, so dass zum jetzigen Zeitpunkt nicht alle Empfehlungen nach GRADE dargestellt sind.

Vorwort zur dritten Auflage

Die vorliegende Leitlinie ist die **zweite Überarbeitung einer S3-Leitlinie** der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Die Leitlinie wurde erstmals im Jahr 2013 veröffentlicht. Ihrer Erstellung liegen systematische Literaturrecherchen zugrunde, in deren Rahmen die relevante Evidenz zu den einzelnen Themen der Leitlinie ermittelt wurde. Es folgte ein formalisiertes, im nominalen Gruppenprozess auf Konsens zielendes Prozedere unter Einbindung von Expert:innen, Betroffenen, Angehörigen und führenden Praxisvertreter:innen des Feldes. In vielen Bereichen konnten auf Grund der umfangreichen Evidenz klare Behandlungsempfehlungen formuliert werden.

Das Besondere an dieser Leitlinie bleibt ihr diagnoseübergreifender Ansatz. **Zielgruppe** der Leitlinie sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die betroffenen Menschen leben mit einer schweren, längerfristigen psychischen Erkrankung. Die vorliegende S3-Leitlinie richtet ihren Blick auf psychosoziale Interventionen und die Krankheitsbewältigung von Menschen, die längere Zeit durch Symptome Beeinträchtigungen erfahren, deutliche Einschränkungen des sozialen Funktionsniveaus erleben und das Hilfesystem intensiv in Anspruch nehmen. Mit der 3. Auflage dieser Leitlinie wurden erstmalig Ansätze von Frühinterventionen hinsichtlich ihrer Evidenz systematisch bewertet. Damit gelten die Empfehlungen dieser Leitlinie zu psychosozialen Therapien auch für Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen, für die ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf besteht. Ziel ist, die Betroffenen zu einem frühen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf umfassend und evidenzbasiert zu behandeln, um Übergänge in chronische Verläufe und ein „Ausgliedern" aus der Gesellschaft aufgrund der mit einer schweren psychischen Erkrankung verbundenen Einschränkungen auf psychosozialer Ebene möglichst zu verhindern. Diese S3-Leitlinie sollte gemeinsam mit im Einzelfall relevanten diagnosebezogenen DGPPN-Leitlinien rezipiert werden (v. a. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (2019) *[1]*, AWMF-Registernummer: 038-019; S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung (2022), AWMF-Registernummer: 038-015 *[2]*; Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2022), AWMF-Registernummer: nvl-005 *[3]*;S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie (2019), AWMF-Registernummer: 038-009 *[4]*).

Neben umschriebenen psychosozialen Interventionen werden auch grundlegende Aspekte psychosozialen Handelns wie die therapeutische Beziehung und die partizipative Entscheidungsfindung sowie handlungsleitende Konzepte wie Recovery und Empowerment behandelt. In der 3. Auflage der vorliegenden Leitlinie wird stärker als bisher einer Recovery-Orientierung in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen gefolgt. Basierend auf den besonderen Lebens- und Versorgungslagen, den individuellen Bedarfen und den auf persönliches Recovery und eine gesellschaftliche Teilhabe zielenden psychosozialen Interventionen werden die betrachteten und empfohlenen Interventionen im sog. **Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung** verortet (**Kap. 7.4 Recovery**). Im Zentrum stehen hierbei die Person, der individuelle Recovery-Prozess und eine subjektive und personenzentrierte Perspektive auf Recovery. Die verschiedenen psychosozialen Interventionen sind geeignet, individuelle Recovery-Wege zu unterstützen. Recovery ist auf das Engste mit gesellschaftlicher Teilhabe verknüpft, die spätestens mit der Ratifizierung der UN-BRK durch Deutschland im Jahre 2009 als eines der wesentlichsten Ziele in der Versorgung dieser Menschen definiert wird. Neben der sozialen und kulturellen sowie der beruflichen Teilhabe werden hier die Dimensionen Gesundheit und Wohlergehen sowie Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe adressiert. Mit konzeptionellen Ansätzen, wie der partizipativen Entscheidungsfindung, einer multiprofessionellen teambasierten Behandlung oder einem Case Management in der Gemeinde, können Behandlungsergebnisse und -koordination verbessert werden. Ansätzen, denen ein besonderes Potenzial zugeschrieben wird, persönliches Recovery zu unterstützen, wie beispielsweise denen des Supported Employment und des Supported Housing oder dem Trialog und dem Peer Support, finden weiterhin Platz in diesem Modell. In dieser Leitlinie werden Empfehlungen zu Therapien und Unterstützungsangeboten in den verschiedenen Recovery-relevanten Dimensionen gegeben.

Die Weiterentwicklung der S3-Leitlinie koinzidierte zeitlich mit wichtigen einschlägigen Entwicklungen und Neuerungen, z. B. dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), dem Pflegestärkungsgesetz, der Reform zum Vormundschafts- und Betreuungsrecht und dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) vom 19.12.2016, welches u. a. die Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) im Sinne des Home Treatment durch multiprofessionelle Teams definiert. Für die Entwicklung von StäB können die **Leitlinie** und die in ihr zusammengestellte Evidenz durchaus **als Impulsgeber** betrachtet werden. Auch in anderen Bereichen werden Bemühungen für eine bessere Versorgung schwer psychisch kranker Menschen und eine stärkere Verknüpfung von Prävention, kurativer Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe getragen von der in dieser Leitlinie zusammengetragenen Evidenz deutlich. In verschiedenen Initiativen, z. B. der DGPPN Task Force „Supported Employment" wird entsprechend der Empfehlung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien" beispielsweise die breite Umsetzung der gleichnamigen Intervention im deutschen Versorgungskontext forciert *[5]*. Bedeutsam für die in dieser Leitlinie angesprochene Zielgruppe sollte auch die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) vom 02.09.2021 sein. Diese zielt auf eine verbesserte Erfüllung der spezifischen Behandlungsbedarfe dieser Patientengruppe. Bisher jedoch bleibt das vernetzte Angebot auf wenige Regionen beschränkt.

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. Diese Kapitel beschreiben **wichtige angrenzende Fächer und Arbeitsgebiete im Hinblick auf die Bedeutung psychosozialer Therapien**; selbstverständlich gelten aber die Empfehlungen der vorliegenden S3-Leitlinie 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) behandelt. Weitere Kapitel, die auf wichtige benachbarte Arbeitsfelder verweisen, gelten der Behandlung älterer Menschen mit psychischen Störungen, dem Themenfeld Migration sowie der Behandlung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung mit psychosozialen Therapien.

Schließlich hat in das vorliegende Update der S3-Leitlinie ein **Kapitel zu psychosozialen Interventionen bei Menschen im Maßregelvollzug** Eingang gefunden, da unter den Hilfen für Menschen dieser Zielgruppe psychosoziale Angebote eine wichtige Rolle spielen. Die Betroffenen sind oft mit komplexen Herausforderungen konfrontiert, die sowohl ihre psychische Gesundheit als auch ihre soziale Integration betreffen. In forensischen Einrichtungen sind Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig mit strafrechtlichen Konsequenzen und der Notwendigkeit konfrontiert, ihre Verantwortung für frühere Handlungen zu verstehen. Psychosoziale Therapien können dabei helfen, die individuelle Verarbeitung von Schuld, die Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Förderung der Resozialisierung zu unterstützen. Ein weiteres Kapitel widmet sich **der Pandemievorsorge**, da die in dieser Leitlinie adressierte Patientengruppe besonders vulnerabel gegenüber den psychosozialen und gesundheitlichen Auswirkungen

von Pandemien ist. Während einer Pandemie können Isolation, Unsicherheit und der Zugang zu Gesundheitsdiensten eingeschränkt sein, was die Symptome schwerer psychischer Erkrankungen verschärfen kann. Eine gezielte Pandemievorsorge ermöglicht es, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die den Zugang zu medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen auch in Krisenzeiten sicherstellen und eine kontinuierliche Unterstützung bieten. So kann die psychische Gesundheit dieser Menschen besser geschützt und langfristige Verschlechterungen vermieden werden.

Behandlungsleistungen, auch psychosoziale Interventionen, werden nicht im luftleeren Raum erbracht. Sie sind eingebettet in ein Versorgungssystem mit komplexen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, das sich in Deutschland seit der Psychiatriereform der 1970er Jahre grundlegend verändert hat. Ein umfassend überarbeitetes **Matrix-Kapitel** trägt diesem Umstand Rechnung. Es verortet die beschriebenen Interventionen im Versorgungssystem, zeigt den aktuellen Implementierungsstand in Deutschland und nimmt neuere Entwicklungen in der Versorgungslandschaft in den Blick.

Neue Wege wurden mit Beginn der Entwicklung der dritten Auflage der vorliegenden Leitlinie auch mit einem strukturierten Einbezug von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen in die Leitlinienarbeit begangen und die Expertise aller Beteiligten in einem trialogischen Prozess und der **AG Impuls** gebündelt *[6]*. Die beteiligten Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen bringen langjährige Erfahrungen aus den Bereichen der Selbsthilfe und der Selbstvertretungen auf Landes- und Bundesebene und/oder aus der Gremienarbeit mit. Die Beteiligten sind über verschiedene Verbände gleichzeitig Stimmberechtigte im Konsensprozess (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V., Bundesverband Psychiatrieerfahrener e. V., Geschwisternetzwerk e. V., EX-IN Deutschland e. V., NetzG – Bundesnetzwerk Selbsthilfe Seelische Gesundheit e. V.). Die Arbeit der AG Impuls wurde durch die Mitglieder der Steuergruppe begleitet. In regelmäßigen Arbeitstreffen erfolgte ein vertiefter Austausch und von verschiedenen Interessen getragener offener Diskussionsprozess. Unterstützt wurde diese Arbeit durch die DGPPN, die jährliche Präsenztreffen der AG Impuls im Rahmen des DGPPN-Kongresses ermöglichte. Ein besonderes Ergebnis der Arbeit sind die entstandenen Impuls-Textboxen, die ausgewählte Inhalte der Diskussionen widerspiegeln und in verschiedenen Kapiteln dieser Leitlinie verortet sind. Partizipation ermöglicht es, die tatsächlichen Bedürfnisse und Herausforderungen, mit denen Betroffene und ihre Angehörigen tagtäglich konfrontiert sind, in den Mittelpunkt der Forschung und Leitlinienentwicklung und letztlich der Weiterentwicklung der Versorgung zu stellen. Ihre Stimmen sind unerlässlich, um sicherzustellen, dass die Versorgung nicht nur effektiv, sondern auch menschenwürdig, respektvoll und individuell ausgerichtet gestaltet wird. Ein herzliches Dankeschön gilt allen Personen mit Erfahrungsexpertise und Angehörigen, die sich aktiv an diesem langen und aufwendigen Prozess beteiligt haben. Ihr Engagement und Ihre Perspektiven sind von unschätzbarem Wert für die Weiterentwicklung dieser Leitlinie und der psychischen Gesundheitsversorgung.

Die gründlich recherchierte Übersicht macht diese S3-Leitlinie zu einem **Standardwerk**, in dem die umfangreiche Evidenz zum Themengebiet für den deutschen Sprachraum in aktualisierter Form zusammengefasst wird. Nach wie vor zeigen die Ergebnisse der Recherchen „weiße Flecken auf der Landkarte" psychosozialer Forschung auf. Gleichzeitig ist die Notwendigkeit deutlich geworden, Versorgungsforschungsprojekte auch zu komplexen Interventionen, wie beispielsweise in den Bereichen aufsuchender Behandlung, Wohnen oder beruflicher Teilhabe am eigenen Standort bzw. im deutschsprachigen Raum durchzuführen. Im Vergleich zu den vorangegangenen Auflagen der Leitlinie kann ein Zuwachs an diesen Studien konstatiert werden. Die Leitliniengruppe wurde auch in der vorliegenden Auflage in ihrer Arbeit in vielfältiger Weise durch Personen und Organisationen des psychosozialen Praxisfeldes unterstützt. Untersuchungen zum Wissen und zur Inanspruchnahme psychosozialer Therapien haben aufgezeigt, dass auch mit dem Erscheinen der 3. Auflage der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" große Anstrengungen erforderlich sind, das Wissen und die Empfehlungen aus der Leitlinie stärker als bisher zu verbreiten und umzusetzen. Auch das kann nur gemeinsam erfolgen. Wir danken allen Beteiligten und unterstützenden Personen und Verbänden für die tolle Zusammenarbeit und blicken mit Zuversicht auf die nächsten Schritte, die mit der Fertigstellung der aktuell vorliegenden Leitlinie und 3. Auflage verbunden sind.

Uta Gühne, Leipzig

Stefan Weinmann, Lübeck

Thomas Becker, Leipzig

Steffi Riedel-Heller, Leipzig

Neuerungen der dritten Auflage

Wesentliche Neuerungen im Rahmen der Aktualisierung der vorliegenden Leitlinie:

1. Neue evidenzbasierte Empfehlungen in den Bereichen Selbstmanagement, digital-gestützte Interventionen, Frühinterventionen, Familieninterventionen, Angehörigeninterventionen, Unterstützte Elternschaft, Erweiterung sozialer Netzwerke, Training lebenspraktischer Fertigkeiten
2. Modifikationen von Empfehlungen: Partizipative Entscheidungsfindung, im Bereich der gemeindepsychiatrischen Behandlung, Bewegungs- und Sporttherapie, Künstlerische Therapien, Training sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten, Trialog, ergotherapeutische Interventionen, ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie

In der aktuellen Auflage wurden für die Bereiche Peer Support, berufliche Rehabilitation, Wohnen und Psychoedukation die Empfehlungen geprüft. Es erfolgte hierfür eine systematische Literaturrecherche, aber keine umfassende Überarbeitung der Kapitel. Die Empfehlungen aus der 2. Auflage der Leitlinie haben weiter Gültigkeit. Es ist zusätzlich zum aktuellen Leitlinienreport auch der der 2. Auflage zu berücksichtigen.

Empfehlungen im Überblick

Tabelle 1: Tabellarische Übersicht der Empfehlungen (neu, modifiziert, geprüft) dieser Leitlinie

Nr.	Themenbereich	Empfehlungsgrad	Stand 2025	Konsensstärke
Empowerment & Recovery				
1	Empowerment	EK	Geprüft	100 %*
2	Recovery	EK	Geprüft	100 %*
Bereich Gesundheitskompetenz & Selbsthilfe				
3	Selbsthilfe	EK	Geprüft	86 %*
4	Selbstmanagement	B	NEU	100 %
5	Manualisierte Selbsthilfe	EK	Geprüft	96 %*
6	Digital gestützte Interventionen	0	NEU	100 %
7	Trialog	EK	Modifiziert	100 %
Bereich Behandlungsergebnisse und Koordination				
8	Partizipative Entscheidungsfindung	EK	NEU	100 %
9	Früherkennung	EK	NEU	100 %
10	Frühintervention	A	NEU	93 %
11	Zugang & Erstkontakt zum Hilfesystem	EK	NEU	84 %
12	Gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung	A	Modifiziert	85 %
13	Regionale Versorgungsverantwortung	EK	NEU	93 %
14	Akutbehandlung im häuslichen Umfeld	A	Modifiziert	96 %
15	Umsetzung von Akutbehandlung	EK	NEU	96 %
16	Intensiv aufsuchende Behandlung	A	Modifiziert	100 %
17	Intensiv aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit	A	Modifiziert	88 %
18	Aufgabe multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams	EK	Modifiziert	82 %
19	Case Management	B	Modifiziert	97 %
20	Informiertheit als Grundlage	EK	Geprüft	97 %*
21	Psychoedukation	A	Geprüft	91 %*
22	Trialogforen & Psychoseseminare	EK	Geprüft	97 %*
23	Peer Support	B	Geprüft	93 %*
24	Vermeidung Dauerinstitutionalisierung	A	Geprüft	89 %*
25	Wohnen mit mobiler Unterstützung	A	Geprüft	89 %*
Bereich soziale & kulturelle Teilhabe				
26	Familieninterventionen	A	NEU	83 %
27	Angehörigeninterventionen	B	NEU	95 %
28	Unterstützte Elternschaft	B	NEU	95 %
29	Erweiterung sozialer Netzwerke	B	NEU	100 %
30	Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung	EK	Geprüft	93 %*
31	Training sozialer und sozial-kognitiver Funktionen	A	Modifiziert	100 %
32	Training lebenspraktischer Fähigkeiten	B	NEU	93 %
33	Künstlerische Therapien	B	Modifiziert	100 %
34	Ergotherapeutische Interventionen	B	Modifiziert	100 %
Bereich Teilhabe an Bildung und Beschäftigung				
35	Vermeidung Arbeitsplatzverlust	EK	Geprüft	100 %*
36	Supported Employment	A	Geprüft	89 %*

37	Ausbildung	EK	Geprüft	100 %*
38	Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation	B	Geprüft	100 %*
39	Zusätzliche trainierende Ansätze	B	Geprüft	100 %*
Bereich Gesundheit und Wohlergehen				
40	Gesundheitsfördernde Interventionen	A	Modifiziert	100 %
41	Integrierte Behandlung	EK	NEU	91 %
42	Bewegungsinterventionen	A	Modifiziert	96 %
43	Körperpsychotherapeutische Verfahren	B	Modifiziert	93 %
Versorgung				
44	Ambulante psychiatrische Pflege & Soziotherapie	EK	NEU	100 %

A - stärkster Empfehlungsgrad, B - weniger eindeutige Empfehlung, 0 - schwache Empfehlung, EK - Expertenkonsens

*Konsensstärken beziehen sich auf die jeweils vorangegangenen Abstimmungen

1. Geltungsbereich und Zweck

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand im Fachgebiet wiedergeben und den Behandelnden sowie anderen an der Versorgung Beteiligten sowie den Betroffenen und ihren Angehörigen die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern *[7]*. Die vorliegende 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 auf der Internetseite der AWMF im Leitlinienreport beschrieben. Die aktuell vorliegende Fassung ist die 3. Auflage der 2013 erstmals erschienenen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen".

Die **Zielgruppe** dieser Leitlinie ist nicht auf Menschen mit einer bestimmten psychischen Erkrankung begrenzt, sondern umfasst Menschen mit verschiedenen schweren psychischen Erkrankungen; hierzu zählen beispielsweise Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, schwere affektive Störungen, schwere neurotische und Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen. Diese Personengruppe wird in der internationalen Literatur als „people with severe mental illness" beschrieben. Gemeinsam ist den Betroffenen ein mehrjähriger Erkrankungsverlauf, im Zusammenhang mit der Erkrankung stehende erhebliche Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionsfähigkeit und reduzierte soziale Teilhabechancen sowie komplexe und umfassende Bedarfe. An dieser Stelle setzen psychosoziale Therapien an.

Die Leitlinie gibt **Empfehlungen zu psychosozialen Therapien**, die ihrem Charakter nach zunächst beschrieben und sowohl von der psychotherapeutischen Behandlung im engeren Sinne als auch von allgemeinen Unterstützungsleistungen und Lebenshilfen im erweiterten Sinne abgegrenzt werden müssen. In der Leitlinie werden keine Empfehlungen zu psychotherapeutischen Verfahren gegeben. Überschneidungen können nicht durchgehend vermieden werden; so wird diese Regel insbesondere bei den körperpsychotherapeutischen Verfahren sowie den Künstlerischen Therapien verletzt. Es werden keine Empfehlungen zu medikamentösen und sonstigen somatischen Behandlungen gegeben, obgleich diese Behandlungsmodalitäten an verschiedenen Stellen angesprochen werden. In dieser Leitlinie wird nicht dem angloamerikanischen Sprachgebrauch gefolgt, bei dem die psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Verfahren zu den psychosozialen Verfahren zusammengefasst werden. Vielmehr ist der Schwerpunkt der hier behandelten Interventionen ein breiter soziotherapeutischer im Sinne des angloamerikanischen Sprachgebrauchs; gemeint ist hier keinesfalls die Soziotherapie als eng gefasste Leistung nach SGB V wie sie im Matrixkapitel beschrieben wird.

Die so verstandenen **psychosozialen Therapien** zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern und als Sekundärgewinn Familien/Systeme zu entlasten, und damit körperlichen als auch psychischen Gesundheitsproblemen dieser vulnerablen Personengruppe vorzubeugen. Die Wahl der Intervention leitet sich dabei von dem individuellen (Hilfe-)Bedarf ab. Eine klare Trennung psychosozialer und soziotherapeutischer Interventionen von der Gestaltung des psychiatrischen Hilfe- und Versorgungssystems insgesamt ist nicht möglich. Psychosoziale Therapien und Interventionen finden in den verschiedensten Settings im gesamten Versorgungssystem statt, haben in unterschiedlichen Rechtskreisen ihre Grundlage und werden von ganz verschiedenen Akteur:innen getragen. In einem separaten Kapitel (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**) wird eine Integration der einzelnen Therapien in das deutsche Versorgungssystem vorgenommen.

Definition Versorgung (abgestimmt in Leitliniengruppe)

In der Leitlinie wird bei der Beschreibung von Interventionen, Therapien und Angeboten der Begriff der „Versorgung" gewählt. Andere Begriffe sind Behandlung und Begleitung. Behandlung umschreibt die medizinisch-psychiatrische, psycho- und ggf. spezialtherapeutische Behandlung, lässt aber soziale Aspekte vermissen. Der Begriff „Versorgung" steht in enger Beziehung zum Begriff von Mental Health Care, der in der internationalen Literatur verwendet wird. Es besteht Konsens, dass der die Autonomie von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen betonende Begriff der Begleitung ein zentrales Prinzip psychosozialer Angebote beschreibt, dass aber im Begriff Versorgung neben dem Eindruck von Passivität, der nicht intendiert ist, die „Sorge" um Menschen mit schweren Erkrankungen, die durchgehende Verfügbarkeit von Angeboten und Hilfen sowie das Nicht-Vergessen von Not zentral sind. Daher wird der Begriff Versorgung bei umfassenden Angeboten verwendet, wobei die dazugehörige Haltung diejenige einer Förderung von Recovery und Autonomie ist.

Ziel der vorliegenden evidenz- und konsensbasierten Leitlinie ist es, Empfehlungen zur psychosozialen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe von erwachsenen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf der Basis der besten verfügbaren Evidenz vor dem Hintergrund des deutschen Versorgungssystems zu geben. Den mit der Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen befassten Personen wird eine **systematisch entwickelte Entscheidungshilfe** an die Hand gegeben, welche psychosozialen Therapien sich in Studien als wirksam und im deutschen Versorgungssystem als umsetzbar herausgestellt haben. Die Leitlinie dient auch als Orientierung für erkrankte Menschen und Angehörige. Dazu wurde eine Patienten- und Angehörigenleitlinie entwickelt, welche auch im Zuge der 3. Auflage aktualisiert wird. Weiterhin liefert die Leitlinie eine Entscheidungshilfe für die mit der Versorgungsplanung befassten Personen und Institutionen.

Die Leitlinie gibt den aktuell konsentierten Standard bei psychosozialen Therapien wieder. Durch die Empfehlungen dieser Leitlinie soll die **Qualität von Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe** der oben genannten Personengruppe verbessert, ihr soziales und familiäres Umfeld entlastet und nicht durch Evidenz begründete Varianz in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen verringert werden. Die Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren soll gestärkt werden. Gleichzeitig werden bei einzelnen Verfahren und Hinweisen auf fehlende Wirksamkeit abgeschwächte Empfehlungen gegeben. Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in Gesellschaft wie in der UN-BRK und dem SGB IX gefordert. Dabei ist das Ziel immer höchstmöglich anzusetzen. Es sollte handlungsleitend sein und nicht durch eine Haltung überlagert werden, welche lediglich eine Anpassung an ein vermeintlich nicht zu verbesserndes psychosoziales Funktionsniveau beabsichtigt.

In dieser Leitlinie wird neben der Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz auch die Übertragung dieser Evidenz auf das gegliederte deutsche Sozialrecht berücksichtigt. Dies ist notwendig, da viele Studien im Ausland durchgeführt werden. Über Fragen der Kontextabhängigkeit hinaus treffen die in Gruppenuntersuchungen dargestellten Effekte nicht immer auf jede betroffene Einzelperson zu. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen" ist, wie alle anderen Leitlinien auch, **keine Richtlinie** und entbindet Personen, die in der Behandlung und Versorgung tätig sind, nicht davon, Entscheidungen unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des individuell Betroffenen zu treffen.

1.2 Adressaten und Adressatinnen

Die vorliegende Leitlinie soll als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe für folgenden Personenkreis dienen:

- An der Behandlung, Rehabilitation und Assistenz von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung beteiligte Akteur:innen aus den verschiedensten Fachbereichen: z. B. Ergotherapie, psychiatrische Pflege, Künstlerische Therapien, Medizin (hier vor allem Bereiche der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und Nervenheilkunde), Psychologie und Psychotherapie, Sozialarbeit, Sport- und Bewegungstherapie, Genesungsbegleitung sowie erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und deren Angehörige. Hierfür werden begleitend die existierende Patientenleitlinie sowie die Informationsseite www.Thera-Part.de im Internet aktualisiert.
- Des Weiteren dient die Leitlinie zur Information der Gynäkologie und der Kinder- und Jugendmedizin im Sinne eines niedrigschwelligen Zugangs, der Physiotherapie und Sozialpädagogik sowie der an der Beratung und Begleitung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung beteiligten Akteure und Akteurinnen in verschiedenen Settings: z. B. gesetzliche Betreuung, psychosoziale Beratungsstellen und Begegnungsstätten, Wohnsitzlosenhilfe, spezifische Bildungs- und Beschäftigungsangebote, Medizinischer Dienst und andere Personen und Entscheidungsträger:innen im Gesundheits- und Sozialsystem, die Unterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen anbieten.

1.3 Patientenzielgruppe

Zielgruppe der Leitlinie sind **Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren** und deren Angehörige. Die Personengruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist v. a. durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die sich durch deutliche Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zeigen und aufgrund der komplexen Behandlungsbedarfe oft mit einer intensiven Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfen verbunden sind. Für die Versorgungsplanung psychiatrisch-psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen nehmen sie eine Sonderstellung ein. Historisch gesehen sind diejenigen psychisch kranken Menschen gemeint, die vor der Psychiatrie-Enquete über viele Jahre in psychiatrischen Anstalten lebten und heute gemeindenah versorgt werden. Im Rahmen einer systematischen Recherche gingen *[8]* der Frage nach, wie schwere psychische Erkrankungen in konzeptionellen und empirischen Arbeiten definiert und operationalisiert werden und ob sich aus den vorliegenden Daten eine Schätzung der Zahl schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland ableiten lässt *[8]*.

Bedeutend für die in dieser Leitlinie betrachtete Betroffenengruppe sind u. a. die Arbeiten von Ruggeri et al. (2000) *[9]* und Parabiaghi et al. (2006) *[10]* und die daraus abgeleitete **Definition einer schweren psychischen Erkrankung**:

- Vorliegen (irgend)einer psychiatrischen Diagnose (z. B. Schizophrenie, Bipolare Erkrankung, Depression),
- eine Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer von mindestens 2 Jahren und
- eine deutliche und quantifizierbare psychosoziale Beeinträchtigung bzw. Teilhabebeeinträchtigung.

Parabiaghi et al. (2006) *[10]* konnten auf Grundlage dieser Definition aufzeigen, dass die so definierte **Patientengruppe deutlich schwerer beeinträchtigt** war als eine Gruppe leichter erkrankter Personen, auf welche diese Kriterien nicht zutrafen.

In der internationalen Literatur werden auch **andere Kriterien für eine Definition schwerer psychischer Erkrankungen** diskutiert, wie beispielsweise das Kriterium der erforderlichen Behandlungsintensität bzw. des Ausmaßes an formellen und informellen Hilfen sowie von Gefährdungsaspekten *[11][12][13]*. Gleichzeitig wird das Kriterium der Behandlungsdauer auch kritisch diskutiert, da diese durchaus von anderen Faktoren, wie z. B. der Behandlungsorganisation oder den Finanzierungsvoraussetzungen abhängen kann *[13]*. Auch muss eine längere Erkrankungsdauer nicht zwingend mit einschneidenden Beeinträchtigungen in sozialen Bereichen einhergehen. Dagegen lässt die Behandlungsintensität Rückschlüsse auf den Behandlungsbedarf der Betroffenen zu, ist diesem aber nicht gleichzusetzen.

Die wenigen internationalen **epidemiologischen Arbeiten** führen in Abhängigkeit verschiedener Definitionen und Erhebungszugänge (z. B. klinische vs. bevölkerungsrepräsentative Stichprobe) zu Schätzungen zwischen 0,23 und 4,1 Prozent schwer psychisch kranker erwachsener Menschen *[13][9][14][15]*. Eine erste Schätzung für Deutschland basiert auf den Versorgungsdaten psychisch kranker Menschen aus typischen Versorgungszusammenhängen wie Psychiatrischer Institutsambulanzen (PIAs), stationärer Behandlungsplätze oder auch der Anzahl erfasster Personen mit anerkannter Schwerbehinderung aufgrund einer psychischen Erkrankung. Für Deutschland wird von einer Prävalenz schwerer psychischer Erkrankungen zwischen 1 bis 2 Prozent ausgegangen; das entspricht in etwa 500.000 bis 1 Million Menschen zwischen 18 und 65 Jahren in Deutschland *[8]*.

Die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert Koch-Institutes (RKI) geschätzte **Gesamtprävalenz psychischer Störungen** von knapp 28 Prozent der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland versteht sich als die Gesamtzahl derjenigen Personen, die in einem 12-Monats-Zeitraum zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten haben *[16]*. Wenngleich die Krankheitslast bei vielen der Betroffenen sehr hoch ist, Ausfalltage und weitere zusätzliche Erkrankungen überzufällig häufig auftreten, ist lediglich ein geringer Teil davon schwer psychisch krank im Sinne der oben angeführten Definitionen.

Auf der Basis von **Abrechnungsdaten** aller gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen in Deutschland aus dem Jahr 2016 ließ sich zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz für psychotische Störungen bei 1,24 Prozent, für bipolare Störungen bei 0,29 Prozent, für schwere unipolare Depressionen bei 2,01 Prozent und für die Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 0,34 Prozent lag *[17]*. Allerdings können mit diesen Abrechnungsdaten nur die Menschen erfasst werden, die im Erhebungszeitraum eine ambulante ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung in Praxen in Anspruch genommen haben. Zudem bleiben hier die Kriterien der Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer und des psychosozialen Funktionsniveaus unberücksichtigt.

Für die Definition schwerer psychischer Erkrankung werden definierte **psychiatrische Diagnosen** herangezogen. Eine psychiatrische Diagnose ist allerdings ein Konstrukt. Im Gegensatz zu den meisten somatischen Diagnosen liefern mögliche objektive Parameter wie Laborwerte oder hirnstrukturelle oder -funktionelle Auffälligkeiten keine hinreichenden Hinweise für die Diagnosefindung einer psychischen Erkrankung bzw. sind für diese nicht relevant. Vielmehr ist die klinische Diagnose – beispielsweise die einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis oder einer Depression – eine Konvention zwischen internationalen Expert:innen auf der Basis einer typischen Konstellation von psychischen Symptomen und Funktionsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen *[18]*. Bei Vorliegen einer gewissen Schwere und typischen Kombination dieser Symptome und Funktionsbeeinträchtigungen mit einem individuell wahrgenommenen Leidensdruck und Auswirkungen auf emotionaler, sozialer und Verhaltensebene wird von konkreten Diagnosen ausgegangen. Ärztlich gestellte Diagnosen sind in aller Regel auch die Grundlage dafür, dass betroffene Menschen professionelle Behandlung und Hilfe erhalten. Auch wenn die Diagnosestellung dazu beiträgt, dass die besonderen Erlebens- und Verhaltensweisen in ein Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen „eingeordnet" werden können (Internationale Klassifikation psychischer Störungen als Teil des ICD-10 der WHO oder Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association), bleiben die Bilder, Auswirkungen und Verläufe der Erkrankungen und der Umgang mit ihnen sehr individuell und unterschiedlich. Dennoch werden in dieser Leitlinie der Begriff der „psychischen Erkrankung" und der Begriff der „Diagnose" verwendet, da dies im psychiatrischen und psychosozialen Hilfesystem ebenso gehandhabt wird und diagnostische Bezeichnungen gegenwärtig wichtige Voraussetzungen für den Hilfeanspruch darstellen.

Ein wichtiger Orientierungs- und auch Bezugspunkt der Bedarfsermittlung im Recht der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) und Grundlage des neu definierten Behinderungsbegriffs ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche für die vorliegende Leitlinie ebenso bedeutsam ist (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**). Die ICF geht von den sich in der Erkrankung manifestierenden Funktionseinschränkungen aus und ermöglicht eine international einheitliche Kommunikation über die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen unter Beachtung des gesamten Lebenshintergrunds eines Menschen. Während die Begriffe der „Therapie" und „Intervention" der Terminologie des Gesundheitsbereichs entsprechen, in erster Linie die Behandlung von akuten Erkrankungen meinen und leistungsrechtlich im SGB V verortet sind, werden im Rahmen der Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe, die im SGB IX verankert sind, Leistungen erbracht, die die Betroffenen zu einer möglichst selbstbestimmten Lebensplanung und -führung befähigen sollen. Der Zugang zu Leistungen des SGB IX ist dementsprechend nicht eine schwere psychische Erkrankung, sondern die **seelische Behinderung bzw. gemäß BTHG die Teilhabebeeinträchtigung**, welche gleichzeitig eines der entscheidenden Kriterien einer „schweren psychischen Erkrankung" ist *[19]*. Grundlage für die Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung ist der neue Behinderungsbegriff der WHO, in dessen Zentrum die Behinderung einer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft aufgrund krankheitsbedingter Funktionseinschränkungen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren steht. Die Kriterien der Teilhabebeeinträchtigung werden mittels der ärztlich ermittelten Diagnose einschließlich der sich darin manifestierenden Funktionseinschränkungen und der durch den Leistungsträger erhobenen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe erfasst. Den theoretischen und praktischen Rahmen bildet die ICF. Die Nutzung des Diagnose- und Erkrankungsbegriffs bedeutet nicht, dass andere Benennungen der psychosozialen Probleme, die eine Hilfebedürftigkeit im Sinne dieser Leitlinie begründen, nicht möglich oder wünschenswert sind. Vielmehr sollten im klinischen Kontext diese individuellen Bezeichnungen und Erklärungsmodelle im Sinne der Recovery-Orientierung im Zentrum stehen.

Zielgruppe dieser Leitlinie sind demnach Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und die psychosoziale Funktionsfähigkeit bzw. einer wesentlichen seelischen Behinderung einhergehen. Psychosoziale Interventionen können bei entsprechender Indikation auch in einer frühen Erkrankungsphase zur Anwendung kommen, um einen schweren und chronischen Verlauf zu verhindern.

Im Rahmen der Beschreibung der Zielgruppe ist zu berücksichtigen, dass psychosoziale Therapien und Interventionen so früh wie möglich angewendet werden sollten. Ziel in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sollte immer sein, einen schweren Verlauf und weitere Chronifizierung zu vermeiden und die Risiken für die Entwicklung körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme im familiären und sozialen Umfeld zu senken. Psychosoziale Therapien können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. Im **Evidenzkapitel Frühintervention** werden psychosoziale Interventionen, die in einem sehr frühen Stadium von psychischen Erkrankungen mit einem hohen Risiko für schwere psychische Erkrankungen zur Anwendung kommen können, beschrieben und hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet. Auf Basis dieser Evidenz kann die Zielgruppe breiter definiert werden. Psychosoziale Interventionen können damit bei entsprechender Indikation bereits in den ersten beiden Jahren der Erkrankungsphase zur Anwendung kommen.

Für die vorliegende Leitlinie wurde nach folgenden Erkrankungen im Sinne medizinischer Diagnosen recherchiert *[20]*:

- Schizophrenie und andere schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F 20–F 22, F 25)

- Schwere affektive Störungen: Manien (ICD-10: F 30), bipolar-affektive Störungen (ICD-10: F 31), schwere und rezidivierend-depressive Erkrankungen (ICD-10: F 32.2–F 32.3 und F 33)
- Schwere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F 60–F 61)
- Schwere Zwangsstörungen (ICD-10: F 42)

AG-Impuls-Textbox 1: Erweiterte Zielgruppe

Perspektive der AG Impuls

Möglichkeiten und Herausforderungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne eine formelle Diagnose

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" ist ein essenzieller Leitfaden für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In der Praxis begegnen wir oft Menschen mit psychischen Problemen, die sich nicht nahtlos in bestehende Diagnosekategorien einfügen. Diese Gruppe, ohne formelle Diagnose, und die Angehörigen[1] dieser Menschen stehen vor enormen Herausforderungen, insbesondere dann, wenn die Betroffenen nicht mit dem Hilfesystem in Verbindung kommen können oder möchten.

Die Gründe hierfür sind vielfältig. Sie können die Selbsteinschätzung betreffen, keine Unterstützung oder Behandlung zu benötigen, mit negativen Erfahrungen zu tun haben oder Betroffene bekommen keine Hilfe, weil ihre Situation nicht erkannt oder auch verkannt wird. Es kann hinzukommen, dass die Kompetenzen fehlen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Auch Angehörige, wenn es welche gibt und noch Kontakt besteht, haben diese Kompetenzen nicht immer. Wohnungslosigkeit und eine fehlende Krankenversicherung erschweren den Zugang zu Unterstützung zusätzlich, mit gravierenden negativen Folgen für die seelische als auch die körperliche Gesundheit und Lebenserwartung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung.

Die Verwendung von Begriffen wie „psychische Erkrankung" und „Diagnose" in der Leitlinie spiegelt die aktuelle Praxis im psychiatrischen und in Teilen auch im psychosozialen Hilfesystem wider. Es ist jedoch wichtig zu erkennen, dass psychiatrische Diagnosen soziale Konstruktionen sind und keine unverrückbaren Fakten darstellen. Die Verwendung solcher Begriffe kann den Zugang zu angemessener Unterstützung erschweren, da schwere psychische Erkrankungen oft mit negativen Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung verbunden sind. Im Vergleich zu somatischen Erkrankungen gibt es oft weniger Akzeptanz für psychische Probleme, was Menschen davon abhalten kann, professionelle Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Langfristiges Ziel sollte sein, Gesundheit und Krankheit als gegensätzliche Pole auf einem Kontinuum zu betrachten, auf dem sich die körperliche und psychische Gesundheit aller Menschen bewegt. Damit soll ein weniger stigmatisierender und offenerer Umgang mit dem Thema psychische Gesundheit ermöglicht werden.

Die vorliegende Leitlinie will nicht nur die aktuelle Evidenz verschiedener psychosozialer Therapien in der Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen bündeln und die bestehende Versorgungspraxis reflektieren, sondern auch Impulse für eine zeitgemäße Versorgung setzen. Dies erfordert aus unserer Sicht auch einen Diskurs über die Verwendung von Begriffen. Eine zukunftsorientierte Versorgung muss den Menschen in seiner Gesamtheit betrachten, alternative Sichtweisen integrieren und darauf abzielen, individuelle Bedürfnisse zu verstehen, ohne dabei in Diagnosestrukturen gefangen zu bleiben.

Die Betonung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation in dieser Leitlinie bietet eine Möglichkeit, die Diskussion zu erweitern und diese gesamtgesellschaftlich zu führen. Anstatt sich auf traditionelle Krankheitsmodelle zu stützen, ermöglicht die ICF eine umfassendere Beschreibung der Gesundheit und Störung auf verschiedenen Ebenen. Diese Perspektive berücksichtigt neben der körperlichen und psychischen Funktionsfähigkeit eines Menschen auch verschiedene fördernde oder hemmende Kontextfaktoren und macht die wechselseitige Beeinflussung und Verantwortung von Individuen, Gesellschaft, Politik und Medizin augenscheinlich. Dabei müssen auch die psychische und körperliche Gesundheit und der individuelle Unterstützungsbedarf von Angehörigen verstärkt in den Blick genommen werden. Angehörige sind eine der wichtigen Säulen bei der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen, das gilt ganz besonders für die Gruppe der Menschen ohne eine formelle Diagnose (Kapitel: **Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten**).

[1] Der Begriff Angehörige schließt weitere nahestehende, sich zugehörig fühlende Menschen ein.

Demenzerkrankungen sind ebenfalls schwere psychische Erkrankungen im Sinne dieser Leitlinie. Demenzielle Störungen gehen mit gravierenden Funktionseinbußen und Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens einher, die Erkrankungsprozesse verlaufen über lange Zeit, die Auswirkungen für das psychosoziale Netzwerk sind erheblich. Intensive psychosoziale und psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfen sind in vielen Fällen indiziert und werden häufig in Anspruch genommen. Die wissenschaftliche Evidenz zu psychosozialen Interventionen und Versorgungsangeboten bei Menschen mit Demenzerkrankungen ist allerdings umfangreich, eine Vielzahl von Interventionsstudien liegt vor, wobei eine zeitgemäße Demenzbehandlung ohne psychosoziale Interventionen nicht vorstellbar ist. Die Behandlung demenzieller Erkrankungen erfordert jedoch einen eigenen Zugang und die Evidenzbewertung in diesem Bereich eine eigene Datenanalyse. Daher wurden demenzielle Erkrankungen, für die eine eigene S3-Leitlinie der DGPPN (AWMF-Registernummer: 038-013) *[20]* vorliegt, hier nicht berücksichtigt.

Auch **Suchterkrankungen** sind häufig schwere psychische Erkrankungen im Sinne der vorliegenden Leitlinie. Dies gilt für die Schwere der Beeinträchtigung, die Vielfalt der psychosozialen Einschränkungen, für Einschränkungen der psychsozialen Funktionsfähigkeit, die häufig intensive Inanspruchnahme des Versorgungssystems sowie die in der Regel längere Zeitdauer der Erkrankung. Auch in diesem Indikationsbereich liegt

vielfältige Evidenz und ein reicher Erfahrungsschatz zu psychosozialen Versorgungsangeboten und Interventionen vor. Die Sichtung der Evidenz und Erfahrung zu psychosozialen Hilfen bei Menschen mit Suchterkrankungen erfordert allerdings eine eigene Evidenzrecherche und Bewertung der klinischen Erfahrung. Diese Evidenzrecherche und -bewertung war im Rahmen der vorliegenden S3-Leitlinie nicht möglich. Gleichwohl wurden Studien berücksichtigt, die Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und komorbider Suchtproblematik einschlossen. Psychosoziale Interventionen bei Suchtstörungen sind Gegenstand anderer suchtspezifischer Leitlinien der DGPPN; aktuell wird die S3-Leitlinie „Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung" (Registernummer 038-027) federführend durch die DGPPN erstellt.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen liegt hochwertige Evidenz aus einer Vielzahl von Studien zu unterschiedlichen psychosozialen Interventionen vor. 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 bestimmen.

Entsprechend werden in Studien zu diesen Interventionen häufig diagnostisch heterogene Patientengruppen mit „Severe Mental Illness" eingeschlossen. Trotz dieser Herangehensweise gilt, dass für die optimale Behandlung und Therapie dieser Personengruppe auch **diagnosespezifische Therapien** notwendig sind, die in den jeweiligen diagnosespezifischen Leitlinien der DGPPN behandelt werden.

2. Zusammensetzung und Organisation des Leitliniengremiums

Das Leitliniengremium setzt sich aus

- der Steuergruppe (Koordination, Recherche und Redaktion)
- der Konsensusgruppe (stimmberechtigte Mandatstragende der beteiligten Fachgesellschaften und Verbände),
- der Expert:innengruppe sowie
- der trialogisch besetzten AG Impuls zusammen.

2.1 Steuergruppe

Steuerungsgruppe	Institution	Zeitraum
PD Dr. rer. med. Uta Gühne	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig	Gesamter Zeitraum
PD Dr. med. Dr. Stefan Weinmann	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. med. Thomas Becker	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Fakultät der Universität Leipzig	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, MPH	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig	Gesamter Zeitraum

2.2 Konsensgruppe

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Prof. Dr. Peter Brieger	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Gesamter Zeitraum
Matthias Rosemann	Aktion Psychisch Kranke e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Lieselotte Mahler	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Christian Kieser	Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Sabine Köhler	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Roland Urban	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Michael Krebs	Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Christa Roth-Sackenheim	Berufsverband Deutscher Psychiater e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Meltem Avci-Werning	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Dr. Dr. Wolfgang Mastnak	Berufsverband für Künstlerische Therapien g.e.V	Gesamter Zeitraum
Univ.-Prof. Dr. Dr. Karl Hörmann	Berufsverband für Künstlerische Therapien g .e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Katja Watermann	Berufsverband für Künstlerische Therapien g. e. V.	seit 01.07.2023 bis 31.08.2025
Dr. med. Nicolas Nowack	Bundesverband Soziotherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Yvonne Wiesner	Bundesverband Soziotherapie e. V.	bis 30.06.2023

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Betram Sellner	Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e.V.	Gesamter Zeitraum
Monika Zimmermann	Bundesarbeitsgemeinschaft Inklusionsfirmen e.V.	bis 13.07.2023
Heiko Kilian	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V.	bis 30.06.2024
Olaf Stieg	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren e.V.	ab 01.08.2025
Walter Krug	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.	bis 30.09.2024
Dr. Grit Franke	Bundesarbeitsgemeinschaft Berufsbildungswerke e. V.	seit 01.09.2024
Jörg Bungart	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Gesamter Zeitraum
Angelika Thielicke	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V.	Gesamter Zeitraum
Dieter Schax	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Klaus Obert	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V.	Gesamter Zeitraum
Erdmute Scheufele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Marianne Eberhard-Kaechele	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien e.V.	Gesamter Zeitraum
Annette Theißing	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Sabine Kreß	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e. V.	Gesamter Zeitraum
Andrea Stratmann	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	bis 30.11.2023
Christiane Eck-Meißner	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V.	seit 01.12.2023
Prof. Dr. Gerhard Längle	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser	Gesamter Zeitraum
Silke Ludowisy-Dehl	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Elvira Lange	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Günter Meyer	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Gesamter Zeitraum
Alfred Karsten	Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e. V.	Gesamter Zeitraum
Werner Holtmann	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.	Gesamter Zeitraum
Franz-Josef Wagner	Bundesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit (NetzG) g.e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Nikolaus Melcop	Bundespsychotherapeutenkammer	Gesamter Zeitraum
Dr. Tina Wessels	Bundespsychotherapeutenkammer	Gesamter Zeitraum
Heike Petereit-Zipfel	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	bis 31.05.2025
Karl-Heinz Möhrmann	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	1. seit 01.07.2025
Jurand Daszkowski	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V.	Gesamter Zeitraum
Ariadne Sartorius	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	bis 30.06.2023
Benedikt Waldherr	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e. V.	Gesamter Zeitraum
Marko Daubitz	Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V.	Gesamter Zeitraum
Nils Greve	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Kay Herklotz	Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Dorothea Sauter	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. André Nienaber	Deutsche Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege e.V.	Gesamter Zeitraum
Olaf Reddemann	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Iris Veit	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.	Gesamter Zeitraum
Univ.-Dipl.-Soz.päd. Ursula Berninger	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. Beate Baumgarte	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Marianne Klein	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. med. Renate Schepker	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller, MPH	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Thomas Becker	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Matthias Bender	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Gesamter Zeitraum
PD Dr. Gabi Pitschel-Walz	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e. V.	Gesamter Zeitraum
Christel Achberger	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Silvia Krumm	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Tim J. Krause	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e. V.	Gesamter Zeitraum
Rudi Merod	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	bis 31.03.2023
Dr. Sandra Wesenberg	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Irmgard Vogt	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.	seit 01.04.2024
Dr. Franz-Peter Begher	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Gesamter Zeitraum
Marion Beutner	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.	Gesamter Zeitraum
Bettina Lauterbach	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V.	Gesamter Zeitraum
Andreas Pfeiffer	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Kathrin Schwank	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	Gesamter Zeitraum
Werner Höhl	Deutscher Verband Ergotherapie e.V.	seit 23.05.2024
Dr. Stefan Peters	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Gerhard Huber	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Gesamter Zeitraum
Dr. med. Elif Kirmizi Alsan	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.	Gesamter Zeitraum

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation	Zeitraum
Catharina Flader	EX-IN Deutschland e.V.	Gesamter Zeitraum
Wolfgang Pohlmann	EX-IN Deutschland e.V.	Gesamter Zeitraum
Prof. Dr. Reinhard Peukert	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Gesamter Zeitraum
Leonore Julius	Netzwerk von Geschwistern psychisch erkrankter Menschen	Gesamter Zeitraum
Holger Höhmann, MAS, MIM, MBA	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	Gesamter Zeitraum
Heinz Augustin	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	bis 31.12.2022
Paul Bomke	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V./Fachgruppe Psychiatrie	seit 01.09.2023

2.3 Expertengruppe

Expertinnen & Experten	Themenbereiche (alphabetisch)
Manfred K. Desch Sibylle Glauser	Angehörigenperspektive
Werner Holtmann Dr. Elke Prestin	Betroffenenperspektive
Prof. Dr. Andreas Bechdolf PD Dr. Holger Hoffmann Dorothea Jäckel Prof. Dr. Thomas Reker (bis 31.05.2023)	Berufliche Teilhabe
Prof. Dr. Michaela Amering Prof. Dr. Reinhold Kilian	Empowerment und Recovery
Prof. Dr. Matthias Schützwohl	Geistige Behinderung und psychische Erkrankung
Prof. Dr. Arno Deister Prof. Dr. Tilman Steinert	Gesundheitssystem-Perspektive
Prof. Dr. Hans-Helmut König Prof. Dr. Alexander Konnopka	Gesundheitsökonomie-Perspektive
Prof. Dr. Andreas Heinz Prof. Dr. med. Rainer Hellweg	Klinische Relevanz & Außenperspektive
Dr. Johanna Breilmann (Ernährungswissenschaften) Christian Burr (Psychiatrische Pflege) PD Dr. Annabel Müller-Stierlin (Ernährungswissenschaften, seit 01.03.2025) Prof. Dr. Kathrin Seifert (Künstlerische Therapien)	Perspektive der Pflege- und Gesundheitsfachberufe
Dr. Michael Konrad Prof. Dr. Gerhard Längle	Perspektive Teilhabe am sozialen Leben und Sozialrecht

Prof. Dr. Hans-Joachim Salize Prof. Dr. Katarina Stengler	Rehabilitation
Prof. Dr. Georg Schomerus	Stigma psychische Erkrankung
Prof. Dr. med. Iris Tatjana Graef-Calliess	Transkulturelle Psychiatrie und Migrationsaspekte
Prof. Dr. Thomas Bock Candelaria Mahlke (seit 01.01.2025) Gyöngyvér Sielaff Jörg Utschakowski	Trialog & User Involvement
Dr. Stefan Bartusch Prof. Dr. Günther Wienberg	Vernetzung von Hilfen
Prof. Dr. Dirk Richter Matthias Rosemann	Wohnen

2.4 AG Impuls

AG Impuls (Trialogische Arbeitsgruppe)

- Prof. Dr. Thomas Becker
- Jurand Daszkowski
- Manfred K. Desch
- Catharina Flader
- Sibylle Glauser
- PD Dr. Uta Gühne
- Werner Holtmann
- Leonore Julius
- Heike Petereit Zipfel
- Prof. Dr. Reinhard Peukert
- Werner Pohlmann
- Dr. Elke Prestin
- Franz-Josef Wagner
- PD Dr. Dr. Stefan Weinmann

3. Methoden der Leitlinie

3.1 Methodische Grundlagen

Die Methodik zur Leitlinienerstellung richtet sich nach dem AWMF-Regelwerk (Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien. **AWMF-Regelwerk „Leitlinien“**.

3.1.1 Systematische Recherche und Auswahl der Evidenz

Für diese Version der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen wurden durch die Leitliniengruppe klinisch relevante Fragestellungen nach dem PICO-Schema (Patient-Intervention-Comparator-Outcome) formuliert und jeweilige patientenbezogene Endpunkte bestimmt. Die PICO-Fragen und Endpunkte orientierten sich am Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung und an den Bedarfen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Kapitel **Geltungsbereich und Zweck**). Die zu behandelnden und aktualisierenden Fragestellungen wurden zum Kick-off-Meeting und im weiteren Entwicklungsverlauf der Leitlinie regelmäßig diskutiert. Die PICO-Fragen dienten als Grundlagen für die systematischen Literaturrecherchen durch die Leitliniengruppe. Die Suchstrategien für die Literaturrecherchen und Kriterien für Evidenzauswahl sind im Leitlinienreport dargestellt. Als zentrale Grundlage der Literaturrecherche dienten die Datenbanken der National Library of Medicine („PubMed“; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/), die Cochrane-Datenbanken (Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)), Embase und PsycINFO. Außerdem wurde in den Literaturverzeichnissen der identifizierten Arbeiten nach relevanten Publikationen gesucht. Im Rahmen der „Ergotherapie-Recherche“ wurde zudem die Datenbank OT Seekers genutzt. 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. Es wurden zunächst systematische Reviews und Metaanalysen berücksichtigt und in einem zweiten Schritt später erschienene oder thematisch ergänzend gelagerte Studien, 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 ersten beiden Auflagen der Leitlinie ausgerichtet. Für neu aufgenommene Interventionen erfolgte die Suche zeitlich uneingeschränkt. Zunächst wurden in einem ersten Screening-Schritt nicht-relevante Literaturstellen anhand der Abstracts entfernt. In einem zweiten Schritt erfolgte die endgültige Auswahl der Publikationen anhand der Volltexte. Der Selektionsprozess wird für jede Suche mit Hilfe des PRISMA Flow Diagramm dargestellt (s. Leitlinienreporte). Die Auswahl der Studien wurde stichprobenartig von zwei Mitarbeitenden vorgenommen.

3.1.2 Kritische Bewertung der Evidenz und Empfehlungsgraduierung

Die durch die systematische Recherche identifizierte Literatur wurde mit der für das jeweilige Studiendesign (systematische Reviews, Metaanalysen, RCTs) zutreffenden Checkliste (AMSTAR-II, RoB I) hinsichtlich der Durchführungsqualität kritisch beurteilt (siehe Leitlinienreport). Darauf basierend, wurde die Bewertung der Qualität der Evidenz auf Endpunktebene nach dem Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE)-Ansatz (https://de.gradeworkinggroup.org/) durchgeführt. Angestrebt wurde, für jede Empfehlung die höchstmögliche Evidenz (wenn möglich systematische Reviews mit Metaanalysen bzw. hochwertige Einzelstudien) zu verwenden. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden von den Expert:innen bestätigt bzw. ergänzt.

Nach der GRADE-Methodik fließen die einzelne Kriterien Risiko für Bias, Direktheit, Konsistenz der Ergebnisse, Präzision und möglicher Publikations-Bias in die Gesamtbeurteilung ein. Die Gesamtbeurteilung der Evidenzqualität wird nach dem GRADE-Ansatz in „sehr niedrig“, „niedrig“, „moderat“, „hoch“ eingeteilt (Tabelle 2). Die Bewertung der einzelnen Endpunkte ist in dem Evidenzbericht in *Summary of findings tables* im Leitlinienreport aufgelistet.

Tabelle 2: Bewertung der Evidenz nach GRADE

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Beschreibung	Symbol
Hoch	Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt.	⊕⊕⊕⊕
Moderat	Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist.	⊕⊕⊕⊖
Niedrig	Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein.	⊕⊕⊖⊖
Sehr niedrig	Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer.	⊕⊖⊖⊖

Die **Graduierung der Empfehlungsstärken** der evidenzbasierten Empfehlungen erfolgte nach dem von der AWMF vorgeschlagenen dreistufigen Schema, wonach in „stark dafür“ (A) bzw. „stark dagegen“ (A), „schwach dafür“ (B) bzw. „schwach dagegen“ (B) sowie „kann erwogen“ (0) bzw. „kann verzichtet werden“ eingeteilt werden kann (Tabelle 3).

Die Empfehlungsformulierung und Festlegung der Empfehlungsstärke erfolgten in Anlehnung an die **Evidence to Decision (EtD)-Framework**. Dabei wurden folgende Aspekte berücksichtigt: (1) Aussagesicherheit der zugrunde liegenden Evidenz (Qualität der Evidenz), (2) Nutzen-Schaden-Abwägung, (3) Wertvorstellung und Präferenzen von Betroffenen, (4) Ressourcen sowie die (5) Anwendbarkeit in Deutschland. Ein Vorschlag für eine jeweilige Empfehlung mit Empfehlungsstärke wurde durch das Redaktionsteam erarbeitet und in der Leitliniengruppe diskutiert.

Zusätzlich zu den evidenzbasierten Empfehlungen wurden Empfehlungen ohne Evidenz als Expertenkonsens (EK) formuliert und als diese gekennzeichnet.

Tabelle 3: Dreistufige Empfehlungsgraduierung

Symbol	Empfehlungsgrad	Beschreibung	Formulierung
⇑⇑	A	Starke Empfehlung	soll / soll nicht
⇑	B	Empfehlung	sollte / sollte nicht
⇔	0	Empfehlung offen	kann erwogen / kann verzichtet werden

3.1.3 Strukturierte Konsensfindung und Feststellung der Konsensstärke

Ein Kick-off-Meeting erfolgte am 28.06.2022. Die Konsensuskonferenzen dieser Leitlinien-Version erfolgten am 13.10.2022, 29.03.2023, 05.09.2023, 06.12.2023, 23.05.2024 und 16.01.2025 unter unabhängiger Moderation durch eine Vertreterin der AWMF, Frau Prof. Dr. Ina Kopp. Die Abstimmung der Empfehlungen erfolgte jeweils im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz nach NIH-Typ, nach folgendem Ablauf:

- Vorstellung der zu konsentierenden Empfehlungen durch die Steuergruppe mit Begründung
- Klärung inhaltlicher Nachfragen
- Einholen von Änderungsvorschlägen, Ergänzungen oder Alternativen (ggf. mit Priorisierung)
- Endgültige Abstimmung über die jeweilige Empfehlung und ggf. Alternativen

Die Abstimmungen erfolgten mit digitalem Abstimmungssystem, welches die Stimmabgabe anonymisiert erfasste. Die federführende und jede weitere beteiligte Organisation hatte eine Stimme. Die Protokolle der einzelnen Konferenzen und Ergebnisse der Abstimmungen finden sich im zugehörigen Leitlinienreport.

Ergänzend wurden **zwei Delphi-Abstimmungen** durchgeführt:

- Delphi-Abstimmung „Künstlerische Therapien“: Abstimmungszeitraum: 05.08. bis 27.09.2024. Diese Abstimmung wurde durchgeführt im Nachgang an die Konsensuskonferenz, auf der aus zeitlichen Gründen, eine Abstimmung nicht mehr erfolgen konnte. Eine Delphi-Runde führte zu einem starken Konsens.
- Dephi-Abstimmung: „Bewegungs- und Sportinterventionen“: Abstimmungszeitraum: 4.7. bis 25.7.2025. Abgestimmt wurde hierbei der Vorschlag, für die Empfehlung 42 (Bewegungsinterventionen), den Empfehlungsgrad von B auf A hoch zu stufen. Eine Delphi-Runde führte zu einem starken Konsens.

Die Konsensusstärke wurde entsprechend dem AWMF-Regelwerk (Tabelle 4) klassifiziert. Die Zustimmung von mindestens 75 Prozent der anwesenden Stimmberechtigten war zur Annahme einer Empfehlung notwendig.

Tabelle 4: Klassifikation der Konsensstärke

Klassifikation der Konsensusstärke	
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75 % der Stimmberechtigten
Dissens	> 50 % der Stimmberechtigten

3.2 Methodenkritische Aspekte

Die Evidenzlage zur Gestaltung des Versorgungssystems und zu psychosozialen Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hat sich insbesondere in den letzten Jahren verbessert. Hier muss berücksichtigt werden, dass sich einzelne umschriebene Interventionen wie Psychoedukation oder ein Training sozialer Fertigkeiten leichter mittels kontrollierter Studien untersuchen lassen als komplexe Versorgungsmodelle oder gar die therapeutische Haltung oder Recovery-Orientierung von psychiatrischen Einrichtungen. Viele **Fragestellungen im Bereich psychosozialer Versorgung** sind schwer mittels randomisierter Studien evaluierbar, wie etwa Sozialraumorientierung, therapeutische

Beziehungsgestaltung oder regionalisierte Versorgung. Hier muss teilweise eine Gewichtung indirekter Evidenz erfolgen. Zudem werden die Versorgungsmodelle mit dem Ausbau der gemeindepsychiatrischen Behandlung komplexer. Während in den frühen Studien meist direkte Vergleiche zwischen gemeindepsychiatrischer Behandlung und Standardkrankenhausbehandlung erfolgten, sind in den letzten Jahrzehnten ganz unterschiedliche Modelle mit einer Vielzahl von Modulen entstanden, die unterschiedlich miteinander kombiniert wurden und in den verschiedenen Ländern und Regionen, in denen die Studien durchgeführt wurden, unterschiedlich umgesetzt wurden. Zudem änderte sich die „Standardtherapie" im Laufe der Zeit, sodass die Effektstärken in älteren Studien im Zusammenhang mit der nicht mehr zeitgemäßen Standardbehandlung gesehen werden müssen. Dies kann beispielsweise bei gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodellen dazu führen, dass die Wirkstärken in älteren Studien größer sind als in neueren, da die Versorgung im Kontrollarm der Studien mittlerweile wirksame Bestandteile aufgenommen hat. Die Forschungsfragen umfassen heutzutage nicht nur die Evidenz zu bestimmten Versorgungsmodellen und Einzelinterventionen mit soziotherapeutischen Schwerpunkten, sondern auch die Art und Implementation der Intervention, die Integration in bestehende Angebote, Kosten-Effektivität und Zielgruppenspezifität.

Im Leitliniengremium bestand Einigkeit, dass bei randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) und systematischen Reviews von RCTs das **Vertrauen in die Studienergebnisse** am größten ist, da das Risiko von Verfälschung (Bias) am geringsten ist. Allerdings wurden auch die Limitationen von RCTs in der Evaluierung komplexer Versorgungsmodelle mit soziotherapeutischen Wirkfaktoren berücksichtigt. Insbesondere ist es eine Herausforderung, mittels kontrollierter Studien zu untersuchen, welche Art der Umsetzung und Erbringung psychiatrischer Dienste bei welchen Patientengruppen mit einem schlechteren oder besseren Outcome verbunden ist. Beispielhaft soll auf die erheblichen methodischen Herausforderungen der evidenzorientierten Pflegeforschung in der Psychiatrie verwiesen werden. Pflege findet überwiegend in multidisziplinären Teams statt, wo es schwierig ist, den Beitrag einzelner Professionen herauszufiltern und zu evaluieren. Des Weiteren ist psychiatrische Pflege in der Regel hochindividualisiert, nicht-manualisiert sowie kontext- und kulturabhängig.

Für RCTs ist es wichtig, Interventionen genau zu definieren und alle anderen Faktoren konstant zu halten. Diese Faktoren können Eigenschaften der Patient:innen (Geschlecht, Alter, Diagnosen), der Mitglieder des professionellen Hilfesystems (Ausbildungsgrad der Mitarbeitenden, Treue der Umsetzung des ursprünglichen Versorgungsmodells) oder soziokulturelle Faktoren (Stigma, finanzielle Absicherung und Gesetze und Praxis der Frühberentung) sein. Um klare Ergebnisse zu erhalten, werden in den Studien daher Kombinationen von Therapien und Versorgungsmodellen, wie dies in der Praxis gehandhabt wird, oft nicht direkt evaluiert. Randomisierte Studien, die in der psychiatrischen Versorgungsforschung kaum doppelblind durchgeführt werden können, werden unter experimentellen Rahmenbedingungen durchgeführt, die oft nicht der **Versorgungswirklichkeit** entsprechen und in die aufgrund der Zustimmungspflicht der Patient:innen oft nur ein Teil der Zielpopulation eingeschlossen werden kann. Die hohe interne Validität der Studie kann daher zu Problemen der externen Validität und zur Frage der Alltagsnähe führen. Dies muss in der Interpretation der Studien berücksichtigt werden.

Viele der randomisierten kontrollierten Studien zu Versorgungsmodellen oder Einzelinterventionen wurden in anderen Gesundheitssystemen wie Großbritannien oder den USA durchgeführt. Dies führt, im Unterschied zu Pharmakotherapiestudien, dazu, dass die Ergebnisse nicht direkt ins deutsche Versorgungssystem übertragen werden können, da die Gesundheitssysteme mit ihren besonderen Finanzierungsbedingungen, historisch bedingten Strukturen und anderen Kontextfaktoren die Umsetzung der Modelle beeinflussen. Daher wurde für die Entwicklung und Formulierung der einzelnen Empfehlungen aus der Synthese der Studienevidenz stets die Übertragbarkeit der Studienergebnisse ins deutsche psychiatrische Versorgungssystem überprüft und eine Herabstufung diskutiert, wenn schwerwiegende Bedenken hinsichtlich der Übertragbarkeit bestanden. Gleichzeitig wird das Potenzial hochwertiger Evidenz für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems gesehen.

Die Probleme der Randomisierung bei der Evaluierung psychiatrischer Versorgungsmodelle bei schweren psychischen Erkrankungen und die Frage, wie positive oder negative Studienergebnisse, die Vergleiche zwischen verschiedenen Modellen bei fehlender „Standardbehandlung" beinhalten, interpretiert werden sollen, lassen die Frage aufkommen, ob andere Formen der Evidenz neben den kontrollierten Studien für die Erstellung einer Leitlinie berücksichtigt werden sollen. Einerseits wurde argumentiert, dass psychiatrische Versorgungsforschung ohne Randomisierung lediglich eine besonders sorgfältige Form von Audit sei, da die Wirkung von Interventionen nur in kontrollierten Studien mit präzisen Fragestellungen erfasst werden kann; andererseits können Wirkfaktoren oft nur in nicht-kontrollierten Studien untersucht werden, und Forschungsförderung ist nicht in gleichem Maße für alle potenziell wirksamen Interventionen vorhanden. Daher wurden in die Leitlinie für die genau definierten psychosozialen Interventionen und Versorgungsmodelle lediglich randomisierte Studien und systematische Reviews von RCTs eingeschlossen. Relevante nicht-experimentelle Studien wie beispielsweise deskriptive Studien, die im deutschen Versorgungskontext durchgeführt wurden, werden in den Kapiteln teilweise aus Gründen der Veranschaulichung berichtet, ohne in den Studienpool, der für die Empfehlungen herangezogen wurde, eingeschlossen zu werden.

Die patienten- und angehörigenrelevanten Ergebnisparameter wurden aus den vielfältigen Bedarfen schwer psychisch kranker Menschen und dem der Leitlinie zugrundegelegten Recovery-orientierten Modell abgeleitet:

- Merkmale klinischer Recovery (v. a. Symptomschwere)
- Merkmale funktionaler Recovery (v. a. berufliche Teilhabe und Beschäftigung, Stabilität im Wohnen, psychosoziales Funktionsniveau)
- Merkmale persönlicher Recovery (v. a. Lebensqualität, Empowerment, Recovery, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserleben)
- Behandlungsassoziierte Merkmale (v. a. stationäre Behandlungszeiten, Behandlungszufriedenheit)
- Unerwünschte Ereignisse (Behandlungsabbrüche, Mortalität).

Wenn vorliegend, wurden Daten zur Kosteneffektivität extrahiert.

Nicht immer standen standardisierte Instrumente und Skalen zur Verfügung; es wurden die in den Studien verwendeten Instrumente herangezogen. Erschwerend ist eine große Vielfalt an verwendeten Instrumentarien, die zum Teil die in den Metaanalysen beobachtete Heterogenität mitbedingen.

Weitere in Studien beobachtete Schwächen waren u. a.

- Kurze Follow-up-Zeiträume
- Fehlende Verblindung bei der Erhebung der Ergebnisparameter
- Non-Adhärenz zum Protokoll der Intervention und unzureichende Messung der Modelltreue (Fidelity to Protocol)
- Unzureichende Beschreibung der Modelle und der Vergleichsbehandlung
- Hohe Heterogenität bezüglich der Interventionen, Kontrollinterventionen und Erhebungsinstrumente

Berücksichtigt wurden in einigen Interventionsbereichen auch ältere Studien, insbesondere dann, wenn insgesamt nur wenige Untersuchungen vorliegen. Selbstverständlich muss davon ausgegangen werden, dass sich die Versorgungspraxis stetig verändert und der Fokus deshalb auf jüngeren Studien liegen sollte. Mitunter wurden verschiedene Übersichtsarbeiten inkludiert, weil in den einzelnen Arbeiten oft unterschiedliche Fragestellungen formuliert werden. Die eingeschlossenen Primärstudien wurden jeweils geprüft und dokumentiert. Überschneidungen werden dadurch deutlich gemacht. Relevante, den Einschlusskriterien entsprechende Übersichtsarbeiten wurden dann ausgeschlossen, wenn jüngere Arbeiten mit einem vergleichbaren Pool an Primärstudien und einer vergleichbaren Fragestellung folgend, vorlagen (vgl. **Leitlinienreport**).

4. Redaktionelle Unabhängigkeit

4.1 Finanzierung der Leitlinie

Die Leitlinienerstellung wurde ausschließlich von der DGPPN, der federführenden Fachgesellschaft finanziell unterstützt. Die bereitgestellten Mittel setzen sich folgendermaßen zusammen:

- **Personalkosten:** 140.052,42 € für 0,5 VK über 29 Monate (wissenschaftliche Koordination, Evidenzrecherche, -bewertung und -synthese, Redaktion der Leitlinie)
- **Honorarkosten für die AWMF-Beratung und unabhängige Moderation**: für 7 Konferenzen à 5 Stunden (Stundensatz à 100€ + 7% USt.): ca. **3.754 €**
- **Reisekosten** für Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen im Zusammenhang mit den einmal jährlich stattfindenden Präsenztreffen der AG Impuls zum DGPPN-Kongress 2022, 2023 und 2024 (Abrechnung erfolgte individuell über die Geschäftsstelle der DGPPN)
- **Ehrenamt:** Die Arbeit der verschiedenen Expert:innen und Mitglieder der Konsensusgruppe erfolgte ehrenamtlich.
- **Aufwandsentschädigungen** der Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen für die Teilnahme an den AG Impuls-Treffen (1 Zeitstunde pro Treffen plus 1,5 h Dokumentenanalyse bei Stundensatz à 50,00€ + 7% USt) und den Konsensuskonferenzen (5 Zeitstunden pro Treffen plus 1,5 h Dokumentenanalyse bei Stundensatz à 50,00€ + 7% USt) ab 01.01.2024. Zuvor erfolgte auch die kontinuierliche Arbeit der Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen ehrenamtlich.
- **Lizenzkosten MAGICapp** bis Ende 2024 (3.000€ + 19 % USt. pro Jahr): **3.570,00€**¸ ab 2025 (1.000€ + 19% USt. Pro Jahr): 1.190,00€

4.2 Darlegung von Interessenkonflikten

Um den Aktualisierungsprozess transparent zu gestalten, wurde mit Beginn der Leitlinienentwicklung sowie fortlaufend jährlich von allen Beteiligten eine Erklärung zu Interessenkonflikten (Conflicts of Interest, CoI) angefordert. Alle Teilnehmenden legten Interessenkonflikte des laufenden Jahres und der drei zurückliegenden Jahre zu nachfolgend genannten Aspekten vollständig ausgefüllt über das AWMF-Portal „Interessenerklärung online“ offen (2022/2023/2024 sowie 2025 für neue Mitglieder des Leitliniengremiums).

Folgende Kriterien/Angaben wurden im Hinblick auf einen vorliegenden thematischen Bezug, die absolute Höhe der Bezüge sowie die Art und die Intensität der Beziehung geprüft:

- **Berater- bzw. Gutachtertätigkeit** oder bezahlte Mitarbeit in einem wissenschaftlichen Beirat eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft (z. B. Arzneimittelindustrie, Medizinproduktindustrie), eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
- **Honorare für Vortrags- und Schulungstätigkeiten** oder bezahlte Autoren- oder Co-Autorenschaften im Auftrag eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
- **Finanzielle Zuwendungen** (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitenden der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung,
- **Eigentümerinteresse an Arzneimitteln/Medizinprodukten** (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz),
- **Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien, Fonds** mit Beteiligung von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft,
- **Persönliche Beziehungen** zu einem Vertretungsberechtigten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft,
- **Mitgliedschaft** von in Zusammenhang mit der Leitlinienentwicklung relevanten Fachgesellschaften/Berufsverbänden,
- **Politische, akademische** (z. B. Zugehörigkeit zu bestimmten „Schulen“), **wissenschaftliche oder persönliche Interessen**, die mögliche Konflikte begründen könnten.

Die Erklärungen wurden von der Steuerungsgruppe gesammelt und in einem ersten Schritt intern durch zwei Interessenkonfliktbeauftragte (Uta Gühne, Steffi Riedel-Heller, ISAP, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig) bewertet. Die Erklärungen der Koordinierenden wurden durch eine dritte Person (Frau Dr. Johanna Breilmann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II Universität Ulm, Bezirkskrankenhaus Günzburg) bewertet. In einem zweiten Schritt wurden die vorgenommenen Bewertungen von einer externen Person geprüft (Julia Sander, Leiterin des Wissenschaftlichen Dienstes der DGPPN, Berlin) und diskutiert.

In einem mehrstufigen Vorgehen wurde eingeschätzt, (1) ob Interessenkonflikte vorliegen, (2) und wenn ja, ob es thematische Bezüge zu Fragestellungen der Leitlinie gibt und (3) ob eventuelle Interessenkonflikte von Relevanz hinsichtlich der Entwicklung der Leitlinie sind.

Bei Unklarheiten zu den Angaben wurden die betreffenden Mitwirkenden im Vorfeld kontaktiert. Zu Beginn jeder virtuellen Konsensuskonferenz wurden die Abstimmungsberechtigten erfasst. Die gültigen Stimmen wurden protokolliert; ungültige Stimmen bei Abstimmungen nicht zur

Grundgesamtheit gezählt. Im Rahmen der AWMF-Moderation wurde regelhaft auf die Interessenkonflikt-Kriterien und die ggf. erforderlichen Konsequenzen (Enthaltung) hingewiesen; relevante Fragen wurden diskutiert. Gemäß dem Algorithmus der AWMF erfolgte die Einschätzung potenzieller Interessenskonflikte in „gering", „moderat" oder „hoch". Eine Übersicht der Erklärungen potenzieller Interessenskonflikte aller Koordinatoren, Fachgesellschaftsdelegierten und Expert:innen und der Umgang damit findet sich im (siehe Leitlinienreport).

Die Bewertung und das Management der Interessenkonflikte erfolgten gemäß den Vorgaben des AWMF-Regelwerks. Ein geringer Interessenkonflikt wurde angenommen bei einzelnen, von der Industrie finanzierten Vorträgen; dies hätte ggf. zu einer Einschränkung von Leitungsfunktionen geführt (war nicht der Fall). Ein moderater Interessenkonflikt liegt lt. AWMF-Regelwerk vor bei Tätigkeiten in industriefinanzierten Advisory Boards, wissenschaftlichen Beiräten, Gutachterfunktionen oder Managementverantwortung in industriefinanzierten Studien; hier wird eine Stimmenthaltung bei thematisch relevanten Empfehlungen empfohlen (War nicht der Fall). Von einem hohen Interessenkonflikt wird bei Eigentumsinteressen, Arbeitsverhältnissen mit der Industrie oder größerem Aktienbesitz thematisch relevanter Firmen angenommen; in diesen Fällen wäre ein Ausschluss von Beratung und Abstimmung erfolgt (war nicht der Fall).

Dem Risiko von Verzerrung und Beeinflussung der Leitlinieninhalte durch etwaige Interessenkonflikte wurde von Beginn an durch (1) die ausgewogene Zusammensetzung der Leitliniengruppe (43 Fachgesellschaften und Verbände), deren Zusammensetzung im Kick-off-Meeting durch die AWMF geprüft und in der Leitliniengruppe diskutiert wurde, (2) die systematische Recherche und Bewertung der Evidenz und (3) die strukturierte Konsensfindung mit unabhängiger Moderation entgegengewirkt.

Die finanzierende Organisation hat keinen direkten Einfluss auf die Leitlinienerstellung und deren Inhalte genommen.

5. Formale Aspekte der Leitlinienaktualisierung

5.1 Konsultationsphase und Verabschiedung

Die fachöffentliche Konsultation bzw. Kommentierung der Leitlinie durch die beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen und ihre Mitglieder sowie weitere interessierte Kreise erfolgte vom 06.08.2025 bis zum 29.08.2025, erweitert bis zum 12.09.2025. Kommentare wurden mittels eines standardisierten Kommentierungsbogens erfasst und der Umgang damit dokumentiert (vgl. Leitlinienreport Anhang B) und berücksichtigt.

Die Leitlinie wurde im Zeitraum 16.10.2025 bis 14.11.2025 von allen Vorständen der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen verabschiedet. Es gab während der Gesamtverabschiedungsphase Kommentare von zwei Verbänden, die ebenfalls dokumentiert und zirkuliert wurden (vgl. **Leitlinienreport Anhang B**).

5.2 Gültigkeitsdauer der Leitlinie und Aktualisierungsverfahren

Die Leitlinie ist mit Stand vom 18.11.2025 (Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung) bis zum 17.11.2030 gültig. Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung der S3-Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN e. V.; leitlinien@dgppn.de). Sofern schon früher neue wissenschaftliche Erkenntnisse bekannt werden, die wichtige Änderungen in einzelnen Empfehlungen zur Folge haben würden, kann auch schon vorzeitig ein partielles Aktualisierungsverfahren eingeleitet bzw. ein Addendum erstellt werden. Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können an das Leitliniensekretariat gesendet werden.

5.3 Fassungen der Leitlinie

- **Langfassung**
- **Leitlinienreport**
- Digitales Leitlinienformat (MAGICapp, vorliegende Anwendung)
- **Kurzfassung**
- In Erstellung bzw. geplante Aktualisierungen:
  - Aktualisierung der Betroffenenformate (Betroffenenleitlinie) inkl. von TheraPart - Patientenleitlinie “Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen”
  - Wartezimmerfassung
- Psychosoziale Arbeitshilfen: „Psychosoziale Therapien für eine verbesserte Partizipation am gesellschaftlichen Leben“ (Schulungsmaterial zur Informationsveranstaltung für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen, ISBN: 978-3-96605-123-1)
- Ausführliche Langversion der Leitlinie im Psychiatrie Verlag: ISBN 978-3-96605-350-1

6. Die besondere Situation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen

6.1 Lebens- und Versorgungslagen der Betroffenen

Bei dem Versuch, die Lebens- und Versorgungslagen von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung zu beschreiben, muss man berücksichtigen, dass es kaum eine umfängliche Datenlage gibt; aber einzelne Befunde sehr wohl die besonderen Risiken der Betroffenen und ihrer Angehörigen deutlich machen. Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen müssen über eine lange Zeit mit ihren Symptomen und v. a. auch mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung und den erlebten Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen zurechtkommen. Aufgrund des frühen Beginns vieler psychischer Erkrankungen werden Lebensbiografien schon frühzeitig beeinflusst. Die Behandlungsbedarfe sind in aller Regel komplex und mit einer intensiven Inanspruchnahme psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Hilfen verbunden. Die Risiken sozialer Exklusion gegenüber der Allgemeinbevölkerung sind hoch. Viel zu häufig sind die Betroffenen von der Teilhabe an Bildung und beruflicher Beschäftigung ausgeschlossen und die sozioökonomischen Bedingungen unbefriedigend. Die Stigmatisierung gegenüber psychischen Erkrankungen ist nach wie vor hoch und für die Betroffenen und ihre Angehörigen spürbar. Auch hinsichtlich der somatischen Gesundheit sind Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung deutlich schlechter gestellt als Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung. Die Komorbidität und Mortalität sind vergleichsweise hoch.

6.1.1 Soziale und kulturelle Teilhabe

Parabiaghi et al. (2006)*[10]* konnten aufzeigen, dass **Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** (N = 343; GAF (Global Assessment of Functioning) < 50, Behandlungsdauer > 2 Jahre) in gemeindepsychiatrischer Behandlung gegenüber einer weniger stark erkrankten Patientengruppe deutlich beeinträchtigter sind. Neben deutlich reduzierterer psychosozialer Funktionsfähigkeit (DAS-II (Disability Assessment Schedule) total score, MW (SD) = 1,85 (0,94) vs. 0,44 (0,54); p < 0,001) zeigte sich auch, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung häufiger ohne Partnerschaft (84 % vs. 50 %; p < 0,001) waren und häufiger allein lebten (29 % vs. 12 %; p < 0,001).

Auch für die umschriebene Gruppe der **Menschen mit seelischen Behinderungen in der Eingliederungshilfe** wurde in der *BEASCAP-Studie* aufgezeigt, dass die Betroffenen gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich seltener in einer festen Partnerschaft leben (24 % vs. 80 %) *[22]*.

Bereits frühe Arbeiten belegen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen **weniger soziale Kontakte** haben und ihre sozialen Netze nur eingeschränkt als Ressource sozialer Unterstützung nutzbar sind. Ihre sozialen Netze sind im Vergleich zu Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung kleiner, stärker dominiert durch Familienangehörige, weniger vielschichtig in ihrer Beziehung, häufiger asymmetrisch und insgesamt kurzlebiger und störanfälliger. Mit zunehmender Erkrankungsdauer steigt der relative Anteil von Mitbetroffenen im gesamten sozialen Netzwerk *[23]*. Allerdings braucht jeder Mensch – ob mit oder ohne psychische Probleme – auf die eine oder andere Weise soziale Unterstützung. Während mit sozialen Netzwerken in erster Linie die Anzahl und Art der Kontakte einer Person beschrieben werden, fokussiert das Konzept der sozialen Unterstützung auf verschiedene Formen der Unterstützung (z. B. emotionale, instrumentelle oder informelle Unterstützung und Wertschätzung), die eine Person von ihrem sozialen Netzwerk erhält *[24]*. Von einer stärkeren sozialen Unterstützung könnten Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in vielerlei Hinsicht profitieren *[25]* und sie könnte den persönlichen Genesungsweg unterstützen *[26]*(Kapitel **Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten**).

Die **Wohnsituation** lässt sich vor allem für Menschen in Eingliederungshilfe beschreiben. In Deutschland waren Ende 2019 417.234 volljährige Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen. Dabei lebten 200.025 Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen in einer stationären Einrichtung und etwas mehr als die Hälfte (N = 217.209) in ambulant unterstützten Wohnformen, darunter 3.029 volljährige Personen in Pflegefamilien. Nahezu ein Drittel der Menschen im stationären Wohnen wies eine seelische Behinderung auf. Im bundesweiten Durchschnitt waren ca. 70 Prozent der Leistungsberechtigten in ambulant unterstützten Wohnformen von einer seelischen Behinderung betroffen. In absoluten Zahlen bedeutet dies, dass rund 158.500 Menschen mit seelischer Behinderung Leistungen des ambulant betreuten Wohnens bezogen und rund 60.000 Menschen in Wohnheimen lebten *[27]*. Wohnheime stellten für Menschen mit hohen und komplexen Versorgungsbedarfen lange Zeit die einzige Möglichkeit zum Wohnen mit der erforderlichen Unterstützung dar. Diese „Sonderwohnformen" waren nicht selten wohnortfern und oft mit einem Verlust an Eigenständigkeit und auch mit beeinträchtigten Teilhabechancen verbunden *[28]*. Heute stellt die Assistenzleistung die Unterstützung beim Wohnen dar (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**).

Eine Besonderheit stellt das **Wohnen in „besonderen", geschlossen geführten Wohnformen**, z. T. in Pflegeheimen nach SGB XI dar. Die Datenlage hierzu ist äußerst begrenzt, weshalb hierbei auch von einer „Blackbox" gesprochen wird *[29]*. Die Autor:innen einer bundesweiten quantitativen Online-Erhebung von Struktur-und Prozessdaten ehemals stationärer Wohneinrichtungen (*ZIPHER-Studie*), die das Ziel hatte, die Unterstützungslandschaft für Menschen mit seelischen Behinderungen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu beschreiben, machten erneut auf eine mangelnde Datenlage in diesem Bereich aufmerksam. Bei einem Rücklauf von lediglich 20 Prozent konnten insgesamt Daten zu 11.881 offenen und 1.268 geschlossenen Plätzen erfasst werden (1.875 Einrichtungen wurden initial angeschrieben). Die durchschnittliche Anzahl an Betreuungsplätzen lag bei offenen Einrichtungsbereichen bei 32 Plätzen und bei geschlossenen bei 23 Plätzen (max = 263 Plätze bzw. max = 117 Plätze). Basierend auf einem in der Erhebung erfassten Anteil von ca. 10 Prozent geschlossener Plätze an allen erfassten stationären Plätzen, lässt sich die Anzahl bundesweit geschlossener Heimplätze in Deutschland auf etwa 6.000 beziffern. Deutlich wurde, dass in den psychiatrischen Wohnheimen vorwiegend männliche (68,5 % Männer in offenen und 64,1 % Männer in geschlossenen Bereichen), über 50-jährige an Schizophrenie erkrankte (54,4 %) Menschen leben. Häufig benannt wurden auch andere Krankheitskategorien,

wie die der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit 10,4 Prozent, der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 9,8 Prozent und der affektiven Störungen mit 9,6 Prozent *[30]*.

Nicht alle schwer psychisch erkrankten Menschen beziehen Hilfen der Eingliederungshilfe. Ältere Befunde geben bereits Hinweise darauf, dass ein Teil der schwer psychisch kranken **Menschen in inadäquaten Wohnverhältnissen** lebt. Querschnittsdaten aus einer Stichprobe von Risikopersonen, die aufgrund von Mietschulden, anstehenden Zwangsräumungen und ähnlicher Notlagen in Gefahr waren, ihre Wohnung zu verlieren, verwiesen auf eine Prävalenz psychischer Erkrankungen von knapp 80 Prozent *[31]*.

Im Rahmen der *WOHIN-Studie*, einer Querschnittsstudie, wurde die **Wohnsituation von Menschen in psychiatrischer (teil-)stationärer Behandlung** (N = 540) einer Klinik in Berlin über einen 6-Montaszeitraum in 2016 erfasst. Überzufällig häufig wurden Männer und Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung eingeschlossen. Der ganz überwiegende Anteil der Befragten (Gruppe 1) lebte in einer Mietswohnung (64,9 %) bzw. in Wohneigentum (3,8 %). Fast 20 Prozent der befragten Patient:innen gab an, in einem betreuten Setting zu leben (Gruppe 2): 9 Prozent im Betreuten Wohnen, 5,7 Prozent in einer therapeutischen Wohngemeinschaft und in einem geringeren Umfang in therapeutischen Pflegeeinrichtungen, Altenheimen oder im Klinikum. Immerhin 13 Prozent gaben an, wohnungslos zu sein (Gruppe 3). Knapp 3 Prozent waren ganz ohne Obdach; andere der Befragten lebten in Notunterkünften, Obdachlosen- und Flüchtlingsheimen oder Frauenhäusern. Die Befragten in der Gruppe Wohnungslosigkeit waren signifikant jünger (Gruppe 1: MW = 44,8 Jahre; Gruppe 2: MW = 42,3 Jahre, Gruppe 3: MW = 38,3 Jahre) und seltener weiblich (Gruppe 1: 46,6 %, Gruppe 2: 40,2 %, Gruppe 3: 24,2 %). Zudem wurde eine Abhängigkeitserkrankung mit 74,2 Prozent am häufigsten in der Gruppe 3 diagnostiziert (Gruppe 1: 46,8 %, Gruppe 2: 62,1 %). Fehlende Schulabschlüsse waren im Ergebnis einer multinomialen logistischen Regression signifikant mit Obdachlosigkeit verknüpft; für ein Wohnen mit Betreuung schienen ein Single-Status sowie ein fehlender Schulabschluss bzw. ein Sonderschulabschluss mit Schwerpunkt Lernen relevant *[32]*.

Betrachtet man die **Gruppe wohnungsloser Menschen** in Deutschland, deren Zahl über die letzten Jahre zugenommen hat, zeigt sich basierend auf einer systematischen Zusammenschau von 11 Beobachtungsstudien und einer Metaanalyse, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen (Achse-I-Störungen) unter wohnungslosen Personen in Deutschland (N = 1.220) auf 77,4 Prozent [95 % KI: 71,3 bis 82,9] geschätzt werden kann. Besonders hervor traten dabei substanzbezogene Störungen mit einer gepoolten Prävalenz von 60,9 Prozent [95 % KI: 53,1 bis 68,5]; hierbei vor allem die Alkoholabhängigkeit mit einer Prävalenz von 55,4 Prozent [95 % KI: 49,2 bis 61,5] *[33]*. Die Jahresgesamtzahl wohnungsloser Menschen im Wohnungslosensektor ist nach Schätzung der BAG Wohnungslosenhilfe e. V. von 237.000 Menschen im Jahr 2018 auf 256.000 im Jahr 2020 gestiegen (Anstieg von 8 %). Hauptgründe für die steigenden Zahlen im Wohnungslosensektor liegen laut BAG Wohnungslosenhilfe e. V. vor allem in den unzureichenden Angeboten an bezahlbarem Wohnraum, in der Verringerung des Sozialwohnungsbestandes und einer Verfestigung von Armut *[34]*.

In der bereits weiter oben zitierten BEASCAP-Studie wurde die **Zufriedenheit in den ehemaligen Wohnformen** (ABW: niedriger Umfang (nur ambulant betreutes Wohnen) vs. Heim: sehr hoher Umfang (Wohnen im Heim)) bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und einem Bezug von Eingliederungshilfen erhoben *[22]*. Menschen in höheren Altersgruppen lebten häufiger im Heim als Menschen jüngeren Alters. Es zeigte sich, dass schwer psychisch erkrankte Menschen in Heimeinrichtungen, insbesondere „die im Heim vorhandenen, gegebenenfalls niedrigschwellig verfügbaren, direkten Kontaktmöglichkeiten mit Mitbewohnenden oder Professionellen, die zuhören und Rat geben", sehr positiv einschätzten und mit verbesserten Teilhabechancen in Verbindung brachten *[22]*. Dabei zeigten sich die Befragten im ABW gegenüber den Befragten im Heim signifikant häufiger unzufrieden bezogen auf die Anzahl von bestehenden Beziehungen (45,4 % vs. 36,4 %) sowie bezogen auf die Kontakthäufigkeit mit Freunden bzw. Freundinnen sowie Familienangehörigen (45,0 % vs. 41,5 % n. s.). Bezogen auf verschiedene Aspekte emotionaler Unterstützung (richtig zuhören, einen Rat geben, Liebe und Zuneigung geben, emotional unterstützen, so viele Kontakte wie gewünscht zu nahestehenden Menschen) gaben Menschen im Heim höhere Durchschnittswerte an. Insbesondere der Aspekt des „richtigen Zuhörens" erwies sich auch im statistischen Sinne signifikant (ABW: MW = 3,67 vs. Heim: MW = 3,88). Allerdings erlebten sich Befragte im ABW häufiger selbstbestimmt als Befragte im Heim. Etwas mehr als zwei Drittel der Befragten insgesamt (71,2 %) gaben an, sich frei entschieden zu haben, in welcher Wohnform sie leben wollen. Im ABW gaben das 80 Prozent der Befragten an; im Heimsetting hingegen gaben 55 Prozent der Befragten an, keine bzw. eine teilweise Entscheidungsfreiheit in der Wahl der Wohnform gehabt zu haben. Auch hinsichtlich der Selbstbestimmung bezogen auf die Alltagsgestaltung verwies die Befragung auf höhere Selbstbestimmungsmöglichkeiten im ABW gegenüber dem Heimsetting (69,0 % vs. 39,0 %). Dennoch fühlten sich Befragte im Heim stärker von der Gesellschaft respektiert und angenommen (62,1 % vs. 47,3 %). Interessanterweise zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit im Bereich Wohnen (MW = 6,4 vs. MW = 6,2), allerdings wurde die Zufriedenheit durch die Befragten im Heim in den Bereichen Gesundheit (MW = 5,1 vs. MW = 4,3), Freizeit (MW = 6,3 vs. MW = 5,3) und allgemeinem Lebensstandard (MW = 5,6 vs. MW = 4,7) signifikant besser eingeschätzt. Entscheidend scheint damit vor allem die Ausgestaltung der Wohnunterstützung zu sein *[22]*.

In einer weiteren Studie ließ sich zeigen, dass Menschen in „normativen" Wohnsituationen eine höhere **Wohnzufriedenheit** erlebten. Die Zufriedenheit nahm über sozio-therapeutische Einrichtungen und Wohngemeinschaften ab und war unter der Bedingung Obdachlosigkeit am geringsten. Wohnungslose Menschen wiesen mehr psychische und physische Belastungen aufgrund ihrer Wohnsituation auf als Menschen, die zu Hause oder in einer Wohngemeinschaft lebten. Befragt wurden 417 Menschen in psychiatrischer Behandlung. Die Wohnzufriedenheit wurde hierbei mit Hilfe von 25 Items bewertet, darunter Kontakte, Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten der Wohnung, wie Sicherheit oder Zugänglichkeit und subjektive Einschätzungen zum Zusammenspiel von Wohnen und psychischem und physischem Wohlbefinden *[35]*.

Eine Metaanalyse auf der Basis von acht Studien (N = 3.134 Nutzende) hinsichtlich der **Präferenzen im Bereich Wohnen** verweist darauf, dass ein Großteil der psychisch kranken Menschen unabhängiges Wohnen (allein, mit Familienangehörigen oder mit selbst gewählten anderen Personen) bevorzugen würde (0,84 [95 % KI: 0,70 bis 0,92]). Die Proportion der Befürwortenden für unabhängiges Wohnen unterschied sich dabei unwesentlich zwischen den psychisch kranken Menschen in und ohne Wohnungslosigkeit. Die Autor:innen gehen davon aus, dass der Großteil der Befragten schwer und chronisch psychisch erkrankt ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass ca. jeder fünfte der Betroffenen bevorzugt in einem stärker strukturierten und supervidierten Setting wohnen möchte *[36]*.

Die **„neuen" Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe nach dem SGB IX Teil 2** (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**) lösen sich von jedem Bezug zu einem Ort, an dem Menschen sich aufhalten. Im SGB IX Teil 2 gibt es leistungsrechtlich die Begriffe „stationär" und „ambulant" nicht mehr; ältere Studien beziehen sich noch auf diese Formen. Bei der Untersuchung der Zufriedenheit mit der Wohnsituation kommt es darauf an, die Korrelation zwischen der Intensität der Unterstützung und der Zufriedenheit unabhängig von der Wohnform zu berücksichtigen. Die Trennung von intensiver Assistenz im Heim und wenig intensiver Assistenz im ambulanten Setting sollte nach dem Willen des Gesetzgebers überwunden sein.

Eng mit der Arbeits- und Lebenssituation verbunden ist die sozioökonomische Situation, zu der auch Befunde vorliegen. In einer aktuellen Studie, in welcher schwer psychisch kranke Menschen in (teil-) stationärer Behandlung befragt wurden, gaben knapp zwei Drittel der Befragten an, über ein monatliches **Haushaltseinkommen** zu verfügen, das unter dem durchschnittlichen Nettoeinkommen eines privaten Haushalts in Deutschland im Vergleichsjahr liegt *[44]*, welches auf 3.580 Euro geschätzt wird [3]. Die Höhe des Haushaltseinkommens psychisch erkrankter Menschen, das auch international unter dem der Allgemeinbevölkerung bleibt, ist von verschiedenen Faktoren abhängig; zu nennen sind hier vor allem das Bildungsniveau und die Erwerbsintensität, aber auch Geschlecht und Familienkonstellationen *[37][38]*. Berücksichtigt werden muss bei der Einschätzung der Einkommenssituation, dass bis Anfang 2020 ein weit überwiegender Teil der Beziehenden von Leistungen der Eingliederungshilfe (EGH) in Deutschland einen Lebensstandard hatte, der auf der Höhe der Transferleistungsbeziehenden (ALG 2, Sozialhilfe, Grundsicherung) lag, da EGH ja nur im Rahmen von Sozialhilfe geleistet wurde. Die (teilweise) Heranziehung bei höherem Einkommen darf bundesweit als nicht sehr hoch eingeschätzt werden.

[3] Im Internet: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/261850/umfrage/brutto-und-nettoeinkommen-je-privatem-haushalt-in-deutschland/

In einer systematischen Übersicht wurde festgestellt, dass in den meisten der identifizierten Studien eine höhere **Verschuldung** mit einem schlechteren Gesundheitszustand zusammenhängt. Ein kausaler Zusammenhang ist jedoch schwer nachzuweisen. Eine Metaanalyse der gepoolten Odds Ratios (OR) zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen Schulden und psychischen Störungen (OR = 3,24), Depressionen (OR = 2,77), problematischem Alkoholkonsum (OR = 2,68), Drogenabhängigkeit (OR = 8,57), neurotischen Störungen (OR = 3,21) und psychotischen Störungen (OR = 4,03) *[38]*. Im Rahmen einer querschnittlichen Untersuchung der finanziellen Belastungen bei Patient:innen in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung in Deutschland (N = 488) zeigte sich, dass 55 Prozent der Befragten Schulden, Kredite oder offene Rechnungen aufwiesen. 22 Prozent der Befragten wiesen dabei Schulden in Höhe > 10.000 Euro auf und lebten von Sozialleistungen. Die Wahrscheinlichkeit für die Existenz von Schulden schien mit einem jüngeren Alter und mit substanzabhängigem Verhalten assoziiert *[40]*.

Fazit Soziale und kulturelle Teilhabe

Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sind in verschiedener Hinsicht von sozialer Ausgrenzung betroffen. Das betrifft u.a. die Wohnsituation, familiäre und außerfamiliäre soziale Netzwerke und die sozioökonomische Situation. Es muss davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der Betroffenen ein selbstständiges Wohnen in einer eigenen Wohnung präferiert. Ein wichtiges Ziel in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist in der Unterstützung sozialer und kultureller Teilhabemöglichkeiten zu sehen. Eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe muss als eine der wesentlichen Bedingungen für Recovery betrachtet werden.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können die sozialen und kulturellen Teilhabechancen schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Ansätze des unterstützten Wohnens,
- Ansätze des Trainings sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten sowie von Alltagsfertigkeiten,
- Ansätze Künstlerischer Therapien,
- ergotherapeutische Interventionen mit dem Ziel der Stärkung von Selbstversorgung und Freizeitgestaltung (Arbeit ist Gegenstand eines anderen Abschnittes in der Leitlinie),
- Familieninterventionen,
- Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und psychisch erkrankte Eltern sowie
- psychosoziale Interventionen in einem erweiterten sozialen Umfeld.

6.1.2 Teilhabe an Arbeit

Parabiaghi et al. (2006) *[10]* konnten aufzeigen, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (N = 343; GAF < 50; Behandlungsdauer > 2 Jahre) in gemeindepsychiatrischer Behandlung gegenüber einer weniger stark erkrankten Patient:innengruppe deutlich beeinträchtigter sind. Neben einer größeren Ausprägung psychopathologischer Symptome (BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) total score, MW (SD): 2,07 (0,59) vs. 1,38 (0, 28); p < 0,001) zeigte sich auch eine **drastisch höhere Erwerbslosigkeit** (in Arbeit: 6 % vs. 39 %; p < 0,001).

Für die umschriebene Gruppe der Menschen mit seelischen Behinderungen in der Eingliederungshilfe wurde in der *BEASCAP-Studie* aufgezeigt, dass die Betroffenen gegenüber der Allgemeinbevölkerung häufiger **mit fehlenden Schul- und Ausbildungsabschlüssen** ins Berufsleben starten. Die befragten Menschen in Eingliederungshilfe hatten viermal so häufig keinen Schulabschluss, häufiger einen Hauptschulabschluss

und lediglich halb so oft eine Hochschulreife. Menschen ohne einen Schulabschluss wiesen auch im Verlauf zu 87 Prozent keinen beruflichen Abschluss vor. Insgesamt gaben 41 Prozent gegenüber 18 Prozent in der Allgemeinbevölkerung einen fehlenden Berufsabschluss an *[22]*.

Entsprechend niedrig sind die **Beschäftigungsraten** in dieser Bevölkerungsgruppe. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie liegt die durchschnittliche Arbeitsrate im europäischen Vergleich zwischen 10 Prozent und 20 Prozent *[41]*. Eine Befragung von Menschen in stationär-psychiatrischer Behandlung in Deutschland ergab, dass lediglich 21 Prozent der 815 Befragten ein festes Arbeitsverhältnis hatte *[42]*. Eine andere Befragung von psychisch kranken Menschen in (teil-)stationärer Behandlung ergab, dass 34 Prozent der Befragten zum Untersuchungszeitpunkt in Arbeit bzw. in regulärer Ausbildung bzw. im Studium war. Dabei ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen denjenigen Befragten in erstmaliger (teil-)stationärer Behandlung und denjenigen Befragten nach mehrfacher Behandlung in einem (teil-)stationären Setting (in Arbeit/Ausbildung/Studium: 48 % vs. 19 %; $p < 0,01$), was Hinweise auf besondere Schwierigkeiten bezogen auf eine berufliche Teilhabe bei erhöhter Chronizität gibt *[43]*. In einer multizentrischen Beobachtungsstudie in Süddeutschland zeigte sich eine vergleichbare Arbeitsrate auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese lag hier bei 28 Prozent. Fünf Prozent der Befragten gaben an, in einer geschützten Form tätig zu sein; 26 Prozent waren arbeitslos und 23 Prozent waren aufgrund ihrer psychischen Erkrankung vorzeitig berentet *[44]*.

Viele der Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen sind über lange Zeit ohne Arbeit. Aufschluss über die besondere **Situation arbeitsloser psychisch erkrankter Menschen aus dem SGB-II-Leistungsbezug** gibt eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Demnach wiesen lt. erhobener Krankenkassendaten mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose auf. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden dabei am häufigsten registriert *[45]*. Für die Mehrheit der Befragten im Rahmen einer qualitativen Befragung von Menschen mit psychischer Erkrankung im SGB-II-Leistungsbezug hatten Arbeit und Beschäftigung einen zentralen Stellenwert *[46]*; der Wunsch nach einer bezahlten Tätigkeit und sinnvollen, strukturgebenden Tätigkeit war groß. Damit verbunden waren auch der Wunsch nach einem Verdienst, von dem sich nicht nur der Lebensunterhalt, sondern auch Hobbys, Freizeit und materielle Wünsche erfüllen lassen, der Wunsch nach Anerkennung, Bestätigung sowie sozialem Eingebundensein. Allerdings äußerten sich viele Befragte durchaus ambivalent, denn mit beruflicher Beschäftigung wurden auch negative Erfahrungen, Ängste und Unsicherheiten assoziiert. Arbeit und insbesondere eine hohe Arbeitsbelastung oder (unbezahlte) Mehrarbeit, Schichtarbeit, Wochenendarbeit, Leiharbeit, Springertätigkeit und andere Aspekte wurden sowohl als krankheitsauslösend als auch -verstärkend beschrieben. Eine fehlende sichere berufliche Perspektive werde als äußerst belastend erlebt. Die Befragten wünschten sich deshalb eine Beschäftigung, die zu ihren Interessen und ihrem Anforderungsprofil passt. Viele gaben an, gern in Teilzeit arbeiten zu wollen, um so einer Überforderung vorzubeugen. Notwendig seien ein Verständnis seitens des Kollegiums und der Vorgesetzten gegenüber der besonderen Situation und Möglichkeiten individueller Arbeitsbedingungen. Betont wurde einerseits die stabilisierende Wirkung von Arbeit und die gesundheitlich destabilisierende Wirkung von Arbeitslosigkeit andererseits. Arbeitslosigkeit führe zu mangelnder Tagesstrukturierung, fehlender sinnvoller Beschäftigung, reduzierter sozialer Kontakte und finanzieller Spielräume. Arbeitslosigkeit sei mit großem Stigma auf verschiedenen Ebenen (Familie, Nachbarn, Jobcenter, Medien) und Gefühlen von Abhängigkeit und Minderwertigkeit verbunden. Die Situation verschlechtere sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit; Desillusion, Auswegs- und Hoffnungslosigkeit nähmen zu. Nur wenige der Befragten sahen in der Arbeitslosigkeit auch eine Chance, um gesund zu werden, indem sie sich auf sich selbst fokussieren könnten *[46]*.

Psychische Erkrankungen bilden seit vielen Jahren die Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Mittlerweile wird bei 43 Prozent der **Frühverrentungen** ein Zusammenhang mit psychischen Störungen gesehen *[47]*. Eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch Rehabilitationsmaßnahmen gelingt umso seltener, je höher die Zahl der krankheitsbedingten Fehltage vor der Rehabilitation ist und weist damit auf die Bedeutung von Chronizität und Krankheitsschwere hin.

Analysen – basierend auf einer Datengrundlage aus dem Jahr 2012 – weisen auf eine **geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen bei psychischer Erkrankung** gegenüber ausgewählten Indikationen somatischer Erkrankungen vor Frührente hin. Lediglich 54 Prozent der neu berenteten Versicherten mit einer psychischen Erkrankung (affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) hatte in einem 5-Jahreszeitraum zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen. Angenommen werden verschiedene subjektive Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Reha-Leistungen (z. B. fehlende Aussicht auf Besserung, Verschlimmerung der Erkrankung) sowie der vergleichsweise späte Zeitpunkt einer Antragstellung. Diese erfolge im Falle psychischer Erkrankungen häufig erst in einem chronifizierten Stadium der Erkrankung, in dem die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kaum noch gegeben sind. Nur wenigen der Versicherten gelingt im Anschluss an eine befristete Erwerbsminderungsrente die berufliche Wiedereingliederung, da viele der Betroffenen häufig schon lange vor Gewährung der Rente keiner versicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgegangen sind *[48]*. Der geringe Anteil der Menschen, die wegen einer psychischen Erkrankung berentet wurden und zuvor innerhalb von fünf Jahren medizinische Rehabilitation in Anspruch genommen haben, verschärft sich noch bei Berücksichtigung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Denn diese sind nach den Empfehlungsvereinbarungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation von Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen ausdrücklich ausgeschlossen. Es bleibt für diesen Personenkreis neben sehr wenigen vereinzelten Angeboten nur der Zugang zur Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK), die es nicht flächendeckend in allen Bundesländern gibt und die oft nur oder vor allem junge Menschen aufnehmen.

Weitere Daten zur gesundheitsbedingten Frühberentung an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe machten deutlich, dass **psychisch kranke Menschen** auch **im Vergleich zu somatisch kranken Menschen** weniger in den Arbeitsmarkt integriert sind und ein niedrigeres Arbeitseinkommen (Bruttojahreseinkommen im Jahr vor der Berentung in Euro [Median, Männer]: 8.396,00 € vs. 12.583,00 €) haben. Menschen mit psychischer Erkrankung werden dem Median nach 4 Jahre eher berentet als Menschen mit somatischer Erkrankung; vor allem zeigt sich das relativ frühe Berentungsalter bei Menschen mit schizophrener Erkrankung, dieses liegt im Median ca. 10 Jahre früher im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungsbildern *[49]*.

Vielen der Betroffenen bleibt als Beschäftigungsoption oft eine **Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)**. Der Anteil der psychisch kranken Menschen in den Werkstätten steigt stetig an und lag 2022 bei mehr als 21 Prozent und bot damit ca. 65.000 Menschen mit psychischer Erkrankung eine Berufsbildungs- bzw. Beschäftigungsmöglichkeit *[50]*. Neben den geschützten Werkstätten stehen den Betroffenen auch Tagesstätten oder Tagesförderstätten zur Verfügung. Formal ergibt sich hiermit allerdings kein arbeitnehmerähnlicher Status; die Betroffenen erhalten kein Arbeitsentgelt. Obwohl Tagesförderstätten oft an eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) angegliedert sind, erbringen diese im Gegensatz zu einer WfbM vorrangig Leistungen zur Sozialen Teilhabe und eröffnen dadurch den Besuchern einen zweiten Lebensraum. Tagesförderstätten bieten individuelle Aktivitäten an, die auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Besucher und Besucherinnen abgestimmt sind.

Bezogen auf den Arbeitswunsch zeigt sich, dass die Mehrheit der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eine **starke Präferenz für eine wettbewerbsfähige Beschäftigung** hat. Befragungen in (teil-)stationären Behandlungssettings in Deutschland (N = 397) verweisen auf einen Anteil von 60 Prozent der Befragten mit schwerer psychischer Erkrankung und hoher Präferenz. Knapp 23 Prozent gaben eine geringe Präferenz, 17,5 Prozent eine mittlere Präferenz an. Der Arbeitswunsch war in allen Gruppen ausgeprägt. So gaben 65 Prozent derjenigen Befragten in Arbeitslosigkeit einen hohen Wunsch für eine kompetitive Beschäftigung an, 53 Prozent der Personen in geschützter Beschäftigung sowie auch 32 Prozent in Frühberentung *[44]*. In einer weiteren Befragung psychiatrisch-stationär behandelter Personen gaben 71 Prozent der Befragten ein kurz- oder mittelfristiges Interesse an einer Arbeit oder einer Ausbildung/Studium an *[43]*. Auch im Ergebnis einer systematischen Übersicht zeigt sich ein Wunsch für eine wettbewerbsfähige Beschäftigung bei der Mehrheit befragter Menschen mit einer psychischen Erkrankung *[51]*.

Fazit Berufliche Teilhabe

Bei einem hohen Arbeitswunsch bei der Mehrheit der schwer psychisch kranken Menschen und deutlich reduzierten Teilhabemöglichkeiten (geringe (Aus-)Bildungsabschlüsse, niedrige Beschäftigungsraten, hohe Erwerbslosigkeitsraten, hohe Risiken gesundheitsbedingter Frühberentung, geschützte Formen der Beschäftigung) liegt in der Unterstützung beruflicher Teilhabemöglichkeiten ein bedeutendes Ziel.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können die beruflichen Teilhabemöglichkeiten schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Ansätze der Unterstützten Beschäftigung (Supported Employment) und
- herkömmliche Ansätze beruflicher Rehabilitation (sog. Pre-Vocational-Training wie vorbereitendes Training, geschützte Ausbildung und Beschäftigung),
- ergänzende trainierende Ansätze (z. B. Training sozialer Fertigkeiten) sowie
- Ausbildungsmöglichkeiten nach dem Prinzip von Supported Education.

6.1.3 Körperliche Gesundheit

Mit Blick auf die allgemeine Gesundheit gehen schwere psychische Erkrankungen mit deutlich erhöhten **Risiken somatischer Komorbidität** *[52][53][54][55][56]* einher. Betroffen sind zahlreiche große Krankheitsgruppen; dazu zählen Infektionserkrankungen, endokrine, ernährungs- und stoffwechselbedingte Erkrankungen sowie kreislaufbedingte und respiratorische Erkrankungen. Erhöhte Risiken zeigen sich v. a. für HIV, Hepatitis, Adipositas, Diabetes, Herz- und Gefäßerkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Lungenentzündung und einige Krebsarten *[17]*.

Allein bezogen auf **Adipositas** ist das Risiko für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung um das 3-fache höher (95 % KI: 2,42 bis 3,82) als in der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenz für Übergewicht unterscheidet sich möglicherweise nicht signifikant. In der Metaanalyse wurden 120 Studien aus 43 Ländern einbezogen, die meisten Untersuchungen dazu wurden in Ländern mit hohem Einkommen durchgeführt. Die gepoolte Prävalenz von Adipositas bei Menschen mit SMI lag bei 25,9 Prozent (95 % KI: 23,3 bis 29,1) und die kombinierte gepoolte Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei 60,1 Prozent (95 % KI: 55,8 bis 63,1) *[57]*.

Die Ergebnisse einer umfassenden Metaanalyse zeigen auf, dass beispielsweise das **Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, bipolare Störungen und schwere depressive Störungen) gegenüber Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung erhöht ist (CVD (Cardiovascular Disease) OR = 1,53 [95 % KI: 1,27 bis 1,83]). Das gilt auch für verschiedene spezifische Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, wie z. B. koronare Herzkrankheiten (OR = 1,51 [95 % KI: 1,47 bis 1,55]) und zerebrovaskuläre Erkrankungen (OR = 1,42 [95 % KI: 1,21 bis 1,66]) *[55]*.

Der **Diabetes mellitus Typ 2** ist in hohem Maße prädiktiv für kardiovaskuläre Erkrankungen. Auf der Basis einer Befragung einer repräsentativen Stichprobe aus dem World Health Survey der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zwischen 2002 und 2004 (N = 224.743) konnte aufgezeigt werden, dass eine zunehmende Anzahl von psychotischen Symptomen mit einer zunehmenden Wahrscheinlichkeit von Diabetes mellitus (OR = 1,27 [95 % KI: 1,24 bis 1,30]) zusammenhing. Im Vergleich zu keiner Symptomatik erhöhte mindestens ein psychotisches Symptom das Risiko erheblich (OR = 1,71 [95 % KI: 1,61 bis 1,81]). Bei Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von Schizophrenie oder Psychose war die Prävalenz von Diabetes höher im Vergleich zu Personen mit aktuellen psychotischen Symptomen (7,3 % gegenüber 5,2 %; OR=1,65 [95 % KI: 1,21 bis 2,26]), was darauf hindeutet, dass die Persistenz der Symptome im Laufe der Zeit eine zentrale Rolle spielen könnte *[58]*.

Allerdings schwanken die Prävalenzzahlen über die verschiedenen Studien erheblich und werden auf 1,26 Prozent bis 50 Prozent (Median 13 %) geschätzt *[59]*. Es wird davon ausgegangen, dass Diabetes bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig unterdiagnostiziert wird. Im Rahmen einer weiteren Metaanalyse, in die Daten von 438.245 Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung eingeschlossen wurden, ergab sich eine gepoolte Prävalenz von 11,3 Prozent [95 % KI: 10,0 % bis 12,6 %] für den Diabetes mellitus Typ 2. Bei den Teilnehmenden, die keine Antipsychotika einnahmen, lag die Prävalenz bei 2,9 Prozent [95 % KI: 1,7 % bis 4,8 %]. Es gab keine signifikanten diagnostischen Subgruppenunterschiede. Eine vergleichende Analyse zeigte auch hier, dass Menschen mit mehreren Erkrankungsepisoden signifikant häufiger an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten als vergleichbare Kontrollpersonen (RR = 1,85 [95 % KI: 1,45 bis 2,37]; p < 0,001) *[53]*.

Die **Gründe für die hohe Morbidität** sind vielfältig und lassen sich auf verschiedenen Ebenen (Individuum, Versorgungssystem, soziale Determinanten) verorten *[60][61][62][59]*. Ein ungünstiger gesundheitsbezogener Lebensstil *[63]*, unerwünschte Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie *[64][65][56]* und eine ungenügende somatische Behandlung *[66]* sind dabei besonders hervorzuheben. So konnte in einer Übersichtsarbeit aufgezeigt werden, dass die Ernährung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung im Vergleich zu Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung ungünstiger ist und vor allem durch einen hohen Anteil an gesättigten Fetten und einen geringen Verzehr von Ballaststoffen und Obst geprägt ist *[67]*. Ebenso sind ein geringeres Maß an körperlicher Aktivität und ein hohes Maß an Bewegungsmangel bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung belegt *[68][69]*.

Die Kombination aus den verschiedenen Faktoren erhöht vor allem das Risiko für vermeidbare Begleiterkrankungen wie Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, Atemwegsleiden und durch Übergewicht verursachte Beschwerden *[70][71]*. Zudem mündet die erhöhte physische Krankheitslast der Betroffenen in einer negativ beeinträchtigten Lebensqualität und einer **deutlich geminderten Lebenserwartung** *[72][73]*. Die Mehrzahl vorzeitiger Todesfälle lässt sich auf körperliche Erkrankungen wie Herz-Kreislauferkrankungen sowie endokrine und metabolische Störungen zurückführen *[73]*.

Auf der Basis von Abrechnungsdaten aller gesetzlich krankenversicherten Erwachsenen in Deutschland ließ sich zeigen, dass die **Sterblichkeit** bei allen Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung gegenüber Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung deutlich erhöht ist. Das OR schwankte in Abhängigkeit der spezifischen Erkrankung zwischen 2,38 und 1,40 (psychotische Störungen OR = 2,38 [95 % KI: 2,32 bis 2,44]; Borderline-Persönlichkeitsstörung OR = 2,30 [95 % KI: 2,08 bis 2,54]; bipolare Störungen OR = 1,52 [95 % KI: 1,42 bis 1,62]; schwere unipolare Depressionen OR = 1,40 [95 % KI: 1,37-1,44]) *[17]*. Den Lebenszeitverlust schätzen die Autor:innen auf 2,6 Jahre (Frauen mit schwerer unipolarer Depression im Alter von 50 Jahren) bis 12,3 Jahre (Männer mit psychotischen Störungen im Alter von 20 Jahren). Er ist bei Männern höher als bei Frauen.

Daten im Rahmen der zurückliegenden Corona-Pandemie unterstreichen die Risiken für eine erhöhte Komorbidität und Mortalität schwer psychisch erkrankter Menschen. Ergebnisse deuten darauf hin, dass Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung im Vergleich zu Menschen ohne eine schwere psychische Erkrankung ein deutlich höheres Risiko für eine **COVID-19-bedingte Sterblichkeit** aufweisen. Das gilt insbesondere für Patient:innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen. Allerdings ist die Schwankungsbreite der COVID-19-bedingten Sterblichkeitsraten zwischen den Studien, die Menschen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen einschlossen, groß. Aufgrund fehlender Daten bleibt derzeit unbekannt, inwieweit Patient:innen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für eine COVID-19-bedingte Sterblichkeit aufweisen *[74]*.

Fazit Körperliche Gesundheit

Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutliche Risiken für eine erhöhte somatische Komorbidität und Mortalität. Ein wichtiges Ziel in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist deshalb in der Verbesserung der somatischen Gesundheit zu sehen.

Da von einem multifaktoriellen Geschehen für die erhöhten Risiken auszugehen ist, die vor allem in einem ungünstigen gesundheitsbezogenen Lebensstil, unerwünschten Nebenwirkungen der Psychopharmakotherapie und einer ungenügenden somatischen Behandlung liegen, müssen die Ansätze zu einer Verbesserung der körperlichen Gesundheit entsprechend breit sein. Die vorliegende Leitlinie fokussiert mit ihrem psychosozialen Schwerpunkt auf verhaltenspräventive Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können die körperliche Gesundheit schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Gesundheitsfördernde Interventionen sowie
- Bewegungs- und Sporttherapie.

Grundsätzlich soll der Fokus auf nicht-medikamentösen Ansätzen und möglichen motivierenden Ansätzen liegen. Über die körperliche Gesundheit hinaus sollen auch andere Auswirkungen, v. a. auch auf die seelische Gesundheit erfasst werden.

6.1.4 Versorgungslagen

Die Versorgungsbedarfe schwer psychisch kranker Menschen sind umfassend und komplex. In Folge der Psychiatriereform konnte in Deutschland eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erreicht werden (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**). Das Prinzip der Gleichstellung mit somatisch erkrankten Personen mündete in einer Umgestaltung der großen psychiatrischen Anstalten in moderne Krankenhäuser und Abteilungen und dem Aufbau einer vielfältigen gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur. Dennoch werden eine **Unter- und Fehlversorgung** psychisch kranker Menschen immer wieder dokumentiert (z.B. *[16][75][76][77]*). Die Kluft, die sich zwischen Behandlungsnotwendigkeit und tatsächlich erfolgter Behandlung zeigt (engl. Treatment Gap), wird in Europa für schizophrene Erkrankungen auf knapp 18 Prozent geschätzt. Für andere Störungsbilder liegt die unbehandelte Prävalenz deutlich höher *[78]*. In Deutschland verweisen Daten der *DEGS-Studie* darauf, dass lediglich jede 5. Person mit einer psychischen Erkrankung im 12-Monate-Verlauf eine Gesundheitsleistung aufgrund der psychischen Erkrankung in Anspruch genommen hat. 16 Prozent haben dabei eine ambulante, 2,3 Prozent eine stationäre und 3,5 Prozent eine niederschwellige Unterstützungsform (z. B. Selbsthilfegruppe oder Beratungsleistung) beansprucht *[79]*.

Ein zentraler Versorgungsbaustein liegt in den **Leistungen der medizinischen Behandlung**, die vor allem im SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) geregelt sind. Diese werden in Praxen der Allgemeinmedizin sowie niedergelassener Fachärzte und Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, Neurologie und Nervenheilkunde, in Psychotherapiepraxen sowie in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) erbracht. Ergänzende im SGB V verankerte ambulante Leistungen sind durch die häusliche psychiatrische Krankenpflege, durch ambulante Ergo- oder auch die Soziotherapie möglich. Eine komplexe und multiprofessionelle Versorgung wird vor allem im Rahmen (teil-)stationärer Behandlung ermöglicht.

Die Mehrheit der Versorgungsleistungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen findet im ambulanten Sektor (95,7 %) statt. 4,2 Prozent und 0,1 Prozent finden in einem stationären bzw. teilstationären Rahmen statt. Allerdings überwiegen – bei hoher somatischer Komorbidität – sowohl ambulante als auch stationäre **Behandlungen durch somatische Fachdisziplinen**. Für 98 Prozent aller Versicherten mit einer psychiatrischen Index-Diagnose konnte mindestens ein ambulanter Behandlungskontakt nachgewiesen werden. Dabei wurden fast drei Viertel der Versicherten, die aufgrund der psychiatrischen Diagnose in Behandlung waren, ausschließlich in allgemeinmedizinischer bzw. somatischer Behandlung erfasst *[75]*. Als Gründe für eine geringe Inanspruchnahme fachspezifischer Behandlungen werden verschiedene Aspekte, wie beispielsweise Behandlungspräferenzen, Stigmatisierungserleben, mangelnde Angebote oder spezifische Zugangsbarrieren diskutiert *[80][81][82][83][84]*.

Eine ambulante Behandlung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen ist unter den gegebenen Versorgungsbedingungen häufig nicht ausreichend. Insbesondere für Menschen in akuten psychischen Krisen bieten stationäre Behandlungen oftmals die einzige Möglichkeit einer dringend erforderlichen komplexen und **multiprofessionellen Behandlung**. Allerdings steigt die Zufriedenheit mit der Behandlung in psychischen Krisen bei schwer psychisch kranken Menschen mit dem Vorhalten gut entwickelter gemeindenaher Angebote und einer Krisenintervention außerhalb des Krankenhauses gegenüber einem psychosozialen Dienst, der in Notfällen auf Krankenhauseinrichtungen zurückgreift *[85]*.

Die Krankenhausverweildauer bei schwerer Depression beträgt im Median 42 Tage. **Wiederaufnahmen** innerhalb eines Jahres erfolgen in ca. 20 Prozent der Fälle. Mehr Therapieeinheiten während der stationären Behandlung und eine psychotherapeutische Anschlussbehandlung sind mit einer reduzierten Wahrscheinlichkeit für eine Wiederaufnahme assoziiert *[77]*. Bezogen auf alle psychiatrischen Behandlungen muss von Wiederaufnahmeraten von 0,55 bis 0,65 innerhalb eines Jahres nach Entlassung ausgegangen werden *[86]*.

Mittlerweile werden in verschiedenen Regionen innovative Versorgungsangebote im ambulanten Bereich vorgehalten. Bereits in den vorangegangenen Auflagen der vorliegenden Leitlinie wurden **multiprofessionelle gemeindepsychiatrische (und aufsuchende) Behandlungsansätze** für verschiedene Erkrankungsphasen und spezifische Konstellationen (z. B. bei zusätzlicher Wohnungslosigkeit) mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. Von einem flächendeckenden Angebot kann allerdings keinesfalls ausgegangen werden.

Neben dem SGB V findet die Versorgung erwachsener psychisch kranker Menschen – das gilt ganz besonders für die verschiedenen psychosozialen Hilfen – unter Beteiligung weiterer Kostenträger und unter der Regelung durch die verschiedenen Sozialgesetzbücher, wie beispielsweise die der Arbeitsagenturen (SGB III), der Jobcenter (SGB II), der Rentenversicherungsträger (SGB VI), u. U. auch des Kinder- und Jugendhilfegesetzbuches (SGB VIII), der Pflegeversicherung (SGB XI) und durch die Regelungen von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) statt. Die damit verbundene **Fragmentierung der Versorgung** gilt als eine der größten Barrieren für eine frühzeitige, komplexe, kontinuierliche und personenzentrierte Versorgung. Bezeichnet wird hiermit die strikte kostenrechtliche Trennung zwischen (teil-)stationärer und ambulanter Versorgung sowie zwischen den Zuständigkeitsbereichen der Sozialgesetzbücher für Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege *[87]*.

Verschiedene **Steuerungselemente** zielen darauf, eine koordinierte und an den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen ausgerichtete personenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Auf Einzelfallebene kann dies durch Lotsen bzw. Case Manager:innen *[87][88][89]* und auf regionaler Ebene u.a. im Rahmen der Arbeit durch die Gemeindepsychiatrischen Verbünde *[90]* unterstütz werden. Auf überregionaler Ebene erfolgt eine Steuerung der Versorgung unter anderem durch die Gesetzgebung in Bundestag und Bundesrat sowie durch die Organe der Selbstverwaltung *[91]*. So wurden beispielsweise mit dem § 140 a SGB V die Bedingungen für eine Besondere Versorgung definiert. Ziel hierbei ist, die sektorenübergreifende Leistungserbringung (stationär, ambulant, rehabilitativ) zu überwinden. Die Umsetzung gemeindepsychiatrischer, multiprofessioneller und aufsuchender Behandlungen mit dem Ziel einer personenzentrierten Versorgung und der Überwindung starrer Grenzen zwischen verschiedenen Behandlungsformen ist auch im Rahmen von Modellvorhaben nach § 64 b SGB V möglich *[92]*. Ein zentraler Aspekt dieser „neuen" Versorgungsformen ist, Menschen in psychischen Krisen die erforderliche Unterstützung so nah wie möglich an ihrer räumlichen und sozialen Umgebung zu gewähren *[93]* und damit dem geforderten Prinzip einer Behandlung „ambulant vor stationär" zu folgen.

Neben der Etablierung geeigneter und evidenzbasierter Behandlungsangebote verbunden mit der Flexibilisierung von Behandlungsmöglichkeiten und deren Vernetzung und Koordination ist es unumgänglich die individuellen Problemlagen, Bedarfe und Präferenzen der Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick zu nehmen. Neben der Förderung von Eigeninitiative und Empowerment (Kapitel **Recovery als Behandlungsziel**) liegt ein besonderer Wert in der Beziehungsgestaltung und der Unterstützung partizipativer Entscheidungsfindung. Die **Beziehungsgestaltung** zwischen professionell Tätigen und Patient:innen sowie 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. Der durch die Beziehungsgestaltung bedingte Anteil an einer Veränderung im professionellen Kontext wird auf circa 30 Prozent geschätzt *[94]*. Auch im Wirkfaktorenmodell von Grawe *[95]* lassen sich Veränderungen auf die Qualität der therapeutischen Beziehung zurückführen. Ergebnisse einer explorativen qualitativen Befragung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ihren Erfahrungen mit der Qualität der psychiatrischen Versorgung konnten zeigen, dass die Befragten in der Beziehungsgestaltung eine wesentliche Komponente und einen der wichtigsten Prädiktoren für die therapeutische Allianz sehen *[96]*.

Die **partizipative Entscheidungsfindung** (engl. Shared Decision Making) ist in diesem Zusammenhang als ein Interaktionsprozess zu verstehen, an dem Behandelte und Behandelnde aktiv beteiligt sind und auf Basis geteilter Informationen und Präferenzen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung treffen *[97][98]*. Neben den medizinischen Informationen fließen hier auch behandlungsrelevante persönliche Informationen sowie Sorgen, Befürchtungen und Vorstellungen mit ein *[99]*. „Die partizipative Entscheidungsfindung steht für die Individualisierung der Behandlung und das Empowerment des Patienten“ *[100]*. Behandelte und Behandelnde begegnen sich in diesem Modell als gleichberechtigte Partner:innen.

Ein weiteres wichtiges Ziel in der Behandlung psychischer Erkrankungen ist, schwere und chronische Verläufe nach Möglichkeit zu verhindern *[101][102]*. Das gilt insbesondere für Erkrankungen mit einem hohen Potenzial für einen schwerwiegenden Verlauf, wie Psychosen, bipolare und schwere depressive Episoden sowie diagnose-relevante Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptome *[13]*. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten Jahre zeigen, dass **Früherkennung und Frühintervention** bei diesen Personengruppen der Entwicklung von schweren psychischen Erkrankungen vorbeugen können. In der Frühintervention unterscheidet man zwei Strategien: Bei der Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für Severe Mental Illness (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. 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.

Fazit Versorgungslagen

Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung werden trotz eines vielseitigen Ausbaus gemeindepsychiatrischer Strukturen bisher unzureichend behandelt und psychosozial versorgt.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können die Versorgungssituation schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Präventive Ansätze mit dem Ziel, das Auftreten schwerer Verläufe psychischer Erkrankungen zu verhindern (Frühintervention),
- Ansätze, die die Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten von Behandlung schwer psychisch kranker Menschen in der Gemeinde beschreiben (Multiprofessionelle Teams, Case Management),
- Innovative Ansätze mit dem Potenzial, Behandlung zu ergänzen und Behandlungsergebnisse zu verbessern (Genesungsbegleitung, E-Mental Health),
- klassische Ansätze mit dem Ziel, über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren (Psychoedukation) und
- Grundlagen von Behandlung (Partizipative Entscheidungsfindung).

6.1.5 Gesundheitskompetenz und Stigmaerleben

Empowerment als eine zentrale Komponente von Recovery umfasst eine persönliche Verantwortungsübernahme, Eigeninitiative und Selbstbefähigung, schwierige Situationen zu meistern, zu überwinden und gestärkt aus diesen hervorzugehen. Empowerment ist deshalb auch mit Gesundheitskompetenz, einer gezielten Beteiligung an der Behandlungsgestaltung sowie Inanspruchnahme von Behandlung und mit den verschiedenen Formen der Selbsthilfe verbunden. Den Ansätzen der Selbsthilfe und des Selbstmanagements kommt deshalb eine weitreichende Bedeutung im Umgang mit der psychischen Erkrankung zu.

Eine Voraussetzung für Recovery und verbesserter Teilhabe liegt im Wissen und in der subjektiven Wahrnehmung von Zugangsmöglichkeiten zu Behandlungs- und Unterstützungsleistungen *[103]*. Neben der tatsächlichen Verfügbarkeit von Angeboten spielen also auch Wissen, Einstellungen und Erwartungen eine Rolle bei der Inanspruchnahme von psychosozialen Therapien. Eng mit dem Gesundheitswissen verknüpft ist das umfassende, jedoch bisher wenig einheitlich definierte Konzept von **Health Literacy**. Vogt et al. (2016) *[104]* geben eine ausführliche Übersicht über Meilensteine der internationalen Entwicklung des Konzepts. Health Literacy nach Definition der WHO

(1998)*[105]* meint einen Bestandteil von Empowerment und umfasst die kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die notwendig sind, um relevante gesundheitsbezogene Informationen zu erschließen, zu verstehen und auf effektive Weise im Sinne der Gesundheitserhaltung zu nutzen. Einen Teilbereich stellt hierbei auch E-Health Literacy dar; hierunter versteht man analog dazu die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen in elektronischen Medien zu nutzen *[106]*.

Es konnte vielfach nachgewiesen werden, dass große Teile der deutschsprachigen Bevölkerung ein begrenztes Health-Literacy-Niveau bzw. eine **geringe Gesundheitskompetenz** aufweisen. Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung den Umgang mit Gesundheitsinformationen mitunter als schwierig einschätzt, so z. B. bezüglich der Beurteilung der Zuverlässigkeit von Informationen oder bezüglich der Frage, ob eine ärztliche Zweitmeinung sinnvoll wäre. Dieser Anteil ist bei Personen mit niedriger Bildung, geringem sozioökonomischen Status, Migrationshintergrund, chronischer Krankheit und im höheren Lebensalter noch höher *[107]*. Ergebnisse einer Erhebung der Gesundheitskompetenz von schwer psychisch kranken Menschen verweisen auf eine hohe Rate geringer Gesundheitskompetenz in dieser Bevölkerungsgruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung *[108]*. Bisher gibt es nur wenige Studien, die untersuchen, wie sich die Gesundheitskompetenz dieser Bevölkerungsgruppe auf ihre Genesung auswirkt und wie sie sich im Laufe der Zeit verändert *[108]*. Bezogen auf psychische Erkrankungen kann eine geringere Gesundheitskompetenz beispielsweise einen negativen Einfluss auf die Dauer unbehandelter Psychosen *[109]*, die Schwere depressiver Symptome *[110]* oder das Erleben von Stigmatisierung haben *[111]*. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine geringere Gesundheitskompetenz mit einer dysfunktionalen, insbesondere geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen verknüpft ist. Health Literacy gilt zudem als eine essenzielle Voraussetzung für informierte Entscheidungsfindung.

Neben dem Wissen spielen auch **Einstellungen und Erwartungen an Therapien** eine große Rolle für die Inanspruchnahme. Eine Evaluation konnte zeigen, dass beispielsweise Bewegungs- und Sporttherapie in der subjektiven Bewertung weit oben rangiert. Nach Abschluss der stationären Therapie schätzten 98 Patient:innen die Bewegungs- und Sporttherapie nach Einzelgesprächen am hilfreichsten ein. Es folgten Biofeedback, Gruppentraining sozialer Kompetenzen, Gespräche mit Mitpatient:innen und weitere Angebote *[112]*. Gegenüber diesen klassischen Therapieansätzen müssen Wissen und Nutzung der Genesungsbegleitung als gering eingeschätzt werden. In einer Befragung (teil)stationär behandelter Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung gaben 38 Prozent der Befragten an, von der Möglichkeit der Genesungsbegleitung zu wissen. 15 Prozent haben Genesungsbegleitung in der Vergangenheit genutzt *[113]*. Die Ergebnisse machen deutlich, dass trotz der zahlreichen Aktivitäten und Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen, diese Recovery-orientierte Unterstützungsform stärker zu implementieren *[114]*, Genesungsbegleitung bisher weitestgehend unbekannt und ungenutzt bleibt. Von den Befragten mit einer Nutzung von Genesungsbegleitung (N = 55) gab die Mehrheit der Befragten an, Genesungsbegleitung hilfreich (N = 19) bzw. äußerst hilfreich (N = 24) wahrgenommen zu haben. In Summe entspricht das 78 Prozent der Nutzenden *[113]*.

Die Gesundheitskompetenz ist nicht allein von den individuellen Voraussetzungen des Einzelnen abhängig, sondern wird auch von sozialen und strukturellen Umgebungsbedingungen beeinflusst (vgl.*[107]*). In diesem Zusammenhang ergibt sich das Erfordernis, dass relevante **Gesundheitsinformationen** leicht zugänglich, für die jeweilige Zielgruppe geeignet, verständlich, anschlussfähig und qualitätsgesichert sein müssen. Ein Mehr an Informationen führt nicht gleichzeitig zu einer besseren Informiertheit der Bevölkerung und nicht zwingend zu einer effektiven Umsetzung (vgl. *[107]*). Das gilt einmal mehr für die Implementierung von Behandlungsempfehlungen auf der Ebene von Betroffenen und Angehörigen. Der Forschungsstand hierzu ist bisher als gering einzuschätzen *[115]*. Aspekte von Health Literacy können deshalb auch die Gestaltung des Gesundheitssystems beeinflussen, um beispielsweise den Zugang zu relevanten Informationen und ein Navigieren durch das System zu erleichtern. Insbesondere im Bereich der Versorgung psychischer Erkrankungen gilt, dass ein Überschauen geeigneter Angebote nicht nur für Betroffene und Angehörige erschwert wird, sondern oftmals auch den Behandelnden ein Überblick fehlt. Die Angebotslandschaft und Zugangsmöglichkeiten stellen sich in den einzelnen Regionen sehr unterschiedlich dar. Die einzelnen Angebote können nicht nur unterschiedliche Namen tragen, sondern auch inhaltlich anders ausgerichtet sein.

Auch der **Umgang mit Stigmatisierung** hat einen Einfluss auf die Inanspruchnahme psychosozialer Therapien und den Erkrankungsverlauf psychischer Erkrankungen. Stigmatisierung ist nach Link und Phelan *[116]* 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 *[117]*. 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**). Die gegenwärtige Organisation und Finanzierung der ambulanten Psychotherapie kann als Beispiel für eine strukturelle Benachteiligung von Menschen mit schweren psychischen Störungen angesehen werden *[118]*. Schließlich kann es zur **Selbststigmatisierung** kommen, wenn eine Person sich mit der eigenen psychischen Krankheit und mit vorherrschenden negativen Stereotypen auseinandersetzen muss *[119]*. 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 *[120][121]*. 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.

- **Stigma ist ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Hilfe**. Übersichtsarbeiten qualitativer und quantitativer Studien zeigen, dass Stigma die Inanspruchnahme von Hilfe erschwert *[122][123]*. Dabei wirken verschiedene Facetten der Stigmatisierung zusammen *[124]*. Hilfe kann vermieden werden, um das Labeling durch eine Diagnose zu vermeiden *[125]*. Selbststigmatisierung kann zu Scham und einem „Why try"-Effekt führen *[119]*. Sowohl die Inanspruchnahme von Hilfe als auch die adäquate Nutzung und Durchführung psychosozialer Therapien können durch Stigma beeinträchtigt sein *[124][126]*. Dabei ist aber nicht nur die Teilnahme an bestimmten Therapien oder Maßnahmen ein relevantes Outcome, sondern die Entscheidungsfindung selbst, die durch Stigmatisierung beeinträchtigt sein kann *[124]*. Insgesamt haben sich bisherige Untersuchungen vor allem auf Zusammenhänge zwischen Stigma und psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfen fokussiert, die Zusammenhänge mit psychosozialen Angeboten sind weit weniger gut untersucht. So ist

es bisher kaum untersucht, inwieweit gemeindepsychiatrische Angebote von den Nutzern selbst als stigmatisierend wahrgenommen und deshalb vermieden werden bzw. inwieweit die Öffentlichkeit Nutzer und Nutzerinnen von gemeindepsychiatrischen Angeboten stigmatisiert *[127]*.

- **Stigma als Hindernis bei der Etablierung von gemeindepsychiatrischen Angeboten: „Not In My Back Yard".** Auch die Etablierung von gemeindepsychiatrischen Angeboten kann durch Stigma beeinträchtigt sein. Das sogenannte „Not In My Backyard"-Syndrom (NIMBY) beschreibt eine Haltung, bei der sich Bürger:innen gegen die Etablierung von Hilfen für marginalisierte und diskriminierte Gruppen in ihrer Wohnumgebung wehren, weil sie befürchten, durch die Anwesenheit dieser Gruppen beeinträchtigt zu werden. Diese Haltung findet sich regelmäßig hinsichtlich psychosozialer Angebote für Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, etwa im Rahmen des Maßregelvollzugs, oder bei Hilfen für Suchtkranke, aber auch hinsichtlich von Angeboten der Gemeindepsychiatrie *[128]*. Daten aus der deutschen Allgemeinbevölkerung zeigen, dass zwischen 1990 und 2011 die geäußerte ausdrückliche Unterstützung für gemeindepsychiatrische Angebote in der eigenen Nachbarschaft von 34 Prozent auf 25 Prozent der Befragten abgenommen hat, wobei der Anteil derjenigen, die sich aktiv gegen beispielsweise eine Wohngruppe für Menschen mit psychischen Krankheiten wehren würden, gleichbleibend bei etwa 5 Prozent lag *[129]*. Auf der anderen Seite können psychosoziale Versorgungsangebote auch dazu beitragen, dass sich Einstellungen zu den Nutzenden der Angebote in der Gemeinde positiv verändern *[130]*.

Stigma ist demnach nicht in erster Linie ein therapeutisches Problem, sondern ein gesellschaftliches. Link und Phelan haben zu Recht darauf hingewiesen, dass Stigmatisierung auf einem Machtgefälle beruht *[131]*, 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 *[132]*. Bei der Planung und Durchführung von **Anti-Stigma-Interventionen** darf diese gesellschaftliche Dimension der Stigmatisierung nicht aus den Augen verloren werden.

Fazit Gesundheitskompetenz und Stigmaerleben

Es ist davon auszugehen, dass der Anteil geringer Gesundheitskompetenz bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen höher ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Gesundheitskompetenz ist ein wichtiger Aspekt im Rahmen von Empowerment und stellt gleichzeitig eine wichtige Voraussetzung für die Inanspruchnahme relevanter Behandlungs- und Unterstützungsleistungen dar. Ein wichtiges Ziel liegt deshalb in der Stärkung der Gesundheitskompetenz. Im Sinne einer Unterstützung des Empowerments kommt den Ansätzen der Selbsthilfe und des Selbstmanagements eine weitreichende Bedeutung im Umgang mit der psychischen Erkrankung zu. Auch die mit einer psychischen Erkrankung verbundene Stigmatisierung ist auf verschiedenen Ebenen mit verschiedenen negativen Effekten verbunden und sollte deshalb stärker ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt werden.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können im Sinne eines verbesserten Recovery die Gesundheitskompetenz und das Empowerment schwer psychisch kranker Menschen verbessern?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Ansätze, die die Selbsthilfe unterstützen (Selbstmanagement, mediengestützte Edukation, Selbsthilfegruppen),
- den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Helfenden fördern (Trialogische Ansätze).

6.2 Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen

Familienmitglieder sowie andere nahestehende Personen der psychisch erkrankten Person können eine **wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung** sein und gleichzeitig die mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen, Herausforderungen und Konsequenzen als Belastung erleben. Dabei sind alle nahestehenden Personen auf ganz unterschiedliche Art von verschiedenen Herausforderungen und Belastungen betroffen. Die einzelnen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Partner, Kinder) und andere nahestehende Personen bringen jeweils unterschiedliche Erfahrungen, Fragen und Bedürfnisse mit *[133]* und übernehmen verschiedene Aufgaben. Neben der Betreuung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte übernehmen nahestehende Personen beispielsweise auch die Suche und Organisation von professionellen Versorgungsleistungen. Insbesondere die mit der psychischen Erkrankung der nahestehenden Person verbundenen emotionalen Belastungen können gravierend sein. Zu nennen sind hierbei beispielsweise Ängste und Sorgen aufgrund ungenügender Informationen, Unsicherheiten und Überforderungserleben mit den Krankheitszeichen der psychischen Erkrankung, Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht sowie Schuldgefühlen und Sorgen hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten. Hinzu kommen nicht selten soziale Isolation, Zukunftsängste, Abgrenzungsprobleme, Trauer und Verlusterleben, Schamgefühle und Angst vor Stigmatisierung sowie ein verändertes Rollenerleben *[134]*. Die chronische Überlastung erhöht das Risiko für eigene psychische Beeinträchtigungen *[135][136]*.

Für **Eltern psychisch erkrankter Kinder** ergeben sich nicht nur große Herausforderungen hinsichtlich der (Neu-)Organisation von Alltag und Behandlung, sondern sie selbst erleben große seelische Belastungen im Zusammenhang mit den Sorgen, Ängsten und Erschwernissen. Den betroffenen Eltern fehlt die Perspektive, ihr Kind in eine Selbstverantwortung entlassen zu können; bei erwachsenen Kindern stellt sich die Frage, wieder Verantwortung für das erwachsene Kind zu übernehmen *[137]*. Häufig leben die erkrankten Kinder dauerhaft im Haushalt ihrer Eltern oder in unmittelbarer Nachbarschaft. Eltern leisten häufig dauerhaft emotionale, praktische und finanzielle Unterstützung. Eigene Lebenspläne müssen revidiert werden *[138]*. Betroffene Eltern erleben sich ihren Kindern gegenüber häufig wieder stärker verbunden; gleichzeitig erfahren sie in der Beziehung zu ihrem psychisch kranken Kind Ambivalenzen *[139]*. Sie werden in der Betreuung erwachsener Kinder mit schwerer psychischer Erkrankung und mit der Verantwortungsübernahme mit verschiedenen praktischen und moralischen Dilemmata konfrontiert *[140]*.

Die psychische Erkrankung hat auch auf andere Familienangehörige vielfältige Auswirkungen. Dazu zählen beispielsweise **Großeltern**, die häufig versuchen, einen Teil der familiären Belastungen aufzufangen oder mitzutragen. Leben **Geschwister** in der Familie, sind auch sie auf besondere Weise betroffen *[141]*. Geschwister werden unmittelbar mit menschlichem Leid, Ängsten, Belastungen, Einschränkungen und früher Verantwortungsübernahme konfrontiert *[142][143][144]*. Die Erkrankung der Schwester oder des Bruders kann mit Stigmatisierungserfahrungen einhergehen und zu Beeinträchtigungen des eigenen Selbstwertgefühls führen *[145]*. Geschwister in Familien mit einem an Schizophrenie erkrankten Kind sehen sich vor allem durch den Umgang mit den Krankheitssymptomen, die eigene emotionale Betroffenheit und die Unsicherheit darüber, wie viel Stress für das erkrankte Geschwisterkind tolerierbar ist, belastet *[146]*. Ein Großteil der Geschwister ist in die „Pflegeaktivitäten" des erkrankten Geschwisterkindes eingebunden *[144]*.

Auch die **Ehepartner:innen** der an einer Schizophrenie erkrankten Person sehen sich mit massiven Belastungen konfrontiert. Angst, Verzweiflung und Kontrollverlust werden umso stärker wahrgenommen, je weniger ein Partner bzw. eine Partnerin das Gefühl hat, über krankheitsrelevante Informationen und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten zu verfügen. Oftmals wird die psychische Erkrankung als existenzielle Bedrohung der gemeinsamen Lebensplanung erlebt *[147]*. Auch Ehepartner:innen sind über die krankheitsspezifischen Belastungen hinaus mit weiteren anhaltenden Belastungen konfrontiert, die unter anderem auch die partnerschaftliche und familiäre Ebene betreffen. Die Partnerschaften sind in vielerlei Hinsicht von Scheitern und Trennung bedroht *[136]*. Enttäuschungen und Unzufriedenheit sind auch mit den Informations- und Kooperationsmöglichkeiten von Seiten der psychiatrischen Behandlungseinrichtungen verknüpft *[135]*.

Auch **Kinder von psychisch kranken und suchtbelasteten Eltern** sind besonderen Belastungen im Entwicklungsverlauf ausgesetzt; darüber hinaus haben sie ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln und bilden damit eine besondere psychiatrische Risikogruppe *[149][150][151]*. Angaben zur Größe der betroffenen Gruppe schwanken erheblich. Untersuchungen von „Erwachsenenpopulationen" weisen auf einen Anteil psychisch kranker Eltern mit Kindern zwischen 9 und 61 Prozent hin *[152][153]*. Patientinnen haben weit häufiger Kinder als männliche Patienten *[154][155][156]*. Bezogen auf die Diagnosen muss festgestellt werden, dass unter den psychisch kranken Menschen in Elternschaft von Kindern unter 18 Jahren alle großen Diagnosegruppen vertreten sind *[157][153]*. Eine repräsentative Erhebung im deutschsprachigen Raum an schizophren/schizoaffektiv erkrankten Menschen zeigte, dass 26,5 Prozent der Befragten eigene Kinder haben, dabei haben Patientinnen etwa dreimal so oft Kinder im Vergleich zu Männern. Lediglich 41 Prozent der Befragten in Elternschaft lebte mit den eigenen Kindern in einem Haushalt *[152]*.

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 *[158]*. 2,65 Millionen Kinder sind im Laufe ihres Lebens dauerhaft oder zeitweise von elterlicher Alkoholabhängigkeit betroffen; das entspricht ca. 10 bis 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Ca. 40.000 Kinder haben Eltern mit einer Drogenabhängigkeit (0,1 bis 0,5 %). Man geht davon aus, dass mehr als 30 Prozent der Kinder aus suchtbelasteten Familien selbst suchtkrank werden oder andere psychische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder auch körperliche Störungen entwickeln. Über die Hälfte der Betroffenen zwischen 14 und 21 Jahren mit einer Abhängigkeitserkrankung stammen aus einer Familie mit (mindestens) einem alkoholabhängigen Elternteil *[158]*. Eine Untersuchung innerhalb eines stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Settings deutete darauf hin, dass etwa 50 Prozent der dort behandelten Kinder und Jugendlichen bei einem psychisch kranken Elternteil lebt *[159]*.

Studien konnten zeigen, dass das Risiko für Kinder, selbst eine affektive Störung zu entwickeln, bei elterlicher depressiver Erkrankung zwei- bis sechsmal erhöht ist; leiden beide Eltern an einer Depression, steigt das Risiko weiter an *[160][161]*. Die Auftretensraten schizophrener Störungen bei Kindern mit einem an Schizophrenie erkrankten Elternteil liegen zwischen 8 und 20 Prozent. Darüber hinaus liegt das allgemeine **Risiko für eine psychische Störung** für diese Kinder bei 30 bis 40 Prozent *[162]*. Eine andere Studie weist auf erhöhte Prävalenzraten von Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen und schulischen Problemen bei Kindern psychisch kranker Eltern hin *[163]*. Es gibt auch Hinweise auf eine erhöhte Rate kindlicher Auffälligkeiten bei Eltern mit einer Persönlichkeitsstörung *[164]*.

Die **Anpassung des Kindes** an die besonderen Entwicklungsumstände ist dabei nicht unbedingt von der Diagnose der elterlichen Erkrankung abhängig, sondern wird von verschiedenen Faktoren, wie beispielsweise Schweregrad, Art und Chronizität der Symptomatik, Komorbidität und Rückfallhäufigkeit sowie von allgemeinen familiären und psychosozialen Bedingungen der Entwicklungsumgebung moderiert *[165]*. Mit einer schweren psychischen Erkrankung sind oft vielfältige Belastungen verbunden, die auch Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben können. Hierzu zählen beispielsweise ungünstige soziale und sozioökonomische Lebensbedingungen, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, Armut, schwierige Wohnverhältnisse sowie Isolation und Stigmaerleben. Ungeachtet dessen haben auch genetische Faktoren einen Einfluss auf die Entwicklungsverläufe von Kindern psychisch kranker Eltern (vgl. *[166]*). Spezifische, mit der psychischen Erkrankung der Eltern verbundene Faktoren, die sich auf die kindliche Entwicklung auswirken können, sind beispielsweise in der Form der Krankheitsbewältigung innerhalb der Familie, im Grad der innerfamiliären Offenheit im Umgang mit der psychischen Erkrankung oder in der Stabilität der Erziehungsfähigkeit der Eltern zu sehen. Klinikeinweisungen des erkrankten Elternteils können ein traumatisches Erleben im Kind bedingen. Darüber hinaus steigen die Risiken für Kinder aus betroffenen Familien im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch zu erleben *[158]*. Retrospektive Studien weisen auch darauf hin, dass psychische Erkrankungen der Eltern im Zusammenhang mit einem erhöhten Verletzungsrisiko bei Kindern, insbesondere in den ersten Lebensjahren stehen *[167]*.

Fazit zur besonderen Situation nahestehender Menschen aus Familie und sozialem Umfeld

Familienmitglieder sowie andere nahestehende Personen (schwer) psychisch erkrankter Menschen leisten enorme, vielfältige und häufig auch langfristige Unterstützung für ihre erkrankten Angehörigen. Gleichzeitig erleben auch sie besondere Belastungen. Dabei sind alle nahestehenden Personen auf unterschiedliche Art von verschiedenen Herausforderungen und Belastungen betroffen. Insbesondere eine andauernde Überlastung kann das Risiko für eigene psychische und körperliche Beeinträchtigungen erhöhen. Erforderlich sind deshalb wirksame und bedürfnisangepasste Unterstützungsangebote für Angehörige psychisch kranker Menschen und betroffene Familien.

Fragestellung: Welche psychosozialen Ansätze können Angehörige im Umgang mit ihren erkrankten Angehörigen und betroffene Familien unterstützen?

Betrachtet und bewertet werden folgende psychosoziale Ansätze:

- Familieninterventionen
- Ansätze, die die Selbsthilfe nahestehender Personen unterstützen (z. B. mediengestützte Edukation, spezifische Angehörigengruppen),
- den Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfenden fördern (Trialogische Ansätze),
- das Potenzial haben, nahestehende Personen zu entlasten und zu begleiten (z. B. Psychoedukation, Peer-Support für Angehörige) sowie
- spezifische Angebote für Geschwisterkinder und Eltern.

7. Recovery als Behandlungsziel

Wichtige Ziele in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind die seelische und körperliche Stabilisierung, die Aktivierung und Förderung von Motivation und Ressourcen sowie die Entwicklung von Fähigkeiten für eine weitestgehend selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung und Alltagsgestaltung *[168]*. Neben somatischen, psychotherapeutischen und den in dieser Leitlinie adressierten psychosozialen Behandlungsansätzen spielen hierbei auch gesundheitspolitische Rahmenbedingungen sowie Grundhaltungen und die Gestaltung therapeutischer Beziehungen aller Beteiligten und auch die Organisation der Hilfesysteme insgesamt 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. Besonders herausgestellt werden soll zu Beginn das Recovery-Konzept.

7.1 Recovery: Einleitung

Obwohl international der Einfluss der Recovery-Orientierung auf die Ausgestaltung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungs- und Versorgungssysteme wächst und Recovery als ein bedeutendes Ziel in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen angesehen wird *[169]*, besteht immer noch eine gewisse **Unschärfe des Begriffs** *[170]*. In einem klassisch medizinischen Kontext wird Recovery als die Reduktion von Symptomen und Funktionseinschränkungen und als langfristiges Ziel von Remission definiert *[171]*. Damit impliziert es die Rückkehr zu einem früheren, prämorbiden Zustand, was dann in der Folge auch mit einer strukturierten bzw. reduzierten Nutzung von Behandlungs- und Versorgungsangeboten verbunden ist *[174]*. 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 diametral gegenüber *[172]*. In der Literatur wird dieses Konzept oft als klinische Perspektive *[173][169]*, symptomfokussierte *[174]* oder auch objektive Perspektive *[175]* bezeichnet. Allerdings zeigen Untersuchungen zu Verläufen schwerer psychischer Erkrankungen, dass diese eine hohe Varianz aufweisen *[176]* und selbst bei einer erheblichen Symptomreduktion bis hin zur klinischen Remission oft Krankheitszeichen und Folgen der psychischen Erkrankung bestehen bleiben und Betroffene und Familien sich weiterhin belastet fühlen. Hier greift die klinische Perspektive zu kurz *[175]*. Andere Verläufe sind durch ein Andauern der Symptomatik gekennzeichnet; dennoch verfügen die Betroffenen über Bewältigungsmechanismen, die es ihnen erlauben, die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen *[177]*.

In einer anderen Bedeutung, die der Selbsthilfe- und Betroffenenbewegung entspringt, geht Recovery deshalb 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 selbst bestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können" *[174]*. Hierbei wird die **persönliche, subjektive, personenzentrierte oder auch rehabilitative Perspektive** von Recovery betont *[169][174]*.

Recovery im Rahmen dieser subjektiven Perspektive kann als ein persönlicher Prozess der Veränderung der eigenen Haltungen, Werte, Gefühle und Ziele verstanden werden. Recovery kann definiert werden als ein Weg zu einem befriedigenden, hoffnungsvollen und in soziale Bezüge eingebetteten Leben innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen. Recovery beinhaltet dabei auch die Entwicklung eines Lebenssinns im Prozess der Überwindung der Folgen der psychischen Erkrankung. (Definition nach [178]).

Recovery erfordert, den Menschen in seiner Gesamtheit zu sehen *[179][169]* und kann nur durch die Betroffenen selbst erreicht werden. Professionelle Helfende können den Prozess allenfalls unterstützen. Beide Ansätze sind von Relevanz, denn während bei kurzen einzelnen Krankheitsepisoden eine Remission sehr wahrscheinlich ist, spielen die **Übernahme von Kontrolle und Verantwortung** für das eigene Leben und persönliches Wachstum und Entwicklung auch mit oder trotz weiter bestehender Symptome und psychosozialer Einschränkung bei schweren und chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen eine wesentliche Rolle im Genesungsprozess *[169][180]*.

Wissenschaftliche Fragestellungen zu Recovery richten sich auf die Charakterisierung und Bedeutung des Konzeptes selbst, auf Prädiktoren sowie auf Strategien und Interventionen zur Unterstützung von Recovery *[175]*. Im Folgenden wird auf einige wichtige Aspekte Bezug genommen.

7.2 Recovery: Konzeptionelle Aspekte und Schlüsselfaktoren

Basierend auf existierenden konzeptionellen Arbeiten leiten Whitley und Drake **fünf übergeordnete Dimensionen von Recovery** ab und binden gleichzeitig Aspekte der klinischen Perspektive von Recovery ein. Aus den einzelnen Dimensionen heraus definieren die Autoren gezielte Ansatzpunkte *[181]*:

- Klinische Dimension: z. B. Symptomverbesserung und -kontrolle
- Existenzielle Dimension: z. B. Hoffnung, Empowerment, spirituelles Wohlbefinden
- Funktionale Dimension: z. B. Ausfüllen/Tragen geschätzter gesellschaftlicher Rollen und Verantwortung, v. a. in den Bereichen von Arbeit, Bildung und Wohnen
- Körperliche Dimension: z. B. Verfolgen eines besseren gesundheitsbezogenen Lebensstils und besserer Gesundheit unter Berücksichtigung von Ernährung, Bewegung, Nebenwirkungen, komorbidem Substanzmissbrauch
- Soziale Dimension: Erfahren bedeutungsvoller Beziehungen und Integration in Familie, Freundschaften und die Gemeinde

Leamy et al. (2011) *[182]* erarbeiteten ein erstes systematisches Review zur empirischen Validierung des Konzeptes von Recovery. Berücksichtigt wurden 97 Arbeiten zu konzeptionellen Aspekten von subjektivem Recovery. In der Mehrheit handelt es sich um qualitative Studien und narrative Übersichten; 2 Studien stellten quantitative Arbeiten dar. In den Studien wurden in aller Regel schwere psychische Erkrankungen adressiert. Mit dem Gesundungsweg verbinden sich verschiedene **Merkmale**, die in der Mehrheit der Arbeiten immer wieder benannt werden. Recovery kann demnach als ein aktiver Prozess, als ein individueller und einzigartiger und als ein nicht-linearer Prozess verstanden werden. Recovery findet in Etappen oder Phasen statt und ist als ein multidimensionaler Prozess, geprägt durch „Versuch und Irrtum" zu betrachten. Recovery bedeutet auch Ringen und die Erfahrung von Veränderung. Recovery ist ein gradualer Prozess und muss nicht zwingend Heilung implizieren. Recovery wird in einer unterstützenden Umgebung gefördert. Recovery ist auch ohne professionelle Hilfe möglich *[182]*.

Die Autoren identifizierten zudem bedeutende **Prozessvariablen von Recovery (CHIME)**, von denen angenommen wird, dass sie für die praktische Arbeit von hoher Relevanz sind *[182]*:

- **C**onnectedness – Verbundenheit: z. B. Peer Support, Beziehungen, Teil der Gemeinschaft
- **H**ope – Hoffnung/Optimismus: z. B. Glaube an Recovery, Motivation für Veränderung, Träume, Sehnsüchte
- **I**dentity – Identität: z. B. Überwindung von Stigma, Neudefinition des Sinns von Identität
- **M**eaning in life – Bedeutung und Sinnfindung: z. B. der Erfahrungen mit der Erkrankung, Neuorientierung, Lebensqualität
- **E**mpowerment: z. B. Verantwortungsübernahme, Kontrolle zurückgewinnen, Fokus auf Stärken

Stuart et al. (2017) *[183]* konnten auf der Basis eines systematischen Reviews qualitativer Arbeiten zu den Erfahrungen der Nutzenden (N = 236) im Recovery-Prozess aufzeigen, dass ca. 30 Prozent der von den Nutzenden genannten Themen keinen Platz im CHIME-Modell finden. Sie identifizierten vier weitere Themen und leiteten daraus das erweiterte **Modell CHIME-D** ab:

- Schwierigkeiten: z. B. Ambivalenzen und Widersprüche, Entmachtung, finanzielle Aspekte, Verlust und negative Veränderungen, Hindernisse, komorbider Substanzmissbrauch
- Therapeutische Erfahrungen: z. B. Nutzen aus therapeutischer Zuwendung, Nebenwirkungen psycho-pharmakologischer Behandlung
- Akzeptanz und achtsame Bewusstheit: z. B. Akzeptanz, Erdung im Hier und Jetzt
- Rückkehr oder Wunsch zur/nach Normalität: inklusive Symptomreduktion und eine gewisse Basis haben

CHIME-D berücksichtigt damit stärker als bisher auch verbundene Schwierigkeiten *[183]*. **Empowerment** wurde im Rahmen der Synthese existierender Arbeiten zu Recovery am häufigsten kodiert (18,4 % der benannten Themen). Subthemen berührten hier Aspekte von persönlicher Verantwortungsübernahme, die Kontrolle über das eigene Leben und den Fokus auf Stärken. Dies zeigte sich auch in einem gewissen Gefühl für sich selbst, in körperlicher Bewegung und Aktivität und in dem Blick auf die körperliche Gesundheit: Recovery begann für eine der befragten Personen mit der Entscheidung, „das Bett zu verlassen" *[183]*.

Der Begriff **Empowerment** stammt historisch betrachtet aus Bürgerrechtsbewegungen und Bewegungen zur Vertretung von Interessen benachteiligter Bevölkerungsgruppen (Emanzipationsbewegungen) und zielt auf die Eigeninitiative von Menschen *[185]*. Empowerment kann am ehesten übersetzt werden mit Selbstbefähigung *[184]* und Förderung der Eigeninitiative *[186]*. Empowerment ist ein wichtiges Element von Recovery, weil es die Selbsthilfe unterstützt *[187]*. Empowerment kann unterstützt werden, in dem den Betroffenen Selbstbestimmung zugetraut wird und sie in ihren eigenen Wünschen, Zielen und Entscheidungen bestärkt werden *[188]*.

Empowerment zielt darauf ab, dass Menschen die Fähigkeit entwickeln und verbessern, ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst zu gestalten und sich nicht gestalten zu lassen. […] Durch den Empowerment-Ansatz sollen Personen(-gruppen) dazu ermutigt werden, ihre eigenen (vielfach verschütteten) personalen und sozialen Ressourcen sowie ihre Fähigkeiten zur Beteiligung zu nutzen, um Kontrolle über die Gestaltung der eigenen sozialen Lebenswelt (wieder) zu erobern. [189]

Allerdings gibt es auch hier eine große **konzeptionelle Heterogenität**, die allein schon bei der Begrifflichkeit deutlich wird, denn es gibt bisher keine einheitliche Übersetzung ins Deutsche *[190]*. Ein konzeptueller Review im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung verweist auf acht Hauptdimensionen, die drei Grundverständnissen (klinisch, organisational-professionell, politisch) mit jeweils eigenen Fragestellungen und Operationalisierungen zuzuordnen sind *[191]*:

- Beteiligung an Entscheidungen: z. B. Beteiligung an der Behandlungsgestaltung in der medizinischen Versorgung (Shared Decision Making)
- Selbstwirksamkeitserwartung: z. B. Kohärenzerleben
- Soziale Unterstützung und soziales Kapital
- Kompetenzen: z. B. kulturelle Techniken, soziale Fertigkeiten
- Inanspruchnahmeverhalten: z. B. Kenntnisse und Fertigkeiten, komplexe Kognitionen (Gesundheitsbewusstsein, subjektive Gesundheitstheorien), Emotionen und Motivationen (Furcht vor Institutionen, vor Krankheiten, Verantwortungsgefühl für eigenes Leben)
- Fähigkeit zur Zielsetzung und -verfolgung
- Reflexionsvermögen

- Innovation: Empowerment als Veränderungsmotivation unter Unklarheit (Risikobereitschaft) oder als Offenheit für das Experimentieren mit dem eigenen Verhalten und Umfeld.

Ein **Erfolg des Empowerment-Ansatzes** setzt Interesse und eine aktive Beteiligung aller Beteiligten voraus *[187]*. Untersuchungen in Einzelstudien konnten zeigen, dass Selbstorientierung, das Vorhandensein sozialer Kontakte, Beschäftigung und eine höhere Lebensqualität sich positiv auf das Empowerment chronisch psychisch kranker Menschen auswirken *[192][193][194]*. Die Förderung von Empowerment-Prozessen sollte Teil jedes Therapieansatzes sein, da Empowerment-orientierte Therapieansätze die Selbstbefähigung der von Krankheit betroffenen Personen erhöhen können *[188][195][196]*.

Das **Konzept der Selbstbefähigung** beinhaltet die persönliche Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen sowie die Teilnahme an Aktivitäten mit Anderen, um gemeinsame Ziele zu erreichen. Der Empowerment-Ansatz verlangt daher von den sozialpsychiatrisch tätigen Akteur:innen eine grundsätzliche Haltung, die den von einer psychischen Erkrankung Betroffenen so weit wie möglich Entscheidungsfreiheit in allen persönlichen Lebensbereichen zubilligt, einschließlich der freien Wahl der Behandelnden und Begleitenden sowie aller Mittel der Behandlung und Rehabilitation. Dies fordert auch die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) *[197]*. Verantwortung an Betroffene zurückzugeben erfordert auch die Bereitschaft, den Betroffenen zuzugestehen, positive Risiken einzugehen *[198]*. Diese werden in der Recovery-Bewegung als Schritte oder Herausforderungen im alltäglichen Leben beschrieben, die zu persönlichem Wachstum und persönlicher Entwicklung beitragen und von negativen Risiken wie Selbst- oder Fremdgefährdung sorgsam abgegrenzt werden müssen *[199]*. Positive Risiken können beispielsweise bedeuten, die Arbeitsstelle zu wechseln oder soziale Kontakte neu zu beleben. Vor allem in klinischen Settings ist diese Risikobereitschaft kaum realisiert, gleichzeitig stellt sie eine besondere Herausforderung auf professioneller Seite dar *[199]*. Auf diese Weise kann die (Wieder-)Erlangung von Selbstachtung und Anerkennung in der Gesellschaft gefördert werden. Diese sind essentiell mit dem Prozess der Genesung verbunden.

Empowerment kann auch durch die **Leistungen der Eingliederungshilfe** unterstützt werden. Aufgabe nach § 90 SGB IX, Absatz 1 ist es „Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbst bestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können." Die Leistungsberechtigten sind nach § 117 SGB IX an allen Verfahrensschritten der Leistungsgestaltung zu beteiligen.

Hoffnung als eine weitere Kernkomponente im Recovery-Prozess *[183][200]* kann definiert werden als der persönliche Glaube daran, dass Recovery überhaupt möglich ist. Hoffnung finden und erhalten bedeutet unter anderem, dass Probleme erkannt und akzeptiert werden, das Bemühen um Veränderung, die Konzentration auf individuelle Stärken, die Orientierung in die Zukunft, das Setzen von Prioritäten und die Würdigung kleiner Erfolge sowie der Glaube an sich selbst *[174]*. Betroffene berichten von Hoffnungen auf bessere Gesundheit, Wohlstand und Beziehungen sowie den Glauben an die Möglichkeit von Veränderungen und dass das Leben wieder besser wird *[183]*. Eine Skala zur Messung von Hoffnung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erwies sich als reliabel und valide *[201]*.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 1 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Empowerment"**
Empfehlungsgrad **EK**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem individuell unterschiedlichem Hilfebedarf wahrgenommen zu werden, und sollten befähigt und in die Lage versetzt werden, ihre Interessen selbst durchzusetzen, sich zu organisieren sowie ihre Lebensverhältnisse individuell bestimmen zu können (Selbstbefähigung/Empowerment).
Konsensstärke	**Starker Konsens**

7.3 Recovery: Implikationen für Behandlung und Rehabilitation

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 *[202][203][204]* und zum Anderen spezifische Interventionen *[205][206][207][208]* beschrieben, die in Einklang mit dem Paradigma stehen und von denen angenommen wird, dass sie Recovery unterstützen.

Recovery kann auf vielfältige Weise gefördert werden. Im Rahmen einer Online-Delphi-Befragung von Psychiatrie-Erfahrenen wurde deren Sicht zu zentralen Merkmalen und Kompetenzen psychiatrisch tätiger Akteur:innen hinsichtlich der Förderung von Recovery untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass das Zuhören und Respektieren der Betroffenenperspektive sowie die Förderung von Hoffnung hinsichtlich Recovery als die wichtigsten Fähigkeiten bewertet wurden, um die Ressourcen der Betroffenen zu stärken und Recovery-Prozesse zu fördern *[204]*. Verbunden mit einer **Recovery-Orientierung** ist weiterhin die Unterstützung der Betroffenen im Hinblick auf einen förderlichen Umgang mit der Erkrankung und die Bereitstellung von Behandlungsangeboten, bei deren Nutzung Behandelnde und Betroffene gemeinsam Entscheidungen treffen können *[209]*. Eine Recovery-Orientierung lässt Betroffene und professionell Helfende näher zusammenrücken *[211]*. Respekt, Empathie, Ermutigung und tragfähige Beziehungen *[210][212]* sowie Umgebungsbedingungen, die sich auf das Selbstvertrauen, die Selbstachtung und das Selbstwertgefühls förderlich auswirken, sind zentrale Haltungen in der Begleitung von psychisch kranken Menschen auf dem Recovery-Weg *[213]*.

Le Boutillier et al. (2011) *[214]* entwickelten im Rahmen eines Reviews internationaler Leitfäden ein **Konzept Recovery-orientierter Praxis** unter Berücksichtigung internationaler Perspektiven. Herausgestellt wurden 16 Themen, die sich vier praktischen Domänen zuordnen ließen:

- Förderung der Bürgerrechte: Service User (Nutzende von Gesundheitsdiensten), Respekt gegenüber den Rechten der Betroffenen, Unterstützung sozialer und beruflicher Teilhabe
- Organisatorische Verpflichtung/Commitment: Recovery-Vision, Einbettung der Recovery-Prinzipien in die Strukturen der Einrichtung, aktive Beteiligung der Nutzenden in die Entwicklung von Angeboten und deren Evaluation, Unterstützung in der Inanspruchnahme von geeigneten/ präferierten Behandlungspfaden, Training und Weiterbildung der Mitarbeitenden in erforderlichen Kompetenzen
- Unterstützung von persönlichem Recovery: Förderung von Individualität und Autonomie der Nutzenden, deren Präferenzen und Selbstbestimmung, informierte Entscheidungsfindung, Peer-Support, Fokussierung von Stärken, ganzheitliche Ausrichtung
- Arbeitsbeziehung: partnerschaftliche Beziehung und Förderung der Autonomie im Behandlungsverlauf, Hoffnungen nähren

Aus Sicht der Leistungserbringenden verbindet sich mit einer Recovery-orientierten Praxis neben dem klinischen und dem persönlichen Recovery-Ansatz auch der Ansatz von **Versorgungssystem-definierter Recovery**. Letztere beschreibt die Umsetzung von Recovery in die Praxis entsprechend der durch die Einrichtung bzw. das Versorgungssystem definierten Ziele und finanziellen Rahmenbedingungen. Damit wird das alltägliche professionelle Handeln sehr durch die institutionellen Gegebenheiten einschließlich ideologischer Aspekte beeinflusst. Insgesamt zeigten sich große konzeptionelle Unklarheiten hinsichtlich einer Recovery-orientierten Praxis bei den befragten Akteur:innen. Eingeschlossen in die narrative Synthese wurden 22 Arbeiten (N = 1163). Deutlich wurde eine Inkonsistenz hinsichtlich des Einflusses politischer Vorgaben, der Entscheidungen zu finanziellen Voraussetzungen und den Zielen in den Organisationen *[215]*.

Recovery-orientierte Interventionen folgen konsequent einer personenzentrierten Ausrichtung *[216]*. Das Hauptziel dieser Interventionen besteht darin, die Menschen für ein weitgehend unabhängiges Leben in der Gemeinde zu befähigen, dort zu lernen, zu arbeiten, verschiedene soziale Rollen zu leben und an verschiedenen Aktivitäten teilzuhaben (vgl.*[216]*). Basierend auf dem CHIME-Rahmenkonzept und den dort definierten Recovery-Prozessvariablen leiten Slade et al. (2014) *[207]* empirisch gestützte **Pro-Recovery-Interventionen** ab. Ziel ist, Interventionen zu identifizieren, mit deren Anwendung ein Recovery-orientiertes Behandlungs- und Versorgungssystem ausgestaltet werden kann. Die Autor:innen weisen explizit darauf hin, dass die Darstellung keinesfalls erschöpfend ist:

- Peer Support informell und formell (Evidenzkapitel **Peer-Support**)
- Patientenverfügungen, allerdings mit unzureichender Evidenzlage *[217]* und Herausforderungen bei der Implementierung *[218][219]*
- Spezielle Selbstmanagement-Ansätze, z. B. Wellness Recovery Action Planning (WRAP) *[242][220]*, Illness Management and Recovery (IMR) (Evidenzkapitel **Selbsthilfe und Selbstmanagement**)
- REFOCUS als Intervention zur Etablierung einer stärkeren Recovery-Orientierung in Behandlungsteams *[221]*
- Stärkenmodell im Rahmen von Case Management (Evidenzkapitel **Case Management**)
- Individual Placement and Support (Evidenzkapitel **Supported Education und Supported Employment**)
- Supported Housing (Evidenzkapitel **Unterstütztes Wohnen**)
- Recovery Colleges/Recovery-Education-Programme als Ansätze zur Wissensbeteiligung, um Recovery zu fördern und Teilhabemöglichkeiten zu verbessern
- Trialog (Kapitel **Trialogische Ansätze**)

Auch Winsper et al. (2020) *[208]* identifizierten im Rahmen einer systematischen Recherche – berücksichtigt wurden 309 qualitative und quantitative Arbeiten – verschiedene genesungsorientierte Interventionen, welche sie vier interventiven Kategorien zuordneten:

- **Psychoedukative Ansätze** (individuell oder in der Gruppe): Illness Management and Recovery (IMR), Psychiatrische Patient:innenverfügungen, Wellness Recovery & Action Planning (WRAP), Recovery Workbook, Recovery Colleges
- **Peer-Ansätze:** Peer Support, Peer-geleitete Programme, Genesungsbegleitung
- **Ansätze zur Verbesserung der sozialen Inklusion:** Supported Employment (Individual Placement and Support, Individual Enabling and Support), Supported Housing, persönliches Budget, Stärkenmodell
- **Pro-Recovery & Mental-Health-Literacy-Training:** Genesungsorientierte Schulungen für psychosoziale Fachkräfte (z. B. REFOCUS/REFOCUS-PULSAR, das KVT(CRTP)) und Erste-Hilfe-Schulungen zur psychischen Gesundheit (MHFA) für die Öffentlichkeit.

Zentrale Outcomes für persönliches Recovery werden auf funktionaler (z. B. berufliche Beschäftigung, unabhängiges Wohnen), existentieller (z. B. Empowerment, Selbstwirksamkeit, reduziertes Selbststigma) und sozialer Ebene (z. B. soziale Funktionen, Integration in die Gemeinde) gesehen

und in den Studien erfasst *[208]*. Durchaus können zentrale Aspekte im Recovery-Prozess, wie beispielsweise eine wettbewerbsfähige Beschäftigung *[181]*, sowohl auf funktionaler als auch auf existentieller und sozialer Ebene die Genesung fördern, indem beispielsweise auch Empowerment oder soziale Funktionen gestärkt werden (vgl.*[208]*). Zentrale Wirkmechanismen bei der Umsetzung werden in der (1) Bereitstellung von Informationen und im Trainieren spezifischer Fertigkeiten, (2) in einer tragbaren therapeutischen Beziehung, (3) in der „Vorbildfunktion" der Peer-Spezialist:innen für ein „normales" Leben mit der Erkrankung sowie (4) in den Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten gesehen *[208]*.

Im Zuge der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Recovery-Konzept sind zahlreiche Instrumente entwickelt und evaluiert worden, mit denen sich Recovery-Orientierung auf einer individuellen als auch auf Team- oder Institutionseben erheben lässt. Autor:innen einer Übersicht identifizierten **33 Instrumente.** Mit 22 dieser Instrumente lässt sich Recovery aus der subjektiven Perspektive erfassen *[222]*.

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 *[223]*
- Schulungsprogramm Recovery praktisch *[224]*
- Das Leben wieder in den Griff bekommen *[225]*
- Das Gezeitenmodell *[226]*.

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.

AG-Impuls-Textbox 2: Recovery

Perspektive der AG Impuls

Recovery als vernachlässigtes Konzept in der psychosozialen Versorgung?

Aus der Sicht der Betroffenen und Angehörigen ist es erfreulich, dass den Themen Recovery und Empowerment in dieser Leitlinie eine so hohe Bedeutung beigemessen wird. Dies gilt nicht nur für die inhaltliche Schwerpunktsetzung, sondern auch für den Entstehungsprozess der vorliegenden dritten aktualisierten und überarbeiteten Auflage. Die trialogisch besetzte AG Impuls hat diesen Prozess kontinuierlich begleitet und aktiv an der Texterstellung mitgewirkt. Das in der Leitlinie geforderte partizipative Denken und Handeln wurde damit modellhaft umgesetzt.

Trotz mancher Leuchtturmprojekte bleibt allerdings zu konstatieren, dass Recovery und Empowerment in der Praxis der psychosozialen Versorgung insgesamt noch längst nicht den Stellenwert haben, der ihnen zukommen sollte. Ein erstes Problem besteht im mangelnden Kenntnisstand: Die Abgrenzung des (hier relevanten) Recovery-Konzeptes aus der Selbsthilfe vom tradierten, an der Remission von Symptomen orientierten Recovery-Begriff der Psychiatrie als Fachgebiet der Medizin ist an der Basis nach unserem Eindruck längst noch nicht hinreichend bekannt. Es ist unbedingt erforderlich, die Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller relevanten Berufsgruppen entsprechend zu erweitern. Ebenso werden niedrigschwellige Informationen und Schulungsangebote für Betroffene und Angehörige benötigt. Insbesondere die Entwicklungsgeschichte des Trialogs, die aus der Selbsthilfe entstandenen Bewegungen von Recovery und Empowerment sowie Fragen der konkreten Umsetzung von Partizipation und Inklusion müssen regelhaft thematisiert und – möglichst im direkten trialogischen Austausch – diskutiert werden.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass es bei der Förderung von Recovery und Empowerment nicht primär um die Entwicklung und Manual-getreue Umsetzung neuartiger Interventionen geht; vielmehr sind die genannten Konzepte und Zielsetzungen untrennbar mit bestimmten Grundhaltungen verbunden, darunter der Respekt vor dem psychisch erkrankten Menschen und seiner Autonomie, der Umgang auf Augenhöhe, Empathie und das ehrliche Interesse am ganzen Menschen, über Krankheitssymptome hinaus. Zentral bedeutsam ist eine auf Vertrauen gründende, verlässliche therapeutische Beziehung. Psychisch erkrankte Menschen dürfen nicht bloße Objekte standardisierter Behandlungsmaßnahmen sein, sondern sie sind Subjekte ihres Lebens, die zeitweise eine stützende professionelle Begleitung benötigen. Soweit möglich und gewünscht, sollten die Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen in diese Begleitung einbezogen werden und ihrerseits Unterstützungsangebote erhalten.

Die große Bedeutung der Haltung von Professionellen und der individuellen Passung der Hilfen führt allerdings in der Praxis zu einer gewissen Unbestimmtheit. Eine Herausforderung besteht also darin, die Konzepte von Recovery und Empowerment so zu schärfen, dass sie konkret umsetzbar sind, ohne dabei jedoch die nötige Flexibilität und die Einbettung in eine Grundhaltung aufzugeben. Ein erster wichtiger Schritt wäre die partizipative Planung und Durchführung qualitativer Erhebungen zum subjektiven Erleben der Betroffenen, sowohl retrospektiv als auch prospektiv: Was war an den Hilfen tatsächlich hilfreich und welche Wünsche gibt es seitens der handelnden Personen?

Hinsichtlich quantitativer Erhebungen ist die partizipative (Weiter-)Entwicklung von Outcome-Kriterien erforderlich: Anhand welcher Parameter lässt sich erfassen, inwieweit Recovery und Empowerment gefördert wurden? Wie „recoveryorientiert" sind einzelne Hilfeangebote? Als Ausgangspunkt können bereits vorhandene Skalen wie z. B. die Recovery Assessment Scale (RAS) dienen.

Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse sind konkrete Anforderungen an recoveryorientierte Unterstützungsleistungen zu formulieren. Benötigt werden Fidelity Scales für unterschiedliche Behandlungs-/Hilfekontexte, an deren Entwicklung Fachpersonen, Betroffene und

Angehörige gleichermaßen beteiligt werden sollten. Dabei sollten Best Practice Modelle u. a. aus der Selbsthilfe in die Forschung miteinbezogen werden. In einem solchen trialogischen Prozess sind auch Konfliktpunkte und Herausforderungen zu benennen. Bestenfalls geschieht die (Weiter-)Entwicklung von Gütekriterien fortlaufend im regelmäßigen Austausch aller Beteiligten.

Um zu gewährleisten, dass diese Gütekriterien eine praktische Relevanz erhalten, sind politische Vorgaben und Anreize erforderlich. Es ist unabdingbar, dass Reformen der Struktur und Ausgestaltung psychosozialer Hilfe- und Unterstützungsleistungen mit der Festschreibung inhaltlicher Qualitätskriterien einhergehen. Jedes Element des Hilfesystems sollte sich daran messen lassen, inwiefern es Recovery fördert.

Fazit: Es reicht nicht aus, Recovery und Empowerment als „weiche Faktoren" anzusehen, die neben der „wissenschaftlichen" Psychiatrie irgendwie mitlaufen. Stattdessen bedarf es vielfältiger Anstrengungen, um eine wirkliche Neuausrichtung der psychosozialen Hilfen zu erreichen.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 2 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Recovery"**
Empfehlungsgrad EK	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

7.4 Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung

Ausgehend vom Recovery-Ansatz und seinen verschiedenen Dimensionen *[181][182]* werden die psychosozialen Interventionen in einem Recovery-orientierten Modell der psychosozialen Versorgung verortet (Abbildung 1). Im Zentrum steht der Recovery-Prozess, der hier als ein „Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung" gesehen wird, „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" (*[174]* S. 45–46).

Hierbei wird die persönliche, subjektive, personenzentrierte oder auch rehabilitative Perspektive von Recovery betont *[169][174]*. Die äußeren Dimensionen, die sich um das Zentrum gruppieren, stehen in enger Beziehung mit dem **Recovery-Prozess** und die hierunter subsummierten Interventionen können diesen Prozess unterstützen. Neben der sozialen und kulturellen sowie der beruflichen Teilhabe werden hier die Dimensionen Gesundheit und Wohlergehen sowie Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe adressiert. Mit konzeptionellen Ansätzen, wie der partizipativen Entscheidungsfindung, einer multiprofessionellen teambasierten Behandlung oder einem Case Management in der Gemeinde, können Behandlungsergebnisse und -koordination verbessert werden. Innerhalb der verschiedenen Dimensionen lassen sich die psychosozialen Interventionen jeweils auf einer strukturellen und einer individuellen Ebene einordnen. Bezogen auf die Dimension Gesundheit und Wohlergehen wird im Modell deutlich gemacht, dass neben der individuellen Förderung von Sport und Bewegung und einer gesundheitsförderlichen Haltung und Lebensweise durch geeignete und evidenzbasierte Interventionen auch auf struktureller Ebene Interventionen erforderlich sind, um die Gesundheit und das Wohlergehen schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern. Erforderlich ist dabei eine integrierte, koordinierte und umfassende Gesundheitsversorgung, die alle notwendigen Behandlungselemente, einschließlich der somatischen Behandlung, umfasst.

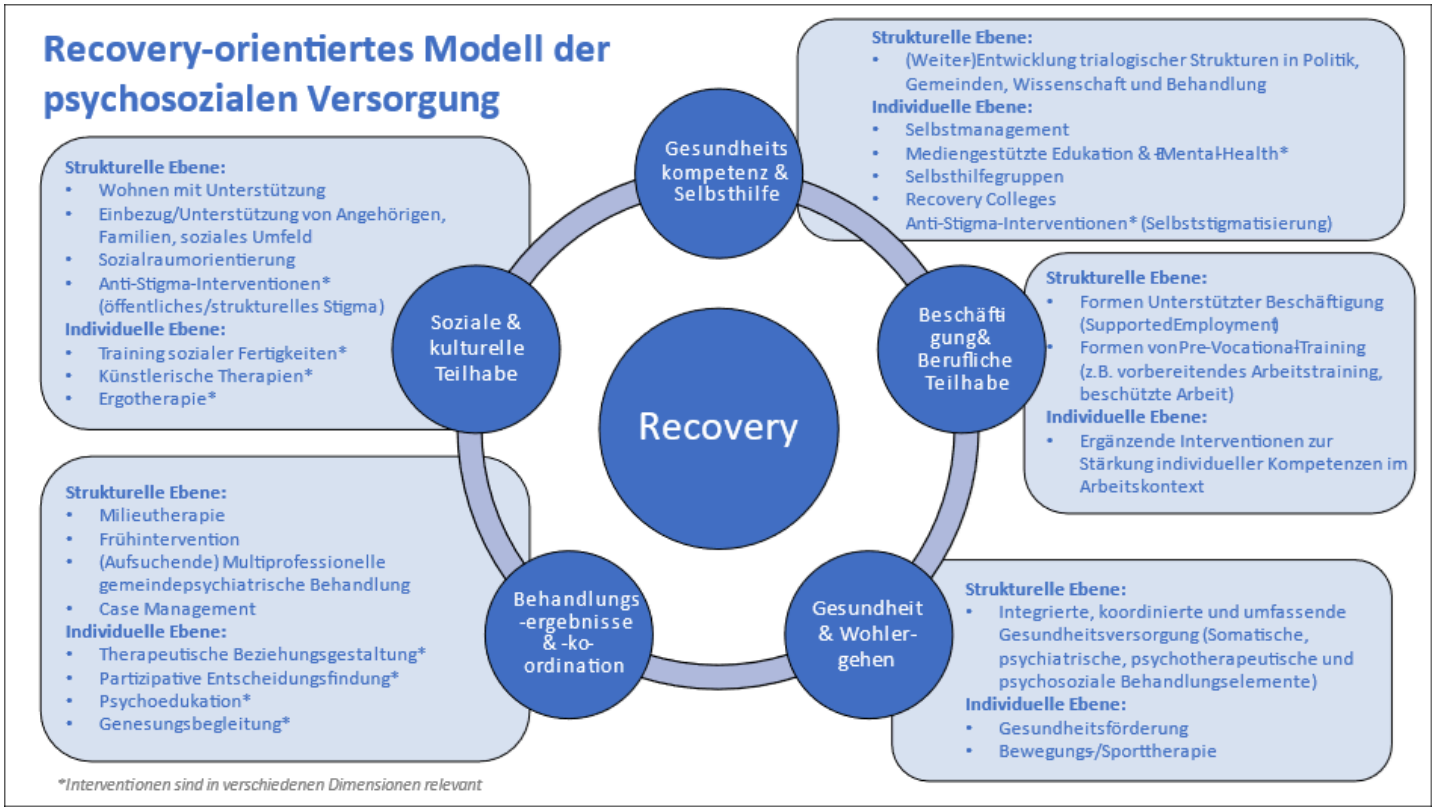


Abbildung 1: Recovery-orientiertes Modell der psychosozialen Versorgung

Psychosoziale Interventionen können in den verschiedenen Dimensionen unterschiedliche spezifische Ziele und Funktionen haben und sind deshalb dimensionsübergreifend relevant. Im Modell werden diese Interventionen mit einem Sternchen hervorgehoben. Das trifft beispielsweise auf die Künstlerischen Therapien zu. So können die Schwerpunkte der Künstlerischen Therapien sowohl auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung (zuverlässige Begleitung durch eine Krise), als auch in der Erweiterung von Möglichkeiten sozialer und kultureller Teilhabe, beispielsweise durch künstlerische Angebote im Museumsraum, liegen. Spezifische Ansätze – wie Biografiearbeit und Tanz – können beispielsweise auf ein stärkeres Empowerment bzw. auf eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlergehen zielen. Auch die in der Literatur weit verbreitete Einteilung der ergotherapeutischen Zielbereiche in Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit *[227]* macht deren dimensionsübergreifende Bedeutung deutlich. Exemplarisch verwiesen werden soll hier auf den Bereich der Produktivität, der nach ergotherapeutischem Verständnis zweckgebundene Betätigungen umfasst, die deneigenen Lebensunterhalt durch Arbeit sichern (Dimension berufliche Teilhabe) oder beispielsweise durch Kindererziehung oder Ehrenamt einen Beitrag für andere Personen oder die Gesellschaft als Ganzes leisten (soziale Teilhabe). E-Mental-Health-Angebote können die Gesundheitskompetenz und gleichzeitig Behandlungsergebnisse verbessern, indem sie beispielsweise zur Vertiefung von Inhalten in der Psychotherapie gezielt genutzt werden. Ebenso ließen sich für die Genesungsbegleitung zahlreiche unterschiedliche Ziele benennen, die beispielsweise in einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse durch die Bereicherung von Peer-Mitarbeitenden in multiprofessionellen Teams, in einer verbesserten sozialen Teilhabe durch eine Stärkung sozialer Netzwerke oder in einer verbesserten somatischen Gesundheit durch eine Unterstützung beim Navigieren durch das Gesundheitssystem liegen können.

Die allgemeinen Behandlungserfordernisse lassen sich aus den besonderen Lebens- und Versorgungslagen schwer psychisch kranker Menschen ableiten (Kapitel **Lebens- und Versorgungslagen**). Im Behandlungsalltag muss sich die spezifische Versorgung immer an den individuellen Bedarfen und Präferenzen ausrichten.

Das Recovery-orientierte Modell der psychosozialen Versorgung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es zeigt die große Relevanz psychosozialer Therapien für den individuellen Recovery-Prozess auf. Dabei wird verschiedenen Ansätzen, wie beispielsweise denen des Supported Employment und des Supported Housing oder dem Trialog und Peer Support, ein besonderes Potenzial zugeschrieben, persönliches Recovery zu unterstützen *[208][207]*. Recovery ist auf das Engste mit gesellschaftlicher Teilhabe verknüpft, die spätestens mit der Ratifizierung der UN-BRK durch Deutschland im Jahre 2009 als eines der wesentlichsten Ziele in der Versorgung dieser Menschen definiert wird. In dieser Leitlinie werden Empfehlungen zu Therapien und Unterstützungsangeboten in den verschiedenen – im oben genannten Modell – genannten Dimensionen (soziale und kulturelle Teilhabe, Teilhabe an Arbeit, körperliche Gesundheit und Lebenserwartung, Behandlungsergebnisse und Koordination der Behandlung, Gesundheitskompetenz und Stigmaerleben) gegeben.

8. Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

8.1 Überblick über Formen von Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen

Selbstfürsorge *(self care)* beschreibt die Sorge um sich selbst und die eigene psychische und physische Gesundheit. Bereiche betreffen beispielsweise Ernährung, Schlaf, Körperpflege, soziale Interaktionen, Sport sowie Erholung. Die WHO definiert Selbstfürsorge in einer erweiterten Form als eine Fähigkeit des Einzelnen, von Familien oder Gemeinschaften, Gesundheit zu fördern oder zu erhalten, Krankheit vorzubeugen und mit Krankheit oder Behinderung umzugehen, mit oder ohne Unterstützung durch professionelle Hilfen (Self-care interventions for health (who.int). Selbstfürsorge ist eine der Grundlagen für Resilienz und steht in engem Zusammenhang mit Empowerment und dem Bewusstsein, selbst zur eigenen Gesundheit und dem eigenen Wohlbefinden beitragen zu können.

Die **gesundheitsbezogene Selbsthilfe** meint nach der BAG Selbsthilfe die gegenseitige Unterstützung Gleichbetroffener im Umgang mit Erkrankung oder Behinderung (Das ist Selbsthilfe! | BAG Selbsthilfe (bag-selbsthilfe.de). Der Selbsthilfe kommt eine erhebliche Bedeutung im Recovery-Prozess von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu; ihr Nutzen ist mittlerweile unumstritten. Gleichzeitig existiert kaum ein einheitliches Verständnis von Selbsthilfe. Die Vielfalt von Handlungsformen und Akteur:innen sowie unterschiedliche Konzeptionen führten zu einer breiten Fächerung des Begriffes. An anderer Stelle heißt es: „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.“ *[228]*.

Die **Vielfalt an Definitionen von Selbsthilfe und an Selbsthilfeformen** erschwert eine Einordnung. Am ehesten lässt sie sich in einem Spektrum beschreiben von Formen gegenseitiger Unterstützung, Entlastung und Information (z. B. in Selbsthilfegruppen) über begleitete bzw. angeleitete Selbsthilfeformen (z. B. E-Mental-Health-Programme) bis hin zu manualisierten Therapieansätzen, die darauf zielen, die Selbstfürsorge zu unterstützen (z. B. Selbstmanagementansätze). Das Ausmaß des Zusammenspiels von Erfahrungs- und Fachwissen variiert auch innerhalb der verschiedenen Ansätze. Eine besondere Rolle nimmt der Trialog ein, der neben Angehörigen und Betroffenen auch durch psychiatrisch Tätige gestaltet wird und der sich auch dem Selbsthilfebereich zuordnen lässt, aber deutlich darüber hinaus geht. Im Trialog wird das gegenseitige Verständnis für das Erleben von psychischer Erkrankung und die mit der Bewältigung der Erkrankung verknüpften Bedarfe aus den verschiedenen Perspektiven gestärkt.

Auch **die Begleitung durch Expert:innen aus Erfahrung oder die Genesungsbegleitung** lassen sich mindestens partiell dem Selbsthilfebereich zuordnen. Gleichwohl ist die Rolle der Erfahrungsexpert:innen hier stärker vordefiniert, die Hilfe nicht primär gegenseitig ausgerichtet – analog zu einer Selbsthilfegruppe – und an die Tätigkeit ein Vertrag und Entlohnung gebunden.

Von Bedeutung sind hier aber auch die gelebte Erfahrung sowie die Helferrolle *[229]*. Wissenschaftliche Evidenz wird zunehmend generiert. In der vorliegenden Leitlinie wird **Peer-Support** trotz der existierenden Überschneidungen an anderer Stelle behandelt. Peer-Support spielt beispielsweise in der Umsetzung von Selbstmanagement-Interventionen eine große Rolle. Eine aktuelle Metaanalyse zeigte signifikante kleine bis mittlere Effekte Peer-geleiteter Selbstmanagement-Interventionen auf die Symptomschwere, die selbst wahrgenommene Genesung, Hoffnung und auf das Empowerment auf *[230]*.

Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkende Interventionen werden auch in der Forschungsliteratur unterschiedlich zusammengefasst. In einer Übersichtsarbeit mit Metaanalyse zu verschiedenen Ansätzen der Selbsthilfe bei Menschen mit Psychoseerfahrungen (N=1.816) und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Studiendesigns aus 24 Studien wurde deutlich, dass Selbsthilfeansätze einen kleinen bis mittleren Effekt auf die Gesamtsymptome haben können. Daneben zeigten sich kleine Effekte auf die Lebensqualität. Verschiedene Faktoren, darunter die Komplexität der Intervention und der Umfang der Kontaktzeit, können die Effekte beeinflussen. Die in den eingeschlossenen Studien betrachteten Interventionen wurden als ein psychoedukativer -, verhaltenstherapeutisch-orientierter – oder Peer-Ansatz kodiert. Die Intervention konnte in einem sog. „face-to-face“-Kontakt oder auch online bzw. digital erfolgen *[231]*.

Ein bedeutsamer Nutzen von Selbsthilfe wird in der **Erweiterung der Gesundheitskompetenz** (*Health Literacy*) gesehen. Auch dieses Konzept ist bisher nicht einheitlich definiert. Health Literacy kann auf der einen Seite ganz verschiedene individuelle Fähigkeiten einschließen, „die Menschen motivieren und [ihnen] ermöglichen, eigenständig Zugang zu [relevanten] Informationen zu finden, diese zu verstehen und so zu nutzen, dass sie zur *Gesundheitserhaltung und -förderung* beitragen.“ *[104]*. Hierin wird ein entscheidender Bestandteil von *Empowerment* gesehen. Auf der anderen Seite kann Health Literacy Aspekte der Gestaltung des Gesundheitssystems, um beispielsweise den Zugang zu relevanten Informationen und ein Navigieren durch das System zu erleichtern, umfassen. Gesundheitskompetenz kann deshalb als ein relationales Konstrukt verstanden werden, wobei der Ausgestaltung des Versorgungssystem und der -strukturen eine hohe Bedeutung zukommt (vgl. *[232]*). Die Stärkung von Gesundheitskompetenz sollte immer auch die Selbstbestimmung von Personen respektieren und die Selbstwirksamkeit und Selbstregulationsfähigkeit unterstützen *[232]*.

Im vorliegenden Kapitel werden verschiedene Formen Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkender Interventionen beschrieben und da wo möglich hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet. Begonnen wird dabei mit Formen genuiner Selbsthilfe. Keinesfalls kann hier ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, alle Formen Selbsthilfe und Selbstfürsorge-stärkender Interventionen darzustellen. Dargestellt werden Formen, die eine breite Anwendung erfahren bzw. durch internationale Literatur gestützt werden.

Information

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 besseren Verständnis und dem Umgang mit der Erkrankung (Statement von 2012).

8.2 Selbsthilfegruppen als Form gemeinschaftlicher Selbsthilfe

Im Abschnitt werden die **Potenziale von Selbsthilfegruppen** als Form der gemeinschaftlichen Selbsthilfe für den Recovery-Prozess von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung betrachtet. Auf Selbsthilfeaktivitäten für Angehörige wird an anderer Stelle in dieser Leitlinie verwiesen (Angehörigeninterventionen).

Für den deutschsprachigen Raum hat sich folgende **Definition der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.** (DAG SHG) für Selbsthilfegruppen etabliert:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen auf örtlicher/regionaler Ebene, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten und/oder psychischen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehöriger – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Gleichstellung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe." (vgl. *[233]*).

Kernziele von Selbsthilfegruppen sind Entlastung, eine Stärkung von Empowerment und Gesundheitskompetenz sowie eine verbesserte Teilhabe *[234]*.

INFO: Ein telefonischer Gesundheitssurvey von 2003, basierend auf den Daten von 8.318 Befragten im Alter über 18 Jahre konnte aufzeigen, dass knapp 9 Prozent der Befragten jemals an einer gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe teilgenommen hatten. Dabei schien das Interesse unter Frauen größer. Die Teilnahmeerfahrungen waren doppelt so hoch unter Befragten, die angaben, chronisch krank oder schwerbehindert zu sein *[235]*. Mittlerweile wird die Zahl an SHG in Deutschland auf ca. 70.000 bis 100.000 geschätzt *[236]*.

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

Die **inhaltliche Gestaltung** erfolgt durch die Teilnehmenden selbst. Dabei dominieren Themen zur eigenen krankheitsassoziierten Situation, zu aktuellen Problemen und positiven Entwicklungen. Diskutiert werden Fragen zu Diagnostik, Symptomen und Frühwarnzeichen der Erkrankung, zur Entstehung und zum Verlauf der Erkrankung sowie zu Behandlungsbesonderheiten. Darüber hinaus werden mit der Erkrankung verbundene emotionale Herausforderungen, Themen des Umgangs mit konkreten Symptomen oder professionellen Hilfeangeboten thematisiert.

Der Erfahrungs- und Informationsaustausch in Selbsthilfegruppen führt oft zu emotionaler Entlastung und erweitert Strategien im Umgang mit der Erkrankung. Die Teilnehmenden können konkrete Lebenshilfe und eine Stärkung des Selbstbewusstseins erfahren. Sie können Anregungen zur Erkennung von Frühwarnzeichen und zum Ausbau eines individuellen Krisennetzes und -plans erhalten. **Wirkmechanismen** sind beispielsweise das Modelllernen, die Selbsterforschung, die gegenseitige emotionale Unterstützung oder die Erweiterung von Wissen *[237]*.

Obwohl der Nutzen von Selbsthilfe unumstritten ist, ist die **Effektivität von Selbsthilfegruppen bisher nicht hinreichend belegt**. Die Breite der Anwendungsmöglichkeiten und uneinheitliche Operationalisierungen des Begriffes von Selbsthilfegruppen erschweren einen Überblick über den Forschungsstand. Prospektive randomisierte Wirksamkeitsstudien sind kaum umsetzbar, da ein Engagement in Selbsthilfegruppen nicht „verordnet" werden kann *[237][234]*). Borgetto gelangte 2004 zu der Feststellung, dass wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit gemeinschaftlicher Selbsthilfe weitgehend auf konzeptionellen, deskriptiven und explorativen Untersuchungen mit methodisch begrenzter Aussagekraft basieren *[228]*. Eine aktuelle Recherche nach aggregierter Evidenz blieb ohne Hinweise. Gleichzeitig wird auf das **Evidenz-Kapitel zum Peer-Support** verwiesen; häufig subsumiert finden sich hier Ansätze gegenseitiger Hilfe (*Mutual support*), die in einem engen Zusammenhang mit Selbsthilfegruppen zu sehen sind.

Neben den positiven Effekten einer aktiven Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe werden auch Grenzen beschrieben *[236]*. Grundsätzlich erfordert die **aktive Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe** eine gewisse psychische Stabilität, um beispielsweise Termine einhalten zu können und ggf. einen aktiven Beitrag bei dem Austausch in einer SHG zu leisten.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 3 **Geprüft und redaktionell bearbeitet**	**Konsensbasierte Empfehlung „Selbsthilfe“**
Empfehlungsgrad **EK**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen über Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen informiert und auf Wunsch bei der Kontaktaufnahme unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise

Unterstützung von Selbsthilfe für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch professionelle Helfer:innen

- Konkrete Nennung der (nächsten) Kontaktstelle,
- Hinweise auf regionale Selbsthilfegruppen durch Aushänge und Flyer in öffentlichen Räumen oder in Informationsveranstaltungen,
- Begleitung durch Peer-Beratende,
- 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 Angeboten zu Selbsthilfegruppen,
- Förderung der Vernetzung zwischen Versorgungssystem und Selbsthilfegruppen,
- Unterstützung der Interessenvertretung von Selbsthilfegruppen in regionalen Planungsgremien sowie
- Unterstützung selbsthilfeförderlicher Öffentlichkeitsarbeit
- Ermöglichung gleichberechtigter Teilnahme und Mitwirkung von Betroffenen- und Angehörigenvertreter:innen an gesundheitspolitischen Gremien, wie bspw. Psychiatriebeiräten, Verwaltungsräten der Kliniken und regionalen Ethikkommissionen
- Unterstützung partizipativer Forschung
- Leistung der medizinischen Rehabilitation nach § 42 (3) Nummer 4 SGB IX: Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten

8.3 Evidenzkapitel: Selbsthilfe und Selbstmanagement-stärkende Ansätze

Der Begriff „Selbstmanagement“ umfasst verschiedene Ansätze; Kernpunkt ist jedoch, dass die einzelne Person eine aktive Verantwortung für ihre Gesundheit übernimmt *[238]*. Gleichzeitig umfasst Selbstmanagement ein Spektrum an Anforderungen, um erfolgreich mit den körperlichen, sozialen und emotionalen Auswirkungen einer chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigung zu leben und diese zu bewältigen *[239]*. **Selbstmanagement** wird als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung weitestgehend selbstständig zu gestalten. Wichtige Elemente dabei sind eine kritische Selbstbeobachtung sowie ausreichend Motivation, eigene Zielformulierungen, die Fähigkeit zur Planung und Organisation des eigenen Handelns und eine kontinuierliche Handlungskontrolle durch Selbstverstärkung *[240]*. Als bedeutsame Selbstmanagement-Strategien für ein effektives Selbstmanagement bei psychischer Erkrankung werden gesundheitsförderliche Aktivitäten (z. B. Schlaf, Ernährung, Ruhe und Bewegung, Körperliche Aktivität), eine regelmäßige Selbstbeobachtung (z. B. zu Stimmung, Medikation), Methoden zur Entspannung, die Erweiterung von Gesundheitskompetenz, die Pflege von Kontakten zu Freunden und Familie, eine Vorausplanung möglicher Strategien bei drohender wiederkehrender psychischer Krisen, oder die Aufrechterhaltung von Hoffnung durch die Konzentration auf das eigene Wohlbefinden und die Genesung gesehen *[241]*.

Aktuelle spezifische Selbstmanagementansätze betonen persönliches Recovery und individuelle Ziele und durch verbesserte Informiertheit und erweiterte Fertigkeiten eine Stärkung von Empowerment und partizipativer Entscheidungsfindung (z.B. *[242]*). So wurde beispielsweise mit dem **Illness-Management-and-Recovery-Programm** ein Ansatz entwickelt, Selbstmanagementstrategien von Patient:innen mit schizophrenen Erkrankungen und anderen schweren Erkrankungen zu stärken *[242]*. Strategien umfassen auch hier psychoedukative Ansätze und Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie, Rückfallprophylaxe sowie ein Training sozialer - und von Coping-Fertigkeiten.

Die **Recovery-Orientierung** liegt hier bei der Gewichtung der persönlichen Ziele. International wurden mittlerweile verschiedene manualisierte Selbstmanagement-Ansätze entwickelt und evaluiert. Effektivitätsnachweise existieren aus RCTs *[243] [244] [245] [246]*. Häufig werden diese Programme von Peers angeboten. Selbstmanagement-Ansätze sind mittlerweile auch im Bereich E-Mental-Health verankert *[241]*. Selbstmanagement-Programme können reine Selbsthilfeprogramme sein oder ein Minimum an professioneller Unterstützung beinhalten *[238]*.

Ein positives Selbstmanagement bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist mit verschiedenen Faktoren assoziiert; hierzu zählen u. a. ein stärkeres Kohärenzgefühl, eine bessere Selbsteinschätzung hinsichtlich gesundheitlicher Aspekte, Hoffnung und eine positive Einstellung gegenüber Recovery (vgl. *[248]*).

Schwach

Empfehlung 4 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Selbstmanagement**
Empfehlungsgrad **B**	Selbstmanagement ist ein bedeutender Teil der Krankheitsbewältigung und sollte im gesamten Behandlungs- und Versorgungsprozess durch spezifische Ansätze gezielt unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

Praktische Informationen

Breite Anwendbarkeit in Deutschland möglich?

Versorgungsalltag: Eine Nutzung bzw. Unterstützung in der Nutzung von Selbstmanagement-Interventionen ist in verschiedensten Versorgungssettings durch unterschiedliche Professionen sowie in den Bereichen von Selbsthilfe und Peer-Begleitung möglich.

In den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 (3) Nummer 1 SGB IX werden Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung explizit benannt. Sie können Bestandteil der Leistung in RPKs, der mobilen Rehabilitation, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege oder von Soziotherapie sein.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Selbstmanagement-Interventionen eröffnen einen besonderen Zugang zu Wissen und ermöglichen damit eine fundierte Entscheidungsfindung bezüglich möglicher Behandlungen. Schulungen zum Selbstmanagement von psychischen Erkrankungen stärken das Empowerment, hoffnungsvolles Erleben, Selbstwirksamkeitserleben und persönliches Recovery *[249][250]*. Daneben konnte gezeigt werden, dass diese Ansätze einen positiven Einfluss auf die psychopathologische Symptomatik, die Lebensqualität und stationäre Wideraufnahmeraten und Behandlungsdauer haben *[249]*.

Keine unerwünschten Ergebnisse beschrieben

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE **Evidenz**[1]	Vergleich von Selbstmanagement-Interventionen (SM) vs. Kontrollgruppe (TAU, Warteliste und aktive Kontrolle, direkte Evidenz aus RCTs *[249][250]*
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SM verkürzt stat. Behandlungszeiten sign. stärker als Behandlung ohne spezif. SM-Intervention
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SM reduziert stat. Behandlungsaufnahmen sign. stärker als Behandlung ohne spezif. SM- Intervention
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SM reduziert die Gesamtsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SM verbessert soziale Funktionen sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention
	SM verbessert persönliches Recovery sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM- Intervention

Gering (⊕⊕⊖⊖) **Gering** (⊕⊕⊖⊖) **Moderat** (⊕⊕⊕⊖)	SM verbessert Empowerment sign. stärker gegenüber einer Behandlung ohne spezifische SM- Intervention SM erhöht die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM-Intervention

[1] Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Beeinflussung Recovery-orientierter Zielgrößen durch Selbstmanagement-Interventionen, Ansatz mit größter Patientenzentrierung und Ausrichtung auf individuelle Ziele

Eine systematische Überprüfung der Literatur zu Bedarfen an Unterstützung zum Selbstmanagement aus der Perspektive von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (31 Studien) gibt Hinweise auf verschiedene Bedarfe der Betroffenen: (1) Bedarfe nach informativer Unterstützung, (2) emotionaler Unterstützung, (3) Anerkennung, (4) Ermutigung und (5) Unterstützung, um den persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung einen Sinn zu geben, Leiden zu lindern, Bestätigung und Anerkennung zu erfahren, Aktivitäten zum Selbstmanagement umzusetzen und durch ungewohntes Terrain geführt zu werden. Wesentlich sei die Unterstützung durch andere wichtige Personen bei der Erfüllung des Unterstützungsbedarfs und eine Begleitung durch Peers *[244]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Keine Daten zur Ressourcennutzung vorliegend. Wir gehen davon aus, dass eine Unterstützung des Selbstmanagements eine sinnvolle Ressourcennutzung darstellt.

Rationale

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung bipolarer Erkrankungen** erfolgt in einer konsensbasierten Empfehlung zur Wissensvermittlung der Hinweis, dass Patient:innen und Angehörige auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikationstrainings, Selbstmanagementtrainings) hingewiesen werden sollten sowie konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden sollten. Zudem wird Selbstmanagement mit einem EK empfohlen: „Selbstmanagement sollte im therapeutischen Prozess fortlaufend gefördert werden. Dabei kann Peer-Support die Selbsthilfe wirkungsvoll ergänzen." *[251]*.

In der australischen Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie erfolgt eine evidenzbasierte Empfehlung für verschiedene Selbstmanagementansätze *[260]*.

Systematische Reviews und Metaanalysen

Im Rahmen einer systematischen Bewertung der **Wirksamkeit von verschiedenen manualisierten Selbstmanagement-Interventionen** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konnten 37 RCTs mit 5.790 Teilnehmenden (Tabelle 5) eingeschlossen werden *[249]*. Meta-Analysen verweisen auf einen Nutzen von Selbstmanagement-Interventionen in Bezug auf die Verringerung von psychopathologischen Symptomen und die Dauer der stationären Behandlungen sowie die Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität sowohl am Ende der Behandlung als auch in einem Nachbeobachtungszeitraum (Tabelle 6). Insgesamt waren die Effektgrößen gering bis moderat. Die Selbstmanagement-Interventionen hatten einen signifikanten Effekt im Vergleich zur Kontrolle auf persönliches Recovery und Selbstwirksamkeitserleben zu beiden Zeitpunkten. Zum Follow-up-Zeitpunkt wurden auch Empowerment und hoffnungsvolles Erleben positiv beeinflusst durch das Erlernen von Selbstmanagementstrategien (Tabelle 6). Mit Ausnahme der Lebensqualität war die Heterogenität über die einzelnen Ergebnisse sehr hoch. In Sensitivitätsanalysen wurde deutlich, dass sich diese nicht auf ausgewählte Studien begrenzen ließ; es wurde kein Studienausschluss angestrengt.

Tabelle 5: Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen

Autor, Jahr	Eingeschlossene Studien	Teilnehmende • Diagnose(n)	Experimentalintervention • Art d. Interventionen	Kontrollintervention	Nachbeobachtungs-zeitraum

	Anzahl	• (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min, max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Setting	• Angeboten durch • Dauer Intervention /Studie (min, max) • Intensität		
Lean et al. 2019 *[249]*	Qualitative/ quantitative Synthese: 37 / 35 RCTs[1]	• Schizophrenie (k=18), bipolare Erkrankungen (k=7), SMI (k=12) • 40 Jahre • N=5.790 (32; 555) • K. A. • Gemeinde (k=29); Klinik (k=8)	• Manualisierte Selbstmanagement-intervention[2] (mehrheitlich Gruppenformat) • Therapeut:innen (k=25), Peers (k=5), online (k=2), anders • Median: 12 Wochen (1;52) • K.A.	• Herkömmliche Behandlung (k=19) • Warteliste (k=3) • Aktive Kontrollintervention (k=12) • Multi-Arm-Studie (k=3)	41 Wochen (4-104 Wochen) nach der Behandlung
Hsieh et al. 2023 *[250]*	Quantitative Synthese: 16 RCTs[3] Vergleich I k=10 Vergleich II k=8	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (k=16) • I 20-40 Jahre (75,0 %) bzw. II 40 – 50 Jahre (70 %) • I N=859 bzw. II N=1.473 (33; 439) • K. A. • Gemeinde (k=14); Klinik (k=1), zu Hause (k=3)	• Verschiedene Ansätze[4] (überwiegend I face-to-face, bzw. II in Gruppe) • Pflege (k=8), Peers (k=1), Ergotherapie (k=1), ACT-Team (k=1), Medizin (k=1), spezielles Training (k=1), Kombination aus verschiedenen Professionen (K=5) • I: 3-5 Monate (50,0 %), 6-12 Monate (37,5 %) bzw. II: 1,5 bis 12 Monate (40 % < 3 Monate) • I: alle 2 Wochen (62,5 %) bzw. II: wöchentlich (60 %)	• Herkömmliche Behandlung (k=12) • Warteliste (k=2) • Aktive Kontrollintervention (Psychoedukation, CM, k=3)	• I: 6-9 Monate (50 %), ≤3 Monate (37,5 %) • II: 0-12 Monate

[1] Anzai 2002, Atkinson 1996, Barbic 2009, Chien 2013, 2014, 2017, Chan 2007, Cook 2011, 2012, 2013, Colom 2003, Dalum 2018, Eckman 1992, Fardig 2011, Hasson 2007, Kopelowicz 1998, Levitt 2009, Lin 2013, Monroe-Devita 2018, Perry 1999, Proudfoot 2012, Sajatovic 2009, Salayers 2010, 2014, Schaub 2016, Shon 2002, Smith 2011, Tan 2001, Todd 2014, Torrent 2013, van Gestel-Timmermans 2012, Vreeland 2006, Wang 2016, Wirshing 2006, Xiang 2006, 2007, Zhou 2014

[2] Education groups for People with Schizophrenia (k=1), Psychoeducation (k=2), Recovery Is Up to You (k=1), Recovery Workbook (k=1), Mindfulness-Based Psychoeducation Program (MBPP, k=4), Wellness Recovery Action Planning (WRAP, k=2), Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES, k=1), Illness Management and Recovery program (IMR, k=9), Teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment (k=1), Life Goals Program (k=1), Self-Management education program (k=1), Beating Bipolar (k=1), Living with Bipolar (LWB, k=1), Team Solutions (k=1), Modules of the UCLA Social & Independent Living Skills (k=6), Transforming Relapse and Instilling Prosperity (TRIP, k=1)), Online Bipolar Education Program (BEP, k=1)), Group-based Coping Oriented Program (COP, k=1)

[3] Barbic et al. 2009, Chien et al., 2015, 2016, 2019; Cook, Copeland, et al., 2012; Cook, Steigman, et al., 2012; Fardig et al., 2011; Hasan & Musleh, 2017; Monroe-DeVita et al., 2018; Roosenschoon et al., 2021; Salyers et al., 2014; Shon & Park, 2002; Staring et al., 2010); Barkhof et al., 2013; Jorgensen et al., 2015; Shimada et al., 2018

[4] Motivational interviewing, Adherence therapy, Illness Management and Recovery (IMR), Individualized occupational therapy, Self-medication management, The Recovery Workbook, Wellness Recovery Action Planning, Peer-led recovery intervention for mental illness self-management (BRIDGES), IMR, Patient empowerment intervention

Hsieh et al. (2023) konnten zeigen (Tabelle 5), dass ein auf Empowerment fokussierendes Krankheitsmanagement die Therapietreue bezüglich einer Psychopharmakotherapie (8 RCTs, N = 859, SMD = 0,58 [95 % KI: 0,18 bis 0,99], p = 0,005, I2 = 88 %) und den Recovery-Prozess (10 RCTs, N = 1.473, SMD = 0,55 [95% KI 0.10 bis 0.99], p = 0,02; I2 = 93 %) bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis unterstützen kann, wobei die Wirkung insgesamt moderat war (Tabelle 6). Die statistische Analyse spezifischer Elemente von Selbstmanagement-Ansätzen hinsichtlich der Förderung von persönlichem Recovery verwies auf die Relevanz jeder der vier extrahierten Strategien: (1) das Verständnis persönlicher Bedürfnisse, (2) die Nutzung der eigenen Stärken und Ressourcen, (3) die Bündelung und Nutzung externer Ressourcen in Familie und erweitertem Umfeld und (4) die Überwindung der Selbststigmatisierung. Durchgeführt wurden die Interventionen in den betrachteten Studien hauptsächlich durch professionell Pflegende; einbezogen waren auch Peers und eine Vielzahl weiterer Professionen. Die Heterogenität war sehr

hoch. Zum einen spielte das Alter eine Rolle; in einem jüngeren Alter schienen die Ansätze wirksamer. Zum anderen waren die betrachteten Ansätze heterogen. Sensitivitätsanalysen verweisen aber auf stabile Effekte *[250]*.

Tabelle 6: Effekte von manualisierten Selbstmanagement-Interventionen

	Lean et al. 2019* *[249]*	**Hsieh et al. 2023** *[250]*
Ergebnisse		
Merkmale klinischer Recovery		
Symptomschwere	++	
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
Persönliches Recovery	++	++
Empowerment	++	
Selbstwirksamkeitserleben	++	
Lebensqualität	++	
soziale Funktionen	++	
Behandlungsassoziierte Merkmale		
stationäre Behandlungen	++	
stationäre Behandlungszeiten	++	
Therapietreue (Psychopharmakotherapie)		++

* zum Nachbeobachtungszeitpunkt; ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ¯: Reduktion, : Erhöhung

Es wurden verschiedene integrierte Selbstmanagement-Interventionen für die Anwendung bei komorbider somatischer Erkrankung entwickelt. Allerdings existiert bisher unzureichende Evidenz *[254][255]*.

Untersuchungen aus Deutschland

In der oben zitierten Übersichtsarbeit ist eine RCT aus Deutschland enthalten. Zielsetzung dieser Studie war, die Wirksamkeit und den langfristigen Nutzen eines gruppenbasierten **Coping-orientierten Programmes** (COP) mit einem ebenso intensiven Programm supportiver Therapie (SUP) während einer stationären Behandlung zu untersuchen. COP zielt darauf, das Verständnis für die Krankheit und ihre Behandlung zu verbessern, Bewältigungsstrategien für spezifische Stressoren und Symptome zu vermitteln, die Nutzung interner und externer Ressourcen zu aktivieren und Selbstvertrauen und Hoffnung zu stärken. COP kombiniert dabei Elemente der Krankheitsbewältigung mit der kognitiven Verhaltenstherapie bei Psychosen. Das Programm umfasst Psychoedukation und die Anwendung kognitiver Verhaltenstherapieprinzipien (z. B. kognitive Umstrukturierung, Rollenspiele, Problemlösungsstrategien). COP konzentriert sich auf individuell bedeutsame Themen, wie z. B. Symptommanagement, Stressbewältigung, Aufbau von lohnenden Aktivitäten, Zeitmanagement, soziale Kompetenzen (z. B. Umgang mit Angehörigen, Kennenlernen von Menschen), Wiedereingliederung in Arbeit und Informationen über ambulante Dienste. 196 stationäre Patien:innten mit einer schizophrenen Erkrankung wurden nach dem Zufallsprinzip in ein COP- oder SUP-Programm mit jeweils 12 Sitzungen über 6 bis 8 Wochen eingeteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass Patient:innen in der COP-Gruppe signifikant mehr Informationen über Psychosen erhielten und die Gesamtsymptome und Depressionen/Angstzustände während der Behandlung und der Nachbeobachtungszeit stärker zurückgingen als bei Patient:innen in der SUP-Gruppe. Die Patient:innen beider Gruppen verbesserten sich signifikant in Bezug auf andere Symptome und die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Es gab keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Wiederaufnahmerate, die gering war. Die Verbesserungen blieben bis zu zwei Jahre nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen *[253]*.

Beispielhaft sei auch die Entwicklung eines **Selbstmanagement-Trainingsprogramms in Selbsthilfegruppen für Patienten mit bipolaren Störunge**n genannt *[253]*. Dieses Programm bietet ausgehend vom Empowerment-Konzept 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. Unterstützendes Selbstmanagement zielt auf eine Erweiterung von Problemlösestrategien und Lösungswegen sowie auf eine Stärkung des Selbstvertrauens der Betroffenen in die eigenen Kompetenzen. Selbstmanagement umfasst ebenfalls ein Bewusstsein für emotionale Prozesse und biografische Konflikte.

Zusammenfassende Bewertung

Selbstmanagement-Interventionen eröffnen einen besonderen Zugang zu Wissen und ermöglichen damit eine fundierte Entscheidungsfindung bezüglich möglicher Behandlungen. Schulungen zum Selbstmanagement von psychischen Erkrankungen stärken das Empowerment, hoffnungsvolles Erleben, Selbstwirksamkeitserleben und persönliches Recovery *[249][250]*. Daneben konnte gezeigt werden, dass diese Ansätze einen positiven Einfluss auf die psychopathologische Symptomatik, die Lebensqualität und stationäre Wideraufnahmeraten und Behandlungsdauern haben *[249]*.

Selbstmanagement in verwandten Leitlinien

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung bipolarer Erkrankungen** erfolgt in einer konsensbasierten Empfehlung zur Wissensvermittlung der Hinweis, dass Patient:innen und Angehörige auf eine mögliche Unterstützung in Form von Ratgebern, Selbsthilfemanualen, Schulungsprogrammen (z. B. Kommunikationstrainings, Selbstmanagementtrainings) hingewiesen werden sollten sowie konkrete Literaturhinweise erhalten und zur Teilnahme an aktuellen Veranstaltungen ermuntert werden sollten. Zudem wird Selbstmanagement mit einem EK empfohlen: „Selbstmanagement sollte im therapeutischen Prozess fortlaufend gefördert werden. Dabei kann Peer-Support die Selbsthilfe wirkungsvoll ergänzen." *[251]*.

In der australischen Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie erfolgt eine evidenzbasierte Empfehlung für verschiedene Selbstmanagementansätze *[260]*.

PICO

Population: Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung zwischen 18 und 65 Jahren
Intervention: manualisierte Selbstmanagementansätze
Vergleichsintervention: alle aktiven (Vergleichs-)Interventionen sowie Wartegruppen-Designs als auch herkömmliche Versorgung ohne Selbstmanagementstärkende Ansätze

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Alle	**Intervention** SM	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Durchschnittliche Dauer stationäre Behandlungstage	Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 908 Patienten und 7 Studien. [1] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,68 weniger** (CI 95% 1,1 weniger — 0,25 weniger)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [2]	SM verkürzt stationäre Behandlungszeiten signifikant stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM
Durchschnittliche Anzahl stationäre Aufnahmen	Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 655 Patienten und 5 Studien. [3] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,92 weniger** (CI 95% 1,63 weniger — 0,21 weniger)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [4]	SM reduziert stationäre Behandlungsaufnahmen stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM-Intervention
Gesamtsymptomatik	Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 1.520 Patienten und 13 Studien. [5] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,88 kleiner** (CI 95% 1,19 kleiner — 0,57 kleiner)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [6]	SM reduziert die Gesamtsymptomatik stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM
Recovery [7]	Höher ist besser Basierend auf Daten von 1.134 Patienten und 7 Studien. [8] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,81 Größer** (CI 95% 0,22 Größer — 1,4 Größer)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [9]	SM verbessert persönliches Recovery stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM
Empowerment [10]		Differenz:	**SMD 0,25 Größer**	**Niedrig**	SM verändert das

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** Alle	**Intervention** SM	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Höher ist besser Basierend auf Daten von 538 Patienten und 2 Studien. [11] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.		(CI 95% 0,07 Größer — 0,43 Größer)	Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [12]	Empowerment signifikant gegenüber einer Behandlung ohne spezifische SM
Soziale Funktionen [13]	Höher ist besser Basierend auf Daten von 1.805 Patienten und 14 Studien. [14] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,9 Größer** (CI 95% 0,45 Größer — 1,34 Größer)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [15]	SM verbessert die sozialen Funktionen stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM
Lebensqualität (Follow-up) [16]	Höher ist besser Basierend auf Daten von 980 Patienten und 7 Studien. [17] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: Follow-up.	Differenz:	**SMD 0,25 Größer** (CI 95% 0,12 Größer — 0,37 Größer)	**Moderat** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias [18]	SM verbessert die Lebensqualität signifikant stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM

1. Systematic review [249] Systematic review
2. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Randomisierung ungenügend beschrieben, Selektive Berichterstattung. **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2: 88%.. **Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**
3, 5, 8, 11, 14, 17. Systematic review [249]
4. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Mangelnde Verblindung, Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups. **Inkonsistenz: schwerwiegend. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**
6. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Mangelnde Verblindung, Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups. **Inkonsistenz: schwerwiegend.** The magnitude of statistical heterogeneity was high, with I^2:... %..
7, 10, 13, 16. Hinweis zur Datenübertragung: In der Originalpublikation von Lean et al. (2019) wurden die standardisierten Mittelwertdifferenzen (SMD) für diesen Endpunkt mit einem negativen Vorzeichen ausgewiesen, obwohl die Autoren explizit betonen, dass die Interventionsgruppe signifikant überlegen war („self-management was favoured"). Um eine intuitive und grafisch korrekte Darstellung in der MagicApp zu gewährleisten („höher ist besser"), wurden die Vorzeichen der SMD sowie die Konfidenzintervalle für die Eingabe invertiert (multipliziert mit -1). Dadurch wird die Überlegenheit der Intervention visuell korrekt zugunsten der Behandlungsgruppe dargestellt.
9. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups, Mangelnde Verblindung, Selektive Berichterstattung. **Inkonsistenz: schwerwiegend.**
12, 15. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups, Mangelnde Verblindung. **Inkonsistenz: schwerwiegend. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**
18. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Inadequate sequence generation/ generation of comparable groups, Mangelnde Verblindung. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**

Referenzen

249. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;214(5):260-268 Pubmed Journal

PICO

Population: Personen mit Schizophrenie
Intervention: Selbstmanagement
Vergleichsintervention: herkömmliche Therapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** SM	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Recovery (k. A.)	Gemessen mit: Recovery Assessment Scale (RAS), Recovery Style Questionnaire (RSQ), Mental Health Recovery Measure (MHRM) Höher ist besser Basierend auf Daten von 1.473 Patienten und 10 Studien. [1] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: k. A..	Differenz:	**MD 0,55 Größer** (CI 95% 0,1 Größer — 0,99 Größer)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegender Inkonsistenz [2]	SM verbessert persönliches Recovery stärker als eine Behandlung ohne spezifische SM (Unterschied signifikant)

1. Systematic review [250]
2. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Einschränkungen im Randomisierungsprozess. **Inkonsistenz: schwerwiegend.** Die stat. Heterogenität betrug 93%.. **Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**

Referenzen

250. Hsieh W-L, Li I-H, Liu W-I. Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. International journal of mental health nursing 2023;32(4):1008-1024 Pubmed Journal

PICO

Population: Menschen mit Psychosen
Intervention: Technology-based interventions
Vergleichsintervention: herkömmliche Therapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** TBI	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Psychosoziale Funktionen	Basierend auf Daten von Patienten und 23 Studien. [1] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: k. A..	Effektgröße Hedges´g [95%-KI]: 0.25 [0.057-0.274]		**Sehr niedrig** Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt, > 0,8 starker Effekt; a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-	TBIs verbessern psychosoziale Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** TBI	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
				Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend	
Lebensqualität	Basierend auf Daten von Patienten und 16 Studien. [2] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: k. A..	Effektgröße Hedges´g [95%-KI]: 0.14 [0.046-0.00]		**Sehr niedrig** Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt, > 0,8 starker Effekt; a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend	TBIs verbessern die Lebensqualität nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne spezifische TBI
Neurokognitive Funktionen	Basierend auf Daten von Patienten und 34 Studien. [3] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: k. A..	Effektgröße Hedges´g [95%-KI]: 0.13 [0.016-0.035]		**Sehr niedrig** Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt, > 0,8 starker Effekt; a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend	TBIs verbessern neurokognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied signifikant)
Sozialkognitive Funktionen	Basierend auf Daten von Patienten und 17 Studien. [4] (randomisierte kontrollierte Studien)	Effektgröße Hedges´g [95%-KI]: 0.32 [0.00-0.59]		**Sehr niedrig** Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt,	TBIs verbessern sozialkognitive Funktionen sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** TBI	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
	Beobachtungszeit: k. A..			> 0,8 starker Effekt; a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend	ohne spezifische TBI (Unterschied signifikant)
Positiv- und Negativsymptomatik	Basierend auf Daten von Patienten und 29 Studien. [5] (randomisierte kontrollierte Studien) Beobachtungszeit: k. A..	Effektgröße Hedges´g [95%-KI]: 0.114 [0.006-0.338]		**Sehr niedrig** Hedges g: > 0,2 schwacher Effekt, > 0,5 mittlerer Effekt, > 0,8 starker Effekt; a Abstufung der Vertrauenswürdigkeit, da GRADE-Ansatz nur unsicher herleitbar auf Basis der Analysen und des Berichtens (s. auch AMSTAR-Bewertung), Hinweise auf Heterogenität und Inkonsistenzen, Effektgrößen z.T. unbedeutend	TBIs verbessern die Positiv- und Negativsymptomatik nicht sign. stärker als eine herkömmliche Behandlung ohne spezifische TBI (Unterschied nicht signifikant)

1, 2, 3, 4, 5. Systematic review [286].

Referenzen

286. Morales-Pillado C, Fernández-Castilla B, Sánchez-Gutiérrez T, González-Fraile E, Barbeito S, Calvo A. Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. Psychological medicine 2023;53(13):6304-6315 Pubmed Journal

8.4 Evidenzkapitel: Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe

8.4.1 Ratgeber und Gesundheitsinformationen

Hintergrund und Empfehlung

Zunehmende Bedeutung erlangt die **mediengestützte Edukation und Selbsthilfe**. Dabei wird die Nutzung von Patientenratgebern und Gesundheitsinformationen im Printformat von digital-gestützter Selbsthilfe unterschieden. Ratgebermaterialien sind als schriftliche

Informations- und Aufklärungshilfen für spezielle Erkrankungen und Probleme verfasst. Patientenratgeber enthalten in der Regel eine detaillierte Auflistung und Beschreibung der typischen Beschwerden des Erkrankungsbildes, Hinweise auf unterschiedliche Erscheinungsformen und deren diagnostische Erfassung sowie Abgrenzung gegenüber anderen Erkrankungen mit ähnlichen Beschwerden. Weitere Inhalte betreffen die Darstellung von Ursachen und Bedingungen der Erkrankung, Informationen über unterschiedliche Krankheitsverläufe, die persönlichen und sozialen Folgen sowie Risiken für die Betroffenen, eine Darstellung der wichtigsten Behandlungsverfahren sowie Hinweise auf Möglichkeiten der Selbsthilfe und/oder des lebenspraktischen Umgangs mit der Erkrankung und praktische weiterführende Hilfen.

Es gibt allerdings kaum Evidenz hinsichtlich der **Wirksamkeit von Patientenratgebern** bei schweren psychischen Erkrankungen *[257]*. Metaanalysen zur Wirksamkeit von Patientenratgebern bei psychischen Erkrankungen, sog. Common Mental Health, verweisen auf schwach positive Effekte bezogen auf eine Symptomreduktion *[258] [259] [260]*. In der Mehrheit wurden öffentlich zugängliche schriftliche Patientenratgeber bzw. Selbsthilfeliteratur betrachtet. Kontrollinterventionen waren entweder eine herkömmliche Behandlung oder Wartelisten. Die eingeschlossenen Studien wiesen erhebliche Mängel auf (kleine Stichproben, unklare Beschreibung der Randomisierung, sehr kurze Beobachtungszeiträume). Es gibt Hinweise, dass die Effekte bei angeleiteter Selbsthilfe unter der Beteiligung von Professionellen größer sind *[261]*.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 5 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Manualisierte Selbsthilfe“**
Empfehlungsgrad **EK**	Ratgeber und Selbsthilfemanuale sollten interessenunabhängig, leicht verständlich und qualitativ hochwertig sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Information

Der Hinweis an Menschen mit psychischer Erkrankung 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. (Statement von 2012).

8.4.2 Digital-gestützte und mediale Ansätze

Hintergrund

Digital-gestützte (Selbsthilfe-)Interventionen* gewinnen durch den niederschwelligen 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. Aktuelle Entwicklungen wie die Corona-Pandemie haben das Interesse an dieser Behandlungsform weiter verstärkt *[262]*. Es gibt mittlerweile eine kaum zu überschauende Vielfalt computer- und internetbasierter sowie Mobiltelefon-basierter 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 *[263]*. 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 Behandelnden verbunden sind *[263]*. Allein zur Behandlung der Depression zählten Huguet et al. (2016) 117 Selbsthilfe-Apps. Oftmals fehlen entsprechende Wirksamkeitsstudien und eine ausreichende theoretische Fundierung. Die Benutzerfreundlichkeit der überprüften Apps ist sehr unterschiedlich, und die Apps werden selten von konkreten Datenschutz- oder Sicherheitsrichtlinien begleitet *[264]*. Ähnlich verhält es sich mit Gesundheits-Apps bei bipolarer Erkrankung: obwohl die evidenzbasierte Entwicklung von entsprechenden Apps noch in den Kinderschuhen stecke, sei die Zahl der öffentlich verfügbaren Apps explosionsartig gestiegen; 571 Apps wurden identifiziert. Dabei weist ein Großteil der Apps deutliche inhaltliche Defizite auf. Weniger als ein Viertel der analysierten Apps (18/82, 22 %) befasste sich zudem mit Themen zu Datenschutz und Sicherheit und wies eine Datenschutzrichtlinie auf; lediglich bei einem Drittel der Apps (10/32, 31 %) existierte eine Informationsquelle *[265]*.

**Die Vielfalt digital gestützter Interventionen ist groß. Grundsätzlich unterschieden werden lokalbasierte Computerapplikationen (kein Zugriff auf das Internet während der Anwendung) von Internet- bzw. Onlineinterventionen (Zugriff auf das Internet während der Anwendung). Eine Erweiterung letzterer stellt die mobile Internetnutzung dar, bei der der Internetdienst über verschiedene Endgeräte (z.B. Smartphone, Handy, Tablet, E-Book-Reader, Smartwatch) genutzt werden kann.*

Für den Einsatz digital-gestützter Interventionen liegen gute **Wirksamkeitsnachweise für viele psychische Erkrankungen** aus Metaanalysen *[266] [263] [267] [273] [268] [274] [262]*, auch unter Routinebedingungen vor *[285]*. Ein umfangreiches systematisches Review zur Wirksamkeit digitaler Therapien bei depressiven Erkrankungen (k=83, N=15.530) verweist auf einen moderaten Effekt gegenüber allen Kontrollinterventionen *[262]*. Subgruppenanalysen zeigen, dass auch Patient:innen mit mittelschweren bis schweren Depressionen von webbasierten Selbstmanagement-Interventionen profitierten *[291]*. Negative Effekte sind nicht nachweisbar *[266]*.

Online-Selbsthilfe-Foren

Auch **Online-Selbsthilfe-Foren** gewinnen als Kommunikationsplattform für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige zunehmend an Bedeutung. Neben den bereits oben benannten Vorteilen wie hohe Flexibilität, Anonymität und Selbstregulation existieren jedoch auch Nachteile und Gefahren. Voraussetzung für eine gelingende Online-Kommunikation sind eine gewisse sprachliche Kompetenz und Reflexionsfähigkeit. Zentrale Probleme werden in der Qualität und Seriosität von Informationen und Quellen sowie im Datenschutz gesehen *[292][293]*. Eine exzessive Nutzung des Internets bei gleichzeitigem Rückzug aus dem sozialen Leben birgt zudem ein erhöhtes Risiko der Abhängigkeit von Internetaktivitäten. Mögliche schädliche Wirkungen liegen auch in der Nutzung spezieller Chatrooms, die v. a. bei vulnerablen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Suizidgedanken eine erweiterte Möglichkeit des Austausches bieten *[294]*.

INFO: Eine inhaltsanalytische Auswertung von 1.200 Beiträgen aus Internet-Foren für Patient:innen mit bipolaren affektiven Störungen hatte die **Evaluation des Nutzungsverhaltens** durch die Betroffenen zum Ziel *[295]*. Die Mehrheit der Beiträge wurde von Patient:innen verfasst (93 %), weitere von Angehörigen (5 %) und von professionell Helfenden (2 %). Die häufigsten Themengebiete waren das soziale Netz der Betroffenen (22 %), die Symptome der Erkrankung (20 %), die medikamentöse Therapie (15 %), professionelle Hilfen (9 %) und der Umgang mit der Diagnose (9 %). Darüber hinaus wurden Selbsthilfemechanismen analysiert und es zeigte sich, dass die Selbstoffenbarung die am häufigsten gewählte Form war (49 %). Weitere Mechanismen wurden folgenden Kategorien zugeordnet: Kommentare zum Forum und Bekräftigung des Gemeinschaftsgefühls (20 %), Empathie und Unterstützung (18 %), Freundschaft zwischen den Mitgliedern (16 %) sowie Informationsvermittlung (14 %). Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass dem sozialen Netz von Betroffenen mit bipolaren affektiven Störungen eine zentrale Bedeutung in der Krankheitsbewältigung zukommt. Insbesondere Patient:innen suchen und finden in Online-Selbsthilfe-Foren emotionale Entlastung und Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung.

INFO: Eine ähnliche Analyse von Beiträgen wurde von Haker und Kollegen (2005) in 12 **internationalen Online-Selbsthilfe-Foren für Betroffene mit einer schizophrenen Erkrankung** durchgeführt. Diskutiert wurden vor allem die mit der Erkrankung verbundenen Probleme wie Symptome, Medikation und emotionale Belastungen (ca. 33 %) sowie nichtpharmakologische Behandlungsformen, Behandelnde sowie soziale Netzwerke (ca. 25 %). Bezogen auf erkennbare Selbsthilfemechanismen überwogen die Offenbarung persönlicher Erfahrungen (48 %) sowie die Bereitstellung von Informationen (42 %) *[296]*.

Das **Potenzial sozialer Online-Netzwerke für den Aufbau sozialer Kontakte** für Menschen mit Psychosen wurde auch von Highton-Williamson et al.(2015) in einer systematischen Übersichtsarbeit (11 Studien) untersucht. Danach scheinen Menschen mit Psychoseerfahrungen mehr Zeit in Chatrooms oder mit Online-Spielen zu verbringen als Teilnehmende der Kontrollgruppen (Allgemeinbevölkerung). Die Nutzung anderer Online-Tools wie Facebook oder die Kommunikation per Chat ist geringer oder vergleichbar ausgeprägt gegenüber den Teilnehmenden der Kontrollgruppen. Soziale Online-Netzwerke werden von Menschen mit Psychose-Erfahrungen für den Aufbau neuer Beziehungen, die Pflege von Beziehungen/den Kontakt zu anderen Menschen und die Online-Unterstützung durch Peers genutzt *[297]*. Die Ergebnisse einer aktualisierten Recherche nach Studien zwischen 2014 und 2018 bestätigen (plus 13 Studien), dass Menschen mit Psychose-Erfahrungen – in nicht-akuten Erkrankungsphasen – soziale Online-Netzwerke mindestens genauso häufig zu nutzen scheinen wie die Allgemeinbevölkerung. Die Nutzung steigt mit jüngerem Alter und mit höherer Bildung. Es gab keine Hinweise auf eine Verschlechterung der psychischen Symptome durch eine Nutzung. In einigen der Studien berichteten die Befragten allerdings über negative Erfahrungen und die Unfähigkeit, soziale Online-Kontakte zu identifizieren. Die Autor:innen argumentieren, dass soziale Online-Netzwerke in Form von Foren oder Online-Chats eine Rolle bei der Stärkung sozialer Netzwerke spielen und das Risiko der Isolation in dieser Bevölkerungsgruppe verringern könnten *[298]*.

Bisher fehlen kohärente Informationen über die **Auswirkungen sozialer Medien auf die Genesung von Menschen mit Schizophrenie**. Im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit wurden die Auswirkungen von Interventionen in sozialen Medien zur Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens von Menschen mit Schizophrenie untersucht. Identifiziert werden konnten trotz umfangreicher Suche lediglich zwei randomisierte Studien von mäßiger Qualität (N=331, Dauer 12 Monate). Soziale Medien wurden als Teil einer webbasierten Psychoedukation oder als Online-Peer-Support eingesetzt. Zu den Ergebnismessungen gehörten wahrgenommener Stress, soziale Unterstützung und krankheitsbedingter Stress. Nach drei Monaten berichteten die Teilnehmenden in der Interventionsgruppe über ein geringeres Stressempfinden und zeigten einen Trend zu einem höheren wahrgenommenen Maß an sozialer Unterstützung. Diejenigen, die über positive Erfahrungen mit der Peer-Support-Gruppe berichteten, gaben jedoch auch ein höheres Maß an psychischer Belastung an *[299]*.

AG-Impuls-Textbox 3: Nutzung digital-gestützter Interventionen

Perspektive der AG Impuls

Nutzung digital-gestützter Interventionen und Ansätze auch durch Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung?

Wie im Text ausgeführt, wird die Einschätzung aus Sicht der AG Impuls geteilt, dass im Bereich digital-gestützter Interventionen erhebliche Potenziale liegen, auch wenn die Evidenz zur Wirksamkeit dieser Ansätze in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung bisher insgesamt schwach ist. Dies schlägt sich in der geringen Empfehlungsstärke nieder. Wir möchten den Blick schärfen für die benannten Risiken, die solche Angebote für Therapie und Begleitung beinhalten. Das gilt z. B. für die aufgezeigte Vielfalt an Anwendungen, bei denen angenommen werden muss, dass viele davon bestenfalls nutzlos sind bzw. ‚nur' einen finanziellen Schaden anrichten, weil die wenigsten der Anwendungen

wissenschaftlich geprüft sind. Vertrauenswürdige und wissenschaftlich geprüfte Tools für die unterstützende Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Deutschland sind rar (s. psychenet.de und diga.bfarm.de). Keines der ausgewiesenen Programme richtet sich an Menschen mit psychotischen Erkrankungen; nahezu alle an Menschen mit leichten und mittelschweren psychischen Erkrankungen. Digital-gestützte Angebote können (auch und gerade nach den Lockdown-Erfahrungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie) die personalintensive psychiatrische und psychosoziale Versorgung keinesfalls ersetzen und allenfalls sehr begrenzt ergänzen.

Jenseits dieser Programme bergen spezielle Chatrooms, die sich an besonders vulnerable Gruppen wenden, mögliche Gefahren, insbesondere dann, wenn der Fokus maßgeblich auf digitale Begegnungen und Anwendungen beschränkt bleibt.

Aus Sicht der AG Impuls ist es deshalb von Bedeutung an dieser Stelle 3 Aspekte hervorzuheben:

- Insbesondere für die Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung ist derzeit von einer eingeschränkten Verfügbarkeit digital-gestützter Selbstmanagementprogramme auszugehen.
- In der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung können digital-gestützte Ansätze lediglich ergänzend bzw. begleitend zu anderen Interventionen zur Anwendung kommen.
- Mögliche Risiken müssen bei der Weiterentwicklung und dem Ausbau von digital-gestützten Ansätzen definiert und in den Blick genommen werden.

Empfehlung 6 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Digital gestützte Interventionen**
Empfehlungsgrad **0**	Wissenschaftlich evaluierte **digital-gestützte Interventionen** für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung können phasenabhängig und therapeutisch begleitet zur Anwendung kommen.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

Praktische Informationen

Therapeutische Begleitung

Im Interesse der Evaluationen steht auch die Bedeutung der **Komponente einer therapeutischen Begleitung** der Internet- und Computerbasierten bzw. mobilen Interventionen. Stärke und Form der therapeutischen Unterstützung können dabei sehr variieren. Im Rahmen von geleiteten Selbsthilfe-Interventionen (Guided Self-Help) durchlaufen die Nutzenden die Programme weitestgehend selbstständig; erhalten dabei regelmäßig Rückmeldung durch einen Therapeuten/eine Therapeutin (z. B. über Chat, Videokonferenz oder Hat, Telefon) und können gleichzeitig Fragen formulieren. Aufgaben der behandelnden bzw. begleitenden Person liegen hier in der Motivation und der Klärung von Verständnisfragen *[261]*. Sogenannte Blended-Care-Ansätze sind so konzipiert, dass sie in herkömmliche Psychotherapiesettings eingebunden werden können. Möglich sind hierbei beispielsweise eine Vorbereitung auf eine Behandlung oder die Ergänzung der Präsenzsitzungen einer herkömmlichen Therapie durch computerbasierte übende Komponenten oder die Vertiefung/Wiederholung von Psychoedukation. Therapeutisch begleitete computerbasierte Selbsthilfe- bzw. Selbstmanagementinterventionen scheinen therapeutisch unbegleiteten Interventionen gegenüber überlegen (vgl. *[261]* *[255]*). Allerdings gelten die Befunde nicht als einheitlich. Möglicherweise gleichen sich die Effekte von ungeleiteter und geleiteter Intervention im langfristigen Verlauf wieder an *[262]*. Auch für andere Komponenten wie die der Dauer und Intensität, des Ausmaßes an Interaktivität oder Multimodalität oder der Zielsetzung lassen sich derzeit kaum Aussagen treffen *[260]*.

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

Es sind in Deutschland verschiedene E-Mental-Health-Anwendungen, vor allem für depressive Beschwerdebilder, aber auch für die begleitende Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung vorhanden. Diese werden z. T. kommerziell vertrieben, aber auch in universitären Strukturen entwickelt. Insgesamt erschwert eine große Anzahl an ungeprüften Anwendungen eine Auswahl. Versorgungsrechtliche Rahmenbedingungen für die Anwendung digitaler Ansätze wurden mit dem **Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG)** geschaffen. Nach Prüfung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden die Kosten für ausgewählte und positiv bewertete digitale Anwendungen (https://diga.bfarm.de) von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Der Zugang erfolgt über ein bei der zuständigen Krankenkasse einzureichendes Rezept oder über einen selbst initiierten Antrag bei der gesetzlichen Krankenversicherung *[263]*. Im **DiGA-Verzeichnis** sind 27 Apps zur Behandlung psychischer Erkrankungen gelistet (Stand 06.02.2025); einige wenige sind für die Behandlung von Depressionen (alle Schweregrade) oder für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung geeignet. Empfohlen ist eine Einbettung der

Therapie in eine herkömmliche psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. Für breite Gruppen schwer psychisch kranker Menschen stehen bisher keine Angebote zur Verfügung.

Auf der von der DGPPN unterstützten Plattform psychenet (https://www.psychenet.de/de/) werden wissenschaftlich fundierte E-Mental-Health-Programme aufgeführt. **Qualitätsindikatoren** für Gesundheitsapps werden u. a. durch die Fachgesellschaft *[264]* und die AWMF *[265]* beschrieben.

Das **Potenzial** von digital-gestützten Interventionen und Anwendungen in der Behandlung (schwerer) psychischer Erkrankungen ist groß und sollte im Sinne einer Stärkung von Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz ausgebaut werden. Allerdings liegen im deutschsprachigen Raum bisher keine geprüften und unabhängig empfohlenen Anwendungen für große Gruppen von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung vor. Neben der Weiterentwicklung dieser Ansätze und der von Forschungsmethoden, um standardisierte Maßnahmen zur Bewertung der Nutzung und der damit verbundenen Risiken zu entwickeln, sollten Strukturen und Prozesse in Gesundheitseinrichtungen so ausgebaut werden, dass allen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine Nutzung von digital-gestützten Interventionen und Anwendungen im Sinne des Empowerments ermöglicht werden kann.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Obwohl eine große Anzahl an RCTs zur Wirksamkeit von digital-gestützten Interventionen als komplementäres Element zu einer herkömmlichen Behandlung gegenüber einer konventionellen Face-to-Face-Intervention bei Menschen mit Psychose-Erfahrungen vorliegt und sich positive Ergebnisse in verschiedenen quantitativen Analysen, insbesondere hinsichtlich der Verbesserung neurokognitiver Funktionen, psychosozialer Funktionsfähigkeit sowie sozialer Kognitionen zeigen *[286]*, ist eine abschließende Beurteilung derzeit nicht möglich. Ausgegangen werden muss von einer hohen Variabilität zwischen den verschiedenen Interventionen und Kontrollinterventionen sowie einer schwankenden Anzahl an Studien über die einzelnen betrachteten Kategorien.

Ergebnisse aus RCTs zur Wirksamkeit von E-Mental-Health-Ansätzen in der Behandlung von Menschen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen, wie z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer bipolaren Erkrankung liegen in deutlich geringerem Umfang vor. Große, methodisch robuste randomisierte kontrollierte Studien, in denen die Wirksamkeit untersucht wurde, fehlen bislang. Obwohl die Erfahrungen der Nutzenden mit den Interventionen im Allgemeinen positiv sind, sind Aussagen zur Wirksamkeit sehr begrenzt *[287]*.

Keine unerwünschten Ergebnisse beschrieben.

Eine systematische Übersicht zu **Therapietreue und Abbruchraten** verweist auf eine relativ stabile Therapietreue gegenüber mobilen und webbasierten Interventionen bei Menschen mit Psychose-Erfahrungen; diese lag im Mittelwert bei 83 Prozent (Spanne: 28 bis 100 %). In Studien mit einem höheren Maß an sozialer Unterstützung und einer stärkeren Einbeziehung der Dienstleistungsnutzenden in die Entwicklung der Intervention war die Therapietreue höher. Studien von kürzerer Dauer wiesen ebenfalls höhere Raten auf *[275]*.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

GRADE	Vergleich von Technologie-basierten Interventionen (TBIs) als komplementäres Element zu einer herkömmlichen Behandlung vs. Kontrollgruppe (konventionelle Intervention in Präsenz (Psychotherapie, Pharmakotherapie, nicht-therapeut. Digitaler Ansatz, Kombinationen); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis inkl. Ersterkrankungen) (Morales-Pillado et al. 2023)
Evidenz[1]	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	TBIs verbessern **psychosoziale Funktionen** sign. stärker als Behandlung ohne spezif. TBI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	TBIs verbessern die **Lebensqualität** nicht sign. stärker als Behandlung ohne spezif. TBI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	TBIs verbessern **neurokognitive Funktionen** sign. stärker als Behandlung ohne spezifische TBI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	TBIs verbessern **sozialkognitive Funktionen** sign. stärker als Behandlung ohne spezifische TBI
	TBIs verbessern die **Positiv- und Negativsymptomatik** nicht sign. stärker als Behandlung ohne spezif. TBI

Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	

[1] Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Akzeptanz und Nutzungsmöglichkeiten von digital gestützten Interventionen

Aus der Perspektive von Patient:innen und Fachexpert:innen wird eine hohe **Nutzungsakzeptanz** gegenüber digitalen Angeboten deutlich *[269]*. Die Nutzungsakzeptanz scheint auch bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung hoch. Das gilt vor allem nach einer entsprechenden Nutzung. Die hypothetische Akzeptanz von Online- und Mobiltelefon-Interventionen war hingegen relativ gering. Die hypothetische Akzeptanz war bei Interventionen, die per Textnachricht übermittelt wurden, höher als bei solchen, die per E-Mail übermittelt wurden. Die tatsächliche Akzeptanz war höher, wenn den Teilnehmenden Online-Fernunterstützung angeboten wurde. Zusammenhänge mit demografischen Merkmalen bleiben unklar. Gemeinsame qualitative Faktoren im Zusammenhang mit der Akzeptanz waren Sicherheits- und Datenschutzbedenken, die Bedeutung eines ansprechenden Formats, die Einbeziehung von Peer-Unterstützung, Computer- und Handy-Kenntnisse, technische Fragen und Bedenken hinsichtlich der Auswirkungen des psychischen Befindens auf die Nutzung der Intervention *[270]*.

Die Anwendbarkeit von digital-gestützten Interventionen ist unmittelbar abhängig vom Besitz eines entsprechenden elektronischen Gerätes und den **Zugangsmöglichkeiten**. Prävalenzen der Internetnutzung und der Nutzung von Mobiltelefonen und Smartphones schwanken über die einzelnen Untersuchungen; geben aber Hinweise, dass nicht alle Personen über einen entsprechenden Zugang verfügen *[271] [272] [273] [274] [275] [276]*. Hierin wird eine Barriere bei der Umsetzung mobiler und digitaler Selbstmanagementansätze gesehen (vgl. *[270]*). Andere Barrieren bei der Implementierung von Selbstmanagement-Interventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der sekundären psychiatrischen Versorgung liegen v. a. auf der Organisationsebene (z. B. hohe Personalfluktuation, Personalmangel, fehlende Supervision, mangelnde Unterstützung bei der Umsetzung und erhöhte Arbeitsbelastung) *[277]*.

Ressourcen

Faktoren, die nicht berücksichtigt wurden

Technologie-basierte Interventionen eröffnen Möglichkeiten für einen breiten und niedrigschwelligen Zugang sowie hohe Flexibilität, das gilt insbesondere für strukturschwache Regionen. Kosteneffektivitätsuntersuchungen liegen nicht in ausreichendem Umfang vor. Für die Zielgruppe der LL liegen bisher keine ausreichenden Daten vor.

Rationale

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

In den aktuellen nationalen Leitlinien fanden sich zum Zeitpunkt der Recherche keine Empfehlungen zu internetbasierten, digitalen und mobilen Interventionen.

Systematische Reviews und Metaanalysen

Im Rahmen einer aktuellen Übersichtsarbeit mit quantitativer Synthese konnten 58 RCTs identifiziert werden *[286]*. Untersucht wurde dabei die **Wirksamkeit von Technologie-basierten Interventionen (TBIs) als komplementäres Element zu einer herkömmlichen Behandlung** gegenüber einer konventionellen Face-to-Face-Intervention bei Menschen mit Psychose-Erfahrungen ohne vergleichbaren digitalen Ansatz. Die Ansätze variierten erheblich. In der Mehrheit der Studien wurde die Wirksamkeit eines kognitiven Trainings untersucht (k=26 Studien allein und k=15 mit einer anderen TBI-Therapie), außerdem ein Training sozialer Kognitionen, Psychoedukation und Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie oder ein Arbeitstraining. Häufig wurden verschiedene Ansätze miteinander kombiniert. Auch die Kontrollinterventionen variierten erheblich. Diese wurden von den Autor:innen gruppiert (Tabelle 7). Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass TBIs als Ergänzung zur üblichen Behandlung (TAU) gegenüber Face-to-Face-Interventionen im Allgemeinen überlegen sind; der Effekt ist gering (g = 0,16, p ≤ 0,0001). Bei Betrachtung der untersuchten Outcomes im Einzelnen zeigten sich Vorteile durch TBIs bezogen auf eine Verbesserung neurokognitiver Funktionen (g = 0,13, p ≤ 0,0001), psychosozialer Funktionsfähigkeit (g = 0,25, p = 0,006) sowie sozialer Kognitionen (g

= 0,32, p ≤ 0,05). Es zeigte sich kein Effekt auf die Outcomes Positiv- und Negativsymptomatik und die Lebensqualität. Die Variablen Bildungsstand, Art der Medikation, Häufigkeit der Intervention und Kontakt während der Intervention moderierten die Wirksamkeit von TBIs gegenüber den verschiedenen Kontrollinterventionen in Bezug auf Neurokognition und Symptomatik. Ausgegangen werden muss von einer hohen Variabilität zwischen den verschiedenen Interventionen und Kontrollinterventionen sowie einer schwankenden Anzahl an Studien in den einzelnen Kategorien.

Tabelle 7: Charakteristika der aggregierten Evidenz zur Wirksamkeit von Selbstmanagementinterventionen

Autor, Jahr	**Eingeschlossene Studien** Anzahl	**Patienten** Diagnose(n) (Mittleres) Alter in Jahren Anzahl Teilnehmende (min, max.) Mittlere Dauer der Erkrankung Setting	**Experimentalintervention** Art d. Interventionen Techniken Dauer Intervention /Studie (min, max) Intensität	**Kontrollintervention**	**Nachbeobachtungs-zeitraum**
Morales-Pillado 2023 *[286]*	Quantitative Synthese: 58 RCTs [1]	-Schizophrenie, frühe Phase einer psychotischen Erkrankung -36,6 Jahre (SD 9,5) -N=4.394 (,) -k.A. -zu Hause (k=9); Klinik (k=47), beide Settings (k=2)	-Computergestützte Intervention (k=49) oder Online-Programme mit mobilen Anwendungen (k=9) -Kognitives Training (k=26 Studien allein und k=15 mit einer anderen TBI-Therapie, v.a. Training sozialer Kognitionen, Psychoedukation, CBT), auch in Kombination mit anderen Ansätzen (Vocational Training) -Median: 12 Wochen -Mind. 3 Sitzungen pro Woche (40%), < 3 Sitzungen pro Woche (60%) -(1) Psychotherapie (psychologische und psychoedukative Techniken plus Pharmakotherapie) -(2) Technologie-basierter Ansatz (nicht-psychotherapeutische Anwendungen, wie z. B. Computerspiele, Computeraufgaben oder Video- und Fernsehprogramme) plus Pharmakotherapie) -(3) Pharmakotherapie allein	-(1) Psychotherapie (psychologische und psychoedukative Techniken plus Pharmakotherapie) -(2) Technologie-basierter Ansatz (nicht-psychotherapeutische Anwendungen, wie z. B. Computerspiele, Computeraufgaben oder Video- und Fernsehprogramme) plus Pharmakotherapie) -(3) Pharmakotherapie allein	41 Wochen (4-104 Wochen) nach der Behandlung

[1] Bell, Fiszdon, Greig, Wexler, and Bryson (2007), Bell, Zito, Greig, and Wexler (2008), Bellucci, Glaberman, and Haslam (2003), Bryce et al. (2018), Cavallaro et al. (2009), Choi et al. (2018), Contreras, Tan, Lee, Castle, and Rossell (2018), d'Amato et al. (2011), Eack et al. (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2009), Fisher, Holland, Merzenich, and Vinogradov (2010), Fisher, Mellon, Wolkowitz, and Vinogradov (2016), Fisher et al. (2015), Fiszdon, Kurtz, Choi, Bell, and Martino (2016), Garety et al. (2015), Garrido et al. (2013), Gottlieb et al. (2017), Greig, Zito, Wexler, Fiszdon, and Bell (2007), Hogarty et al. (2004), Hooker et al. (2012), Iwata et al. (2017), Jahshan, Vinogradov, Wynn, Hellemann, and Green (2019), Krzystanek, Borkowski, Skałacka, and Krysta (2019), Kukla, Bell, and Lysaker (2018), Kurtz, Mueser, Thime, Corbera, and Wexler (2015), Kurtz, Seltzer, Shagan, Thime, and Wexler (2007), Lado-Codesido, Méndez Pérez, Mateos, Olivares, and García Caballero (2019), Lee (2013), Leff, Williams, Huckvale, Arbuthnot, and Leff (2013), Lindenmayer et al. (2018), Mahncke et al. (2019), Maroño Souto et al. (2018), Matsuda et al. (2018), Miley et al. (2020), Moritz et al. (2011, 2015a, 2015b, 2016), Pitkänen et al. (2012), Popov et al. (2011, 2014), Rass et al. (2012), Rodewald et al. (2011), Sachs et al. (2012), Schlosser et al. (2018), Shuib, Ahmad, Osman, and Alwi (2019), Tessier et al. (2020), Urben, Pihet, Jaugey, Halfon, and Holzer (2012), Van den Noortgate, López-López, Marín-Martínez, and Sánchez-Meca (2013), Vauth et al. (2005), Vinogradov et al. (2009), Vreeland et al. (2006), Wölwer et al. (2005), Xu et al. (2019), and Zhu et al. (2020)

Studien, in denen **spezifische digitale Ansätze zur Förderung eines gesunden Lebensstils** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht wurden, liegen bisher kaum vor *[288]*. Allerdings konnte gezeigt werden, dass der Einsatz digitaler Geräte oder Strategien in dieser Bevölkerungsgruppe durchführbar und wirksam sein könnte, um das sitzende Verhalten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu reduzieren und die Häufigkeit des körperlichen Aktivitätsniveaus zu erhöhen. Häufig untersuchte Ansätze waren digitale Schrittzähler und Mobiltelefonkommunikation (entweder Textnachrichten oder Telefonanrufe) *[289]*.

Verwiesen werden soll auf eine **aktuelle systematische Arbeit**, die erst nach Abschluss der Recherche erschienen ist. Ziel von Orsolini et al. (2025)*[290]* war, Studien zu den aktuellen Erkenntnissen zu Durchführbarkeit, Akzeptanz, Wirksamkeit, Effizienz und Nutzen von digital bereitgestellten psychoedukativen und psychosozialen Interventionen für Menschen mit Schizophrenie oder psychotischen Störungen systematisch zu überprüfen. Die knapp 70 eingeschlossenen Studien umfassten Interventionen zu webbasierter Familien- und Einzelpsychoedukation, integrierter webbasierter Therapie, zu sozialen Netzwerken, Peer-Ansätzen sowie VR-basierten Ansätzen und mobile psychosoziale Interventionen. Die Autor:innen verweisen auf das Potenzial von digitalen Ansätzen, insbesondere auch im Hinblick auf eine Verbesserung des Zugangs zu psychischer Gesundheitsversorgung und gleichzeitig auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen.

Zusammenfassende Bewertung

Obwohl eine große Anzahl an RCTs zur Wirksamkeit von digital-gestützten Interventionen als komplementäres Element zu einer herkömmlichen Behandlung gegenüber einer konventionellen Face-to-Face-Intervention bei Menschen mit Psychose-Erfahrungen vorliegt und sich positive Ergebnisse in verschiedenen quantitativen Analysen, insbesondere auf die Verbesserung neurokognitiver Funktionen, psychosozialer Funktionsfähigkeit sowie sozialer Kognitionen zeigen *[286]*, ist eine abschließende Beurteilung derzeit nicht möglich. Ausgegangen werden muss von einer hohen Variabilität zwischen den verschiedenen Interventionen und Kontrollinterventionen sowie einer schwankenden Anzahl an Studien über die einzelnen betrachteten Kategorien.

Ergebnisse aus RCTs zur Wirksamkeit von E-Mental-Health-Ansätzen in der Behandlung von Menschen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen, wie z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen in deutlich geringerem Umfang vor. Obwohl die Erfahrungen der Nutzenden mit den Interventionen im Allgemeinen positiv sind, sind Aussagen zur Wirksamkeit sehr begrenzt *[287]*.

8.5 Trialogische Ansätze

Psychiatrie-Erfahrene werden heute als Expert:innen in eigener Sache angesehen, während Angehörige u. a. 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. Trialog findet in Familiengesprächen, in Angehörigengruppen, in Psychoedukations- oder Selbsthilfegruppen statt *[300]*.

Die Notwendigkeit des Einbezugs von Betroffenen und ihren Familien bzw. Angehörigen in alle Stadien von Planung, Angebot und Evaluation psychiatrischer Hilfeangebote ist mittlerweile unbestritten; selbstverständlich ist die Beteiligung in allen Bereichen noch nicht und die Ansichten über das Ausmaß einer gleichberechtigten Beteiligung gehen immer noch auseinander. Im Bereich der Leitlinienentwicklung beispielsweise ließ sich zeigen, dass für 67 % der Leitlinienentwickler:innen im Bereich psychiatrischer Leitlinien die **Einbindung von Betroffenen- und Angehörigenvetreter:innen zentral für die Qualität von Leitlinien** ist *[301]*.

Auch **Ansätze partizipativer Forschung** spielen in der Psychiatrie eine besondere Rolle und haben ihre Wurzeln in unterschiedlichen Forschungstraditionen *[302]*. Menschen mit eigenem Erfahrungshintergrund werden zunehmend an allen Schritten der Forschung beteiligt, es gibt aber noch ein Verbesserungspotential in diesem Bereich. Durch eine solche Beteiligung können die spezifischen Sichtweisen, Erfahrungen und Bedürfnisse der Nutzenden psychiatrischer Angebote in den Forschungsprozess einfließen und eine stärkere Ausrichtung der Versorgungsangebote auf ihre besonderen Bedarfe ermöglichen. Die Bandbreite an Methoden ist groß; qualitative Ansätze dominieren hierbei *[303]*. Mit der partizipativen und kollaborativen Forschung sind gleichzeitig verschiedene Herausforderungen, die u. a. in der Rollendefinition der Beteiligten oder in organisatorischen und ethischen Fragen liegen, verbunden *[302] [304] [305]*. Mit dem Netzwerk PartNet existiert seit 2007 ein Forum für Akteur:innen aus Praxis, Wissenschaft und Zivilgesellschaft, dessen Ziel es ist, die partizipative Gesundheitsforschung im deutschsprachigen Raum zu fördern.

Psychose-Seminare sind der Ursprung und zugleich bis heute eine spezielle Form des Trialogs. 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. Psychose-Seminare unterscheiden sich von traditionellen Formen der Psychoedukation beispielsweise hinsichtlich der Zielsetzung, des Fehlens eines vorgegebenen Manuals und der Veränderung der Haltungen der an der psychiatrischen Arbeit Beteiligten. Es geht dabei um eine wechselseitige Fortbildung, den gegenseitigen Abbau von Vorurteilen, den Respekt vor individuellen Krankheitskonzepten und Sichtweisen sowie das Bemühen um eine gemeinsame Sprache. Oft kommt es dabei zu einem intensiven Erfahrungsaustausch und zu Lerneffekten bei allen Beteiligten, also zwischen Patienten, Angehörigen und Therapeuten *[306]*. Für Studierende birgt das Trialogische- oder Psychose-Seminar die Chance, die Vielfalt und Komplexität des psychotischen Erlebens frühzeitig kennenzulernen. Die trialogische Zusammenarbeit fördert daher das gegenseitige Verständnis für die mit der schweren psychischen Erkrankung verbundenen Probleme sowie die Generierung von allseitig akzeptierbaren Lösungen.

Auf Seiten der Betroffenen stellt der Trialog zudem eine Option zu mehr Verantwortungsübernahme dar und hat die **Verbesserung von Empowerment und der Fähigkeit zum Selbstmanagement** zur Konsequenz. Ein günstiger Krankheitsverlauf wird wahrscheinlicher, oft auch im Sinne einer Bereitschaft bzw. Fähigkeit, gesund mit Krankheit zu leben. Trialogisches Handeln ist wichtig für die Beziehungskultur, den gegenseitigen Respekt im Allgemeinen und für die Beziehungsgestaltung bei einzelnen therapeutischen Interventionen. Es wird durch therapeutische Kontinuität begünstigt. Aus manchen Psychose-Seminaren entwickeln sich langfristig produktive Antistigma-Projekte; die gemeinsamen Anstrengungen gegen öffentliche Vorurteile erscheinen als logische Konsequenz aus dem Abbau der wechselseitigen Vorbehalte. Trialog soll darum auch zum Abbau von Vorurteilen auf allen Seiten beitragen. Im Gegensatz zur klassischen Psychoedukation stehen in erster Linie nicht die Modifikation von Krankheitskonzepten und die Kompensation von Wissensdefiziten im Vordergrund, sondern der gleichberechtigte Erfahrungsaustausch über alltägliche Krankheits- und Lebensbewältigungsprobleme, von dem alle Teilnehmer profitieren können.

Auch **unabhängige Beschwerdestellen** sind häufig trialogisch besetzt. Initiiert werden sie durch Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige selbst oder auch durch Bürgerhelfer:innen oder beteiligte Einrichtungen *[307]*. Die Zusammenarbeit von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen erlaubt eine breite Perspektive und Niedrigschwelligkeit und bietet somit Vorteile gegenüber anderen Institutionen wie der Heimaufsicht oder des Werkstattrats *[308]*. Durch Beratung, Vermittlung und Unterstützung wird die Selbstbestimmung der dort vorsprechenden Personen gestärkt und bei der Durchsetzung von Rechten und Interessen unterstützt. Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie gelten als wichtiges Instrument der Qualitätskontrolle und tragen zur Verbesserung der Beschwerdekultur bei *[307]*. Durch einen positiven Umgang mit Beschwerden und den Beschwerde führenden Menschen soll Missständen in der Psychiatrie wirksam und auf Augenhöhe begegnet werden und damit auch das Empowerment der Betroffenen und Angehörigen gestärkt werden *[307]*. Neben der Vermittlung zwischen Beschwerde führender Person und Kritik tragender Institution ist die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle durch ihren Tätigkeitsbericht gegenüber der zuständigen Behörde auch öffentlichkeitswirksam *[307]*.

Eine systematische Evaluation des trialogischen Arbeitens bleibt trotz seiner weiten Verbreitung und den allgemein angenommenen positiven Aspekten bei allen drei Akteursgruppen erschwert. Möglicherweise ist dies in dem Wesen des Trialogs begründet, der kaum einer vorgegebenen Struktur oder gar einem Manual folgen kann *[309]*. Allerdings lassen sich spezifische Ansätze unter der Überschrift eines trialogischen Handelns wie die **Partizipative Entscheidungsfindung** oder die **Genesungsbegleitung** auch in klinischen Studien untersuchen. Diese werden an anderer Stelle in dieser Leitlinie behandelt.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 7 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Trialog“**
Empfehlungsgrad **EK**	Eine trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen kann eine Voraussetzung für eine Kooperation aller Beteiligten sein. Die trialogische Zusammenarbeit kann neben der individuellen Therapiebeziehung verschiedene Ziele verfolgen (z. B. Öffentlichkeitsarbeit, Qualitätsanforderungen, Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen). In allen Bereichen von Planung, Angebot und Evaluation von Hilfeangeboten, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit sowie in Lehre und Forschung soll eine trialogische Zusammenarbeit unterstützt werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

Praktische Informationen

Lesetipps:

- Peukert, R. & Julius, L. (2022). Geschwister psychisch erkrankter Menschen. Übersehen – überhört – übergangen. In den Familien und im Versorgungssystem. Norderstedt: Book on Demand *und* https://geschwisternetzwerk.de/monographie (kostenfrei)
- BapK e. V. (Hg.) (2021). Wahnsinnig nah. Ein Buch für Familien und Freunde psychisch erkrankter Menschen. Köln: BALANCE buch + medien verlag
- Rettweiler F. (2015). Ein Weg aus der Unheilbarkeit. Leuchtfeuer Nr. 19, S. 70- 73. Im Internet: lvpe-rlp_-_Leuchtfeuer_-_Nr_19.pdf (netzg-rlp.de)
- Berg-Peer J. (2016): Moderation von Selbsthilfegruppen – Ein Leitfaden. Psychiatrie-Verlag, Psychosoziale Arbeitshilfen 33.

9. Bereich Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination

9.1 Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung

Die Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und Patient:innen und ihren Angehörigen nimmt neben der konkret angewandten Intervention, den Kontextfaktoren und Erwartungseffekten in der Behandlung psychisch kranker Menschen einen hohen Stellenwert ein. Für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sind verschiedene Aspekte in der Beziehungsgestaltung zu den professionellen Helfer:innen wesentlich für eine qualitativ hochwertige Versorgung, zu diesen zählen u. a. eine einladende Atmosphäre während Erst- und Folgekontakten, eine vertrauensbildende Beziehungsgestaltung, eine aktive Zusammenarbeit an gemeinsam definierten Zielen, Zuhören, Verständnis sowie Akzeptanz *[96]*. Der durch die Beziehungsgestaltung bedingte Anteil an einer Veränderung im professionellen Kontext wird auf circa 30 Prozent geschätzt *[94]*. Dabei hat sich in den letzten Jahrzehnten ein **grundlegender Wandel** vollzogen: Die Beziehung zwischen von Krankheit betroffenen Menschen und den behandelnden Personen wurde neu definiert *[310]*. In dem Maße, wie Betroffene zunehmend als aktive, selbstbestimmte und gleichberechtigte Partner und Partnerinnen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung wahrgenommen werden, etabliert sich die Partizipation als ein Leitprinzip in der Versorgung und stärkt die Bedeutung von Empowerment *[311]*.

Es hat eine Verschiebung von paternalistischen zu partizipativen Konzepten stattgefunden. Die **partizipative Entscheidungsfindung** (PEF; deutsch für „shared decision making“) ist in diesem Zusammenhang als ein Interaktionsprozess zu verstehen, an dem Patient:in, Behandler:in und nach Möglichkeit auch angehörige Personen aktiv beteiligt sind und auf Basis geteilter Informationen und Präferenzen eine gemeinsam verantwortete Entscheidung ermöglicht wird *[97][312][313]*. Neben den medizinischen Informationen fließen hier auch behandlungsrelevante persönliche Informationen sowie Sorgen, Befürchtungen und Vorstellungen mit ein *[99]*. Ausgegangen wird dabei von einem Prozess (Abbildung 2), der in der Regel nicht auf eine einmalige Beratung beschränkt ist, sondern alle an der Behandlung beteiligten Akteure und Akteurinnen, d. h. neben den Betroffenen auch Familienmitglieder und Freunde, Angehöriger verschiedener Professionen und Peers einbezieht *[314]* und damit auch über klassische Behandlungszusammenhänge hinaus von Bedeutung ist.

Die partizipative Entscheidungsfindung trägt in hohem Maße zu einer Individualisierung der Behandlung und einem Empowerment der beteiligten Patient:innen bei; sie wird als **ein Schlüsselelement einer nutzerzentrierten Versorgung** verstanden *[100][315]*. Betroffene, Behandler:innen und Angehörige begegnen sich in diesem Modell als gleichberechtigte Partner:innen. Dieses Modell unterscheidet sich von dem Modell der Informierten Entscheidungsfindung darin, dass über die von professioneller Seite zur Verfügung gestellten Informationen hinaus ein gemeinsamer Prozess gesteuert wird, der unter Berücksichtigung der Präferenzen aller Beteiligten zu einer gemeinsam verantworteten Entscheidung führt *[316]*.

Es gibt sowohl auf Seiten der Behandler:innen als auch der Patient:innen Möglichkeiten, die **Umsetzung von Partizipativer Entscheidungsfindung** zu unterstützen *[99]*. Eine besondere Stellung nehmen hierbei sogenannte medizinische Entscheidungshilfen für Patient:innen *[317]* ein, die es ihnen ermöglichen sollen, Gespräche mit Behandler:innen vorzubereiten, zu ergänzen und zu strukturieren. Genutzt werden dabei unterschiedliche Medien (Informationsbroschüren, Videos, Computerprogramme). Diese klären über die Entscheidung auf, beschreiben die verfügbaren Optionen und helfen Patient:innen, diese unter persönlichen Standpunkten zu betrachten, indem beispielsweise Risikoprofile aufgezeigt werden. Gleichzeitig können die einzelnen Prozessschritte schriftlich festgehalten werden.



Abbildung 2: Prozessschritte zur Umsetzung von PEF (vgl. *[99]*)

Ein aktueller Cochrane Review verweist auf eine **wachsende Evidenzbasis**; gleichzeitig lassen sich zu verschiedenen Outcomes bisher keine zuverlässigen Aussagen ableiten. Berücksichtigt werden konnten 15 RCTs. Mehrheitlich wurden erwachsene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, Depressionen und bipolaren Störungen) untersucht. Möglicherweise kann SDM das Erleben von Beteiligung im Entscheidungsprozess, zumindest kurzfristig positiv beeinflussen. Die Zufriedenheit bei den Nutzenden bezüglich der erhaltenen Informationen wird durch SDM erhöht; gleichzeitig gab es einen starken Wunsch bei den Teilnehmenden, SDM als Methode auch bei anderen Entscheidungsfindungsprozessen zu nutzen. Unsicherheit besteht lt. der Autor:innen hinsichtlich einer Verbesserung klinischer Ergebnisse wie psychiatrischer Symptome oder der Wiederaufnahmeraten sowie hinsichtlich der Genesung. Es wurden keine unerwünschten Wirkungen berichtet *[318]*. Die Autor:innen eines narrativen Reviews weisen auf verschiedene Vorteile durch Partizipative Entscheidung hin (z. B. Symptomreduktion, verbessertes Selbstwerterleben, höhere Behandlungszufriedenheit, erweitertes Wissen, aktiverer Einbezug der Betroffenen, reduzierte stationäre Behandlungsinanspruchnahme) *[319]*. Darüber hinaus gibt es einzelne empirische Belege für positive Ergebnisse bei der Umsetzung von SDM, wie z. B. eine erhöhte Compliance in der Behandlung von Menschen mit depressiver Erkrankung *[320]* oder während medikamentöser Behandlung *[321] [322]* sowie Kostensenkungen durch eine Reduktion stationärer Behandlungen *[322] [323]*. Betroffene Menschen nehmen einen positiven Effekt auf ihr psychisches Wohlbefinden wahr, wenn sie an einem trialogischen Prozess zur gemeinsamen Entscheidungsfindung über ihre Behandlung teilnehmen *[324]* und erleben den Behandlungsprozess im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung als vertrauensfördernd *[325]*.

Trotz dieser Erkenntnisse zeigen Forschungsergebnisse, dass es **Barrieren bei der Umsetzung des PEF-Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung** gibt. Patient:innen fühlen sich oft nicht als gleichberechtigte Partner:innen im Entscheidungsprozess wahrgenommen *[326]* und äußern unerfüllte Bedürfnisse in Bezug auf Informationen und ein partizipatives Mitentscheiden *[327]*. Auch Familienangehörige fühlen sich häufig nicht ausreichend und gleichberechtigt in den Behandlungsprozess eingebunden *[328] [329]*. Diese Barrieren bei der Umsetzung von SDM können individueller (z. B. mangelndes Vertrauen auf beiden Seiten, unzureichende Risikoeinschätzung), struktureller (z. B. zeitliche Ressourcen) oder auch organisatorischer Natur (z. B. unzureichende fachliche Ausbildung der Behandelnden in SDM) sein *[330] [331] [332]*. Aus Patientenperspektive liegt die größte Barriere in einem erlebten Wissens- und Machtungleichgewicht *[332]*; an anderer Stelle wird die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen als Haupthinderns gesehen *[301]*.

Bisher bleibt im Allgemeinen unklar, welche Maßnahmen für eine verbesserte Umsetzung von SDM erfolgreich sind *[333]*. Unterschieden werden können Maßnahmen, die sich an Betroffene und Angehörige (z. B. Entscheidungshilfen, Ansätze zur Aktivierung, Fragelisten und Patientenschulungen allein oder in Kombination) richten von Ansätzen für Angehörige der Gesundheitsberufe (z. B. Informationsveranstaltungen, Aufklärungsmaterial, und Erinnerungs-schreiben), und von Ansätzen, die sich an beide Gruppen richten *[333]*. In Deutschland verweisen Ergebnisse BMG geförderter Projekte auf positive Effekte hinsichtlich psychosozialer, klinischer und entscheidungsprozessbezogener Outcomes durch Partizipative Entscheidungsfindung in der Behandlung von Menschen mit verschiedenen Störungsbildern. Belege lassen sich für Patient:innen mit einer Depression in der Hausarztpraxis *[98]* sowie für Patient:innen mit einer Schizophrenie *[334] [335]* finden.

Eine Partizipative Entscheidungsfindung kann nur auf einer vertrauensbildenden und patientenzentrierten Basis erfolgen. Hierbei gilt es auch, die Wünsche der Patient:innen hinsichtlich des Ausmaßes an der Beteiligung eines solches Vorgehens zu berücksichtigen *[336]*. Gleichermaßen muss die **aktuelle Entscheidungsfähigkeit**, die aufgrund der Schwere der Erkrankung beeinträchtigt sein kann, berücksichtigt werden *[337]*. Lange Zeit wurden Menschen, die in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, unter gesetzliche Vormundschaft gestellt. Damit wurden stellvertretende Entscheidungsträger:innen ernannt, die in ihrem Namen Entscheidungen getroffen haben. Zum 1. Januar 1992 wurde die rechtliche Betreuung eingeführt. Sie ist an die Stelle der früheren Vormundschaft über Volljährige und Gebrechlichkeitspflegschaft getreten und ist auf die erforderlichen Aufgabenbereiche beschränkt. Die am 1. Januar 2023 in Kraft getretene Reform des Betreuungsrechts (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**) zielt darauf ab, das Recht auf Selbstbestimmung unterstützungsbedürftiger Menschen deutlich zu verbessern. Die Betroffenen werden in allen Stadien eines Betreuungsverfahrens informiert und einbezogen. Zentraler Maßstab für Entscheidungen des Betreuers sind die Wünsche der betreuten Personen, denen ein grundsätzlicher rechtlicher Vorrang zuerkannt wird.

Eine **unterstützte Entscheidungsfindung** (**Supported Decision Making**) zielt darauf, die Entscheidungsfähigkeit einer Person zu erweitern und ihr so die Möglichkeit zu geben, möglichst selbstbestimmt Entscheidungen über erforderliche Behandlungen zu treffen *[338][339]*. Auch eine unterstützte Entscheidungsfindung muss als ein komplexer Prozess verstanden werden, bei dem die Erfahrungen und Wünsche der Patient:innen und möglichst die der Angehörigen als auch die Erfahrungen der Behandelnden einfließen müssen. Um eine unterstützte Entscheidungsfindung überhaupt zu ermöglichen, kann eine unterstützte Kommunikation erforderlich sein, beispielsweise bei vorhandenen Sprachbarrieren.

AG-Impuls-Textbox 4: Partizipative Entscheidungsfindung

Perspektive der AG Impuls

Partizipative Entscheidungsfindung: Die Entscheidung bleibt bei der von psychischer Erkrankung betroffenen Person

Der Begriff „Partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF; deutsch für „shared decision making“) bezieht sich auf den Prozess der Entscheidungsfindung, in dem partizipativ, auf gleicher Augenhöhe und mit beidseitigen Aufgaben, u. a. von Präferenz- und Evidenzdarlegung, Praxisvermittlung, Schärfung des Prozesses durch gezielte Fragen usw. zusammengearbeitet wird und Argumente ausgetauscht werden, damit am Ende des Prozesses die in Behandlung befindliche, von Krankheit betroffene Person selbst eine Entscheidung treffen kann. Die Entscheidung liegt bei der von Krankheit betroffenen Person, auch die Entscheidung betreffend, welche Personen am Prozess der PEF beteiligt sein sollten. Der Raum für Ausnahmen von dieser Regel ist viel diskutiert und sehr eng definiert.

Denn der Begriff der Partizipativen Entscheidungsfindung kann missverstanden werden: so als werde jede im Sinne des Konzepts getroffene Entscheidung durch die behandelte und die behandelnde Person „gemeinsam getroffen". Das wäre ein ernstes Fehlverständnis des Konzepts und des grundlegenden Vorgangs der Einwilligung in Behandlungsmaßnahmen durch von Krankheit betroffene Menschen. „Partizipative Entscheidungsfindung" ist ein Prozess-beschreibender Begriff, er sagt nichts über die Entscheidungsbefugnis, die bei den Menschen liegt, die ihre Einwilligung zu Behandlungsmaßnahmen geben (oder eben nicht geben). Es ist diese Einwilligung, die dann den Weg zur Durchführung von Behandlung öffnet.

Um eine solche informierte Entscheidung treffen zu können, bedarf es manchmal einer Unterstützung, die im Prozess der PEF an die Fähigkeiten der betreffenden Person angepasst werden muss.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 8 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Partizipative Entscheidungsfindung"**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Beziehungsgestaltung zwischen professionell Tätigen und Patientinnen und Patienten soll auf Vertrauensbildung und gegenseitigen Respekt abzielen. Die Wahl der geeigneten Behandlungsstrategie soll Gegenstand eines gemeinsamen Aushandlungsprozesses sein, in dem fachliche Aspekte ebenso berücksichtigt werden wie persönliche Präferenzen und relevante Kontextfaktoren. Am Ende einer solchen **Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF)** sollte möglichst eine gemeinsam getragene Entscheidung stehen. Diese Zielvorgabe schränkt die Freiheit der Beteiligten ausdrücklich nicht ein: Der Patient / die Patientin hat weiterhin das Recht, seine / ihre Einwilligung in eine vorgeschlagene Behandlung zu verweigern. Und der / die professionell Tätige kann die Erbringung einer gewünschten Behandlung verweigern, wenn er sie für fachlich nicht vertretbar hält.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

Rationale

(1) Eine systematische Suche ist nicht erfolgt. Der aktuelle Cochrane Review von Aoki et al. (2022) *[318]* verweist auf mögliche positive Effekte auf die Beteiligung im Entscheidungsprozess und eine verbesserte Zufriedenheit bei den Nutzenden (sehr geringe Vertrauenswürdigkeit der Evidenz) bezüglich der erhaltenen Informationen. Es wurden keine unerwünschten Wirkungen berichtet. Die gemeinsame Entscheidungsfindung basiert auf dem medizin-ethischen Prinzip der Autonomie und ist wichtig zur Sicherung der Partizipation und Selbstbestimmung der Betroffenen. Ein Schadenspotenzial ist nicht erkennbar. (2) Das Grundprinzip von PEF kann auch auf andere Versorgungskontexte übertragen werden; dabei sind die Spezifika der einzelnen Settings zu berücksichtigen.

9.2 Evidenzkapitel: Frühintervention

Hintergrund

Je nach Definition leiden bis zu 60 Prozent der Patient:innen, die SMI-Kriterien erfüllen, unter psychotischen Störungen *[13]*. Auch erstmals psychotisch erkrankte Jugendliche oder junge Erwachsene bzw. Patient:innen in den ersten 5 Jahren der Erkrankung (Early Psychosis) *[340]* erfüllen bereits häufig die Kriterien für eine schwere psychische Erkrankung (Severe Mental Illness, SMI) bzw. haben ein hohes Risiko diese zu entwickeln *[341]*. Ebenso haben Menschen mit ersten bipolaren oder schweren depressiven Episoden oder Menschen mit ersten unterschwelligen oder diagnoserelevanten Borderline-Persönlichkeitsstörungssymptomen ein **hohes Risiko, eine schwere psychische Erkrankung zu entwickeln** *[13]* (Kapitel **Patientenzielgruppe**). 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 *[101] [102] [342]*.

9.2.1 Frühinterventionsstrategien

In der Frühintervention unterscheidet man **zwei Strategien**: Bei der (1) 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 identifizieren und die Übergangsraten in eine erste Episode einer Erkrankung mit hohem Risiko für SMI zu reduzieren. Bei der (2) 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.

1. Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI

Der Erstmanifestation von Erkrankungen mit hohem Risiko, eine SMI zu entwickeln, wie psychotische, bipolare, depressive oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen gehen im Regelfall mehrjährige Phasen mit unterschwelligen oder wenig spezifischen klinischen Symptomen voran *[343] [344] [345] [346] [347] [348]*. Verschiedene Arbeitsgruppen haben klinische Kriterien für diese Risikopopulation entwickelt, die das Auftreten von ersten Episoden dieser Erkrankungen mit einer klinisch bedeutsamen Wahrscheinlichkeit vorhersagen *[349] [350] [351] [352]*. Die Früherkennung und Frühintervention versucht, hilfesuchende Menschen mit diesen Risikosyndromen frühzeitig zu identifizieren und ihnen ein präventives Behandlungsangebot zu machen. Die Ziele der Frühintervention sind zunächst die Besserung der bereits vorhandenen (Risiko)-Symptomatik sowie im Weiteren auch die Vermeidung von sozialen Behinderungen sowie die Verhinderung oder Verzögerung der ersten psychotischen, manischen oder depressiven Episode.

Am weitesten entwickelt ist dieses Konzept für die **Risikokriterien psychotischer Störungen**. Die Definition des klinisch erhöhten Psychoserisikos umfasst dabei im Wesentlichen abgeschwächte psychotische Symptome *[349]* oder vom Betroffenen selbst bemerkte Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, sog. Basissymptome *[350]*. Diese Risikokriterien für erste psychotische Episoden sind reliabel zu erheben *[353]* und wurden mittlerweile weltweit prospektiv bei über 9.000 hilfesuchenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen evaluiert *[354]*. Je nach angewendeten Kriterien finden sich Übergansraten in die Psychose von ca. 15 Prozent nach einem Jahr und 29 Prozent nach 4 Jahren. Die Subgruppe „abgeschwächte psychotische Symptome“ der Risikokriterien wurde bereits 2013 in die Forschungskriterien von DSM-5 *[355]* aufgenommen. Etwa 80 Prozent der Betroffenen erfüllen zusätzlich zum Risikosyndrom Diagnosekriterien einer psychiatrischen Störung nach DSM-4/5 oder ICD-10 *[356]*. Erste Studien zeigen, dass auch Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko, die im Verlauf keine psychotische Episode entwickeln, ein hohes Risiko zu langfristigen sozialen Behinderungen aufweisen *[357] [358] [359]*.

Zur **Identifikation** von Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI wird der international Aufbau eines Früherkennungsnetzwerkes empfohlen *[343] [350] [360] [361]*. Hierzu ist die Kooperation von Institutionen, wie z. B. psychiatrischen Kliniken, niedergelassenen Fachärzt:innen und Hausärzt:innen, Behörden, Institutionen im Bildungs- und Ausbildungswesen notwendig, sowie möglichst die Etablierung von aufsuchenden Diensten. Da zur Zielgruppe auch Jugendliche und Heranwachsende gehören, sollte eine enge Zusammenarbeit der Erwachsenenpsychiatrie mit Einrichtungen für Kinder und Jugendliche erfolgen.

Um die oben formulierten Ziele von Frühintervention zu erreichen, werden zunehmend **Früherkennungs- und Therapiezentren** implementiert, welche sowohl gezielte Öffentlichkeitsarbeit betreiben als auch störungs- und syndromorientierte sowie inklusionsfokussierte Behandlungsangebote vorhalten *[360] [362] [343] [351] [363] [364] [361] [365] [366]*. Sie sollen niederschwellig, nicht stigmatisierend und überwiegend ambulant außerhalb von Krankenhäusern konzipiert sein. Früherkennungs- und Therapiezentren sollten im Idealfall ein multiprofessionelles Team umfassen, welches aus Ärzt:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Individual-Placement-and-Support-Mitarbeitenden (IPS), Pflegefachkräften, Ergotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen, Therapeut:innen der Künstlerischen Therapieansätze und möglichst auch Peer-Mitarbeitenden besteht und über eine aufsuchende Komponente verfügen. Sie sollten unter Beteiligung von jungen Erwachsenen und Angehörigen entwickelt und auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe abgestimmt sein sowie auf den Prinzipien von Hoffnung, Resilienz und Empowerment und dem Respekt vor der persönlichen Integrität der Betroffenen basieren. Diese Merkmale sollen die Zugänglichkeit und die Akzeptanz des Angebots für die meist jungen Betroffenen und deren Angehörigen erleichtern.

Früherkennungs- und Therapiezentren sollten eine Reihe von **Interventionsmöglichkeiten** anbieten oder vermitteln können. Neben einem regelmäßigen Monitoring, motivierender Gesprächsführung zur Reduktion von Substanzmissbrauch, supportiver Therapie, kognitiver Verhaltenstherapie, Familientherapie sowie pharmakologischen Interventionen sollten auch verschiedene psychosoziale Ansätze eine Rolle spielen. Besonderer Fokus ist auf Supported Employment bzw. Supported Education und sozialarbeiterische Tätigkeit zu legen, da junge Menschen mit Defiziten in diesem Bereich ein besonders hohes Risiko haben, zu erkranken und besonders wenig Hilfe suchen *[362]*.

Zur **Frühintervention** bei Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko liegen Leitlinienempfehlungen vor, eine ist Teil der Leitlinie der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung *[366] [367]*, eine weitere Teil der NICE-Leitlinie von 2014 *[365]*. In beiden wird kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als First-Line Treatment empfohlen. In allen aktuellen paarweisen Metaanalysen, die alle spezifischen Interventionen oder alle KVT-Interventionen gemeinsam mit den jeweiligen Kontrollinterventionen in bis zu 26 Studien (N = 2.361) verglichen, fanden sich signifikante Vorteile für die spezifischen Interventionen bzw. KVT *[368] [369]*. Dieses Angebot kann durch Familieninterventionen ergänzt werden *[365]*. Zur Prävention oder Reduktion der sozialen Exklusion sollte Supported Employment oder Supported Education nach dem IPS-Modell und sozialarbeiterische Unterstützung angeboten werden *[364] [362] [360]*. Die Autor:innen des Cochrane Reviews leiten aus ihren Ergebnissen eine unzureichende Eindeutigkeit der Unterschiede in der Wirkung verschiedener Therapien zur Verhinderung des Übergangs in eine Psychose ab. Eingeschlossen wurden 20 Studien (N = 2.151). Untersucht wurden neben pharmakotherapeutischen Ansätzen, kognitive Verhaltenstherapie und supportive Therapie *[370]*. Auch verschiedene Netzwerk-Metaanalysen, die unterschiedliche Einzelinterventionen miteinander verglichen, konnten keinen Vorteil für eine spezifische psychotherapeutische oder pharmakologische Interventionsform ermitteln *[371]*. Die Wirksamkeit von psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungen für die Frühintervention bei Menschen mit einem hohen Risiko für die Entwicklung einer bipolaren Störung wurde bei Saraf et al. (2021) *[372]* systematisch untersucht. Eingeschlossen wurden 16 randomisierte kontrollierte Studien und Kohortenstudien. Psychotherapeutische Interventionen waren in Bezug auf verschiedene Zielgrößen wirksam. Die Studien wiesen eine erhebliche methodische Heterogenität auf.

Erste Studien zeigen, dass Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko, die in einem Frühinterventions- und Therapiezentrum in Behandlung waren im Falle eines Übergangs in die erste psychotische Episode weniger Hospitalisationen, weniger Zwangseinweisungen und eine **kürzere Dauer der unbehandelten Psychose** aufweisen als Menschen, die eine erste psychotische Episode ohne Vorbehandlung in einem Frühinterventions- und Therapiezentrum erlebten *[373]*.

Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI, die psychotherapeutische oder psychoedukative Interventionen in Früherkennungs- und Therapiezentren in Anspruch nahmen, fühlten sich durch die Therapeut:innen wertgeschätzt und erlebten die Möglichkeiten, über ihre Frühsymptome zu sprechen als emotional entlastend und hilfreich. Die Nutzenden schätzen die **Therapieangebote als bedeutsam** für die Bewältigung ihrer aktuellen Probleme ein und wertschätzten die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit der Behandelnden an ihre individuellen Bedarfe *[374] [375] [376]*.

Studien zur **Kosteneffektivität** zeigen, dass Frühintervention bei Hochrisikopopulationen ohne manifeste Diagnose kosteneffektiv ist. Kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen allein oder in Kombination mit niedrigdosierten Antipsychotika z. B. bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste psychotische Episoden sparten durch reduzierte Übergänge in psychotische Erstmanifestationen und damit zusammenhängend geringeren klinischen Kostenaufwand im Rahmen randomisiert kontrollierter Studien z. B. US$ 5.777 pro Patient:in nach 4 Jahren in den Niederlanden *[377]* und etwa 2.000 AUD nach 3 Jahren pro Patient:in in Australien *[378]*. Eine umfassende Evidenzrecherche zur Frühintervention bei Menschen mit erhöhtem Risiko für erste Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI ist im Rahmen dieser Leitlinie nicht erfolgt.

2. Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI

Auch bei stattgehabter Erstmanifestation vergehen in der Regel Monate bis Jahre bis zur Einleitung der ersten adäquaten Behandlung *[379] [380] [381] [382]*. Hierbei zeigen die meisten Studien eine Korrelation zwischen einer längeren **Behandlungslatenz** und einem ungünstigen Krankheitsverlauf *[383] [384]*. In einer sehr umfangreichen Übersichtsarbeit (N = 25.657 Patient:innen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen, Psychosen in der ersten Episode oder affektiven und nicht-affektiven Psychosen) ließen sich starke Zusammenhänge zwischen längerer Behandlungslatenz und schwereren positiven und negativen Symptomen, einer geringeren Chance auf Remission und schlechterer Gesamtfunktion sowie globaler Psychopathologie aufzeigen *[385]*. Die günstigen Effekte der Verkürzung der Behandlungslatenz auf den Krankheitsverlauf lassen sich 4 bis 5 Jahre und in einer Studie bis zu 10 Jahre nach der Intervention nachweisen *[386]*.

Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden von Erkrankungen mit erhöhtem Risiko für SMI verkürzt diese Latenz mit Hilfe von Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit, Hausärzt:innen, Schulen und Jobvermittler:innen *[387]*. Obwohl mittlerweile mehrere kontrollierte Interventionsstudien mit dem Ziel einer Verkürzung der unbehandelten Episode vorliegen, lässt sich bisher keine zusammenfassende Evidenz dafür ableiten, dass die verfügbaren Interventionen bei der Verkürzung unbehandelter Episoden (spezialisierte Frühinterventionsdienste, gemeindenahe Interventionen, Schulungen für medizinisches Fachpersonal und Multifokus-Interventionen) während der ersten Psychoseepisode erfolgreich sind. Untergruppenanalysen zeigten keine Unterschiede innerhalb der einzelnen Untergruppen, mit Ausnahme der Angebote für Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko. Es bestand eine erhebliche Heterogenität, die größtenteils auf unterschiedliche Definitionen zurückzuführen war *[388]*.

Das wesentliche Rational für Frühinterventionen während der ersten 3 bis 5 Jahre nach Erstmanifestation bildet die **Critical-Period-Hypothese** *[389]*. Diese ist vor allem für psychotische Störungen belegt und besagt, dass die meisten der psychologischen, klinischen und sozialen Einschränkungen, die mit der Erkrankung verbunden sind, in den ersten 3 bis 5 Jahren nach Erstmanifestation stattfinden und Interventionen in diesem Zeitraum den größten Einfluss darauf haben, die Entwicklung einer schweren Verlaufsform zu verhindern *[390] [391] [392]*. Die Ziele der Frühintervention sind entsprechend primär die Verhinderung von Behandlungsabbrüchen, von Rezidiven/Rehospitalisierungen und von sozialer Exklusion *[340]*.

Die **Frühintervention** während der ersten 3 bis 5 Jahre nach Erstmanifestation sollte koordiniert, spezialisiert und multiprofessionell erfolgen, idealerweise teambasiert und aufsuchend *[365]*. Neben ggf. angemessener Pharmakotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie bestehen mögliche Behandlungselemente aus verschiedenen psychosozialen Therapien, wie dem Training sozialer Kompetenz, Familieninterventionen und Supported Employment nach dem IPS-Modell kombiniert mit zum Teil aufsuchender Behandlung in der Gemeinde (spezifisches Case Management oder Assertive Community Treatment) *[340]*. Ebenso spielt die Unterstützung durch Peer Support Worker in der Frühintervention eine Rolle *[393]*. Auch den Auswirkungen der Künste auf Gesundheit und Wohlbefinden mit einem präventiven Fokus wird ein großes Potenzial zugeschrieben *[394]*. Daneben sollen die Frühinterventionsangebote die entwicklungspsychologische Perspektive der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters berücksichtigen, wie eine eigene Peer-Group bilden und aufrecht erhalten, sich von der Primärfamilie lösen, sexuelle Beziehungen eingehen und eine berufliche Perspektive entwickeln *[395] [391]*.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 9 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Früherkennung“**
Empfehlungsgrad EK	Für Menschen mit hohem Risiko für Psychosen und andere schwere psychische Erkrankungen und für Angehörige sollen Angebote zur **Früherkennung und Frühintervention flächendeckend** zur Verfügung stehen. Sie sollen mit bestehenden ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere auch der primärärztlichen Versorgungsebene* vernetzt werden. Ziel soll die Verhinderung von Krankheitsepisoden und von schweren und chronischen Verläufen sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

***** *Neben der gesondert genannten primärärztlichen Versorgung gibt es zahlreiche weitere mögliche Hilfeangebote, die ebenfalls einer Vernetzung bedürfen, hier aber nicht explizit benannt werden.*

Stark

Empfehlung 10 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: „Frühintervention“**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen sollen frühzeitig eine koordinierte, umfassende und multiprofessionelle Behandlung, erforderlichenfalls aufsuchend und Setting-übergreifend durch ein speziell ausgebildetes Team erhalten. Ziele sollen die Verhinderung einer Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen, von erneuten Krankheitsepisoden und von sozialer Exklusion sein. Psychosoziale Therapien* sollen entsprechend der Empfehlungen der vorliegenden Leitlinie und in Abhängigkeit der individuellen Bedarfe und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (93 %)** **Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023**

** Evidenz zur Wirksamkeit umschriebener psychosozialer Therapien bei Ersterkrankung liegt insbesondere für Familieninterventionen, Psychoedukation für erkrankte Personen und Angehörige, Interventionen zur Verbesserung von beruflicher Bildung und Teilhabe, insbesondere Supported Employment und Education, Sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung mit einem präventiven Fokus, Ansätze zur Stärkung des Selbstmanagements sowie Ansätze des Peer-Supports vor. Auch andere psychosoziale Interventionen, für die im Moment keine qualitativ hochwertige Evidenz in der Behandlung von Menschen mit ersten Episoden vorliegt, die aber in der vorliegenden Leitlinie beschrieben und empfohlen werden, sollten im Einzelfall und nach Abwägung ihres potenziellen Nutzens bei entsprechender Indikation angeboten werden.*

Praktische Informationen

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

Früherkennung und Frühintervention sind auch im deutschen Versorgungssystem positiv evaluiert (z.B. *[1217][1218]* und verschiedene Implementationsmanuale liegen für Angebote für Menschen mit erhöhtem Psychoserisiko (z.B. *[363][343]* und für Angebote für Menschen mit ersten psychotischen Episoden *[1219]* vor. 2008 wurde für Deutschland ein Netzwerk für Früherkennung und –intervention bei Bipolaren Störungen gegründet, um gemeinsame wissenschaftliche und klinische Standards zu entwickeln und gemeinsame Studienprojekte zu konzipieren und durchzuführen *[1220]*. In Deutschland stehen für Rehabilitationsleistungen, die alle Leistungen nach SGB V und SGB IX (Teil 2) beinhalten, Angebote der frühzeitigen Bedarfserkennung nach § 12 SGB IX zur Verfügung. Es heißt in Absatz (1): „Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten. Trotzdem ist die **Durchdringung der Versorgung** mit koordinierter, auf ersterkrankte Menschen oder Risikopersonen spezialisierter, multiprofessioneller, teambasierter, aufsuchender Behandlung gering *[393][1221]*. Öffentlichkeits- und Informationsarbeit wird (noch) nicht ausreichend geleistet, um Betroffene und ihr Umfeld zu erreichen. Gemeinsame Standards fehlen (noch) und interdisziplinäre Modelle sind spärlich *[1221]*. Entsprechend beurteilt die OECD Frühintervention in Deutschland als nicht implementiert, im Gegensatz zur Situation in verschiedenen Nachbarländern wie Dänemark, England, Irland, Luxemburg, Niederlande, Norwegen, Polen, Schweiz, Schottland oder Spanien *[102]*.

Die Zusammenführung von Leistungen für die Betroffenen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern in Früherkennungszentren unter Einbindung von niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten, sowie weiterer psychosozialer Hilfsangebote *[393][1222]*, sowie die Nutzung gesetzlicher

Regelungen der sog. Integrierten Versorgung (mittlerweile besondere Versorgung) und des Innovationsfonds *[1217][1223]* zeigen, dass die versorgungsrelevante Implementation von evaluierten Früherkennungs- und Frühinterventionsmodellen auch in Deutschland möglich ist. Wenn die bestehenden Modelle zukünftig Ausgangspunkte für eine **flächendeckendere Implementation** werden, besteht die Möglichkeit, die Empfehlungen von WHO, OECD und EU zur Implementation von Früherkennung und Frühintervention umzusetzen und damit das Auftreten von SMI auch in Deutschland zu einem relevanten Anteil zu verhindern.

Informiert! *Das Referat „Prävention psychischer Erkrankungen" der DGPPN bündelt auf der Internetseite der Fachgesellschaft Informationen über Initiativen zur Früherkennung und Frühintervention in Deutschland und weitere Informationen (*https://www.*dgppn.de/die-dgppn/referate/praevention-psychischer-erkrankungen.html). Eine Übersicht über die derzeit aktiven Frühinterventionsangebote in Deutschland gibt Psycho-Check (https://www.psycho-check.com).*

Betroffenenerfahrungen

In Großbritannien führt Frühintervention zu einer höheren Wertschätzung der Behandlung und größeren **Zufriedenheit** bei den Nutzenden. In der multiplen Fallstudie wurden Mitarbeitende, Nutzende, Angehörige und Auftraggebende von 14 Frühinterventionsdiensten befragt *[396]*.

Die Ergebnisse einer Metasynthese qualitativer Studien beschreiben zentrale Themen aus Sicht der Nutzenden in der **Behandlung durch spezialisierte Frühinterventionsdienste**. Ziel war, die hohen Abbruchraten von 30 Prozent *[397]* durch eine solche Behandlung besser zu verstehen und Empfehlungen für eine größere Behandlungstreue abzuleiten *[398]*. Die 5 Hauptthemen waren: (1) Erfahrungen bei der Suche nach Behandlung und Hilfe; (2) förderliche Faktoren des Engagements; (3) therapeutische Beziehung; (4) Rolle der Bezugspersonen bei der Unterstützung des Engagements und (5) Faktoren mit nachhaltiger Wirkung. Die Befunde verdeutlichen die Einzigartigkeit und Individualität der Erfahrungen der Betroffenen und beteiligten Personen und die Komplexität des Themas. Aus Sicht der Autor:innen seien die **therapeutische Beziehung und der therapeutische Dialog**, das Eingehen auf individuell wahrgenommene Bedürfnisse, das Verstehen bzw. Verstanden werden und der Aufbau eines gemeinsamen Erklärungsmodells der Psychose bei der Einbeziehung von Menschen in frühen Erkrankungsphasen in die Behandlung entscheidende Faktoren. Die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse kann beispielsweise bedeuten, praktische behördliche oder schulische Unterstützung zu leisten. Wenn es gelingt, die Menschen dabei zu unterstützen, ein Verständnis für ihre Erfahrungen aufzubauen, kann dies zu einer Stärkung und besseren Behandlungsbeteiligung führen. Ebenfalls bedeutsam seien die Pfade in die Behandlung und die erlebten Erfahrungen auf diesen Wegen. Die ersten Kontakte mit psychosozialen Diensten können einen großen Einfluss auf das weitere Engagement für die Behandlung haben, insbesondere stationäre oder Krisenbehandlungen können als stark paternalistisch empfunden werden. In den meisten Fällen verstärkte dieser Eintritt ins Behandlungssystem das Erleben von interner Stigmatisierung, da diese Erfahrungen der Vorstellung von Normalität widersprachen. Neben dem Patienten bzw. der Patientin selbst sei es wichtig, bereits in der frühen Phase der Erkrankung, Bezugspersonen gut einzubinden, ein gemeinsames Verständnis über psychische Gesundheit zu entwickeln und nach Möglichkeit dabei zu unterstützen, Beziehungsabbrüche mit den jungen Menschen zu vermeiden. In den Interviews wurde sowohl eine praktische Rolle bei der Unterstützung des Engagements durch Angehörige (z. B. Begleitung zu Terminen) als auch eine Beziehungsrolle (z. B. Ermutigung zur Behandlung) gesehen. Die Autor:innen verweisen im Zusammenhang mit ihren Ergebnissen auf das **Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung,** welches die Allianz zwischen der erkrankten Person, den Behandelnden und den Angehörigen stärken kann bzw. auf das Modell der Unterstützten Entscheidungsfindung, in Erkrankungsphasen, in denen möglicherweise eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit besteht (Kapitel **Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung**).

Auch Hansen et al. (2018) betonen die **Individualität und Bedürfniszentrierung in der Behandlung früher Erkrankungsphasen**. Die befragten Teilnehmenden fanden überwiegend Zugang durch Familienmitglieder oder andere Personen in das Hilfesystem. Der Behandlungsbeginn im Frühinterventionsdienst und die (Wider-)Entdeckung der eigenen Handlungsfähigkeit wurden als Wendepunkt in der eigenen Genesung erlebt. Die befragten Personen erkannten, dass die Dienste lediglich Unterstützung bieten konnten; den „Rest" mussten sie selbst in die Hand nehmen. Ganz wesentlich für den eigenen Recovery-Prozess wurde das Gefühl beschrieben, als „Mensch" gesehen und behandelt zu werden. Zu diesem Thema gehörten auch die Beziehungen zu Mitbetroffenen sowie zu Freunden und zur Familie. Gleichzeitig wurde eine mit der Pflege von Beziehungen und Gemeinschaft erlebte Stigmatisierung als nachteilig beschrieben. Außerdem beschrieben die Teilnehmenden, dass das Erkennen von Problemen und eine Einsicht in die Notwendigkeit einer Behandlung auch damit verbunden seien, das eigene Erleben mit einer Umschreibung als „Krankheit" und Behandlungsbedürftigkeit akzeptieren zu müssen. Die Ergebnisse weisen wiederholt auf die Bedeutung individuell zugeschnittener Dienste sowie auf die Berücksichtigung von Beziehungsfaktoren hin *[399]*.

Noiriel et al. (2020) werben als Ergebnis einer umfangreichen Metasynthese qualitativer Arbeiten zu den Erfahrungen junger Menschen mit einer ersten Psychose dafür, stärker auf die Bedeutung der konkreten Benennung des Behandlungsangebotes (weg vom klassischen klinischen Behandlungssetting) und den sensiblen Umgang mit Diagnosebegriffen zu achten. Es bestehe die Gefahr, dass Begriffe, die in der Organisation von Behandlung und im Rahmen der Diagnostik von Bedeutung sind, bei den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen zu Irritationen führen und sich nachteilig auf die Behandlungskontinuität auswirken können. Patientenzentrierung und eine Partizipative Entscheidungsfindung könnten dem entgegenwirken. Der Offene Dialog könnte dazu beitragen, Betroffene und ihre Familie in die Lage zu versetzen, ihre eigene Geschichte der psychotischen Psychoseerfahrung zu formulieren *[400]*.

Angehörigenerfahrungen

Die erste Psychoseepisode (FEP) ist der Zeitraum, in dem die meisten Veränderungen in der familiären Atmosphäre zu beobachten sind. Diese Zeit hat auch große Auswirkungen auf die psychische Belastung von Familienmitgliedern, insbesondere derjenigen, die ihre erkrankten Familienmitglieder begleiten oder mit ihnen zusammenleben. Familien berichten, dass sie sich überfordert fühlen, wenn sie in dieser kritischen Phase Zugang zu Behandlungseinrichtungen haben. Diese Folgen wirken sich auf die affektive Stimmung in der Familie aus, die auch als „expressed emotion" bezeichnet wird und nachteilige Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf haben kann. Daher sind familiäre Interventionen,

die darauf abzielen, die psychische Belastung zu verringern und das emotionale Erleben in den Familien während dieser kritischen Zeit zu verbessern, von Bedeutung (Napa et al. 2017). Eine Übersichtsarbeit hatte zum Ziel, die **Wirksamkeit familiärer Interventionen auf die psychische Belastung** und den Ausdruck von Emotionen bei Familienmitgliedern von Personen mit Psychose in der ersten Episode zu untersuchen. Fokussiert wurden dabei Studien unterschiedlichen Designs, die Interventionen jeder Art von Informationsvermittlung, Psychoedukation, Kommunikation, Training von Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten und kognitive Verhaltenstherapie umfassten und Familienmitgliedern von Personen mit FEP angeboten wurden. Es wurden drei Studien identifiziert *[401] [402][403]*, deren Ergebnisse insgesamt wenig aussagekräftig bleiben müssen *[404]*.

Ruggeri et al. (2017) untersuchten in der cluster-randomisierten kontrollierten GET UP PIANO-Studie das Belastungserleben und den emotionalen Stress zu Beginn und bei der 9-monatigen Nachbeobachtung sowie die Zufriedenheit von Angehörigen (N = 260) mit der Behandlung (TAU plus kognitive Verhaltenstherapie für Patient:innen mit Psychose, **Familienintervention** und Case Management vs. TAU allein). TAU bestand aus einer personalisierten ambulanten psychopharmakologischen Behandlung, kombiniert mit unspezifischem unterstützendem klinischem Management und informellen Unterstützungs- und Aufklärungssitzungen für Familien. In der Experimentalgruppe nahmen 92 Prozent der Angehörigen an mindestens einer Familiensitzung teil. Aufgezeigt wurde eine reduzierte Krankheitslast der Familien und eine Verbesserung hinsichtlich der erlebten emotionalen Belastung sowie der Zufriedenheit mit der Behandlung *[405]*.

In einem weiteren systematischen Beitrag wurden Erleichterungen und Hindernissen bei der Durchführung von Familieninterventionen in Frühinterventions-Programmen zusammengetragen. Sieben – hauptsächlich qualitative – Arbeiten wurden identifiziert, wobei in fünf der Studien eine strukturierte Psychoedukation für mehrere Familien betrachtet wurde. Das Inanspruchnahmeverhalten der Familien wurde durch (1) das Interesse und die Bereitschaft der Familien/erkrankten Personen zur Teilnahme, (2) die Möglichkeit des Zugangs zu Unterstützungsangeboten und die (3) Unterstützungsbedürfnisse/Präferenzen beeinflusst. Die Umsetzung der Programme wurde durch den Zugang der Behandelnden zu Schulungen und Ressourcen für die Unterstützung der Familien beeinflusst. Ein zentrales Ergebnis der identifizierten Studien war, dass **Familien unterschiedliche Bedürfnisse und Präferenzen** in Bezug auf Zeitpunkt, Dauer, Intensität und Inhalt der Intervention haben. Es gebe kein „Einheitsmaß" für alle Familien. Die ausgewertete Literatur deutet darauf hin, dass **flexible, abgestufte Betreuungskonzepte** den Bedürfnissen der Familien besser gerecht werden und die Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen für Familien erhöhen können *[406]*.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Wenngleich die **Evidenzbasis** nicht erschöpfend ist, so zeigen die Ergebnisse, dass verschiedene psychosoziale Interventionen auch in einem frühen Stadium schwerer psychischer Erkrankungen wirksam sein können. Das gilt insbesondere für Behandlungen durch spezialisierte Frühinterventionsdienste bzw. multiprofessionelle Teams. Auch für spezifische psychosoziale Interventionen wie Familieninterventionen, Psychoedukation, Supported Employment und Education, sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung, Peer-Support und Selbstmanagementansätze deuten sich Effekte an. Evidenz aus Wirksamkeitsstudien liegt hauptsächlich für die Behandlung von Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen vor, für andere Erkrankungsbilder bzw. diagnoseübergreifende Ansätze existiert bisher kaum qualitativ hochwertige Evidenz.

Im Vergleich zu Einzelkomponenten-Interventionen waren **Multikomponenten-Interventionen** mit den größten Fortschritten verbunden *[408]*.

In **Subgruppenanalysen** zeichneten sich Vorteile bei längerer Interventionsdauer (> 6 Monate) gegenüber kürzerer Dauer ab *[408]*. Ähnlich verhielt es sich bei einem Vergleich auf der Grundlage der Anzahl der Sitzungen . Die Effekte waren geringer in den Studien, in denen eine aktive Kontrollgruppe genutzt wurde *[408]*. Eine gemeindebasierte Intervention schien einer klinikbasierten Intervention überlegen *[408]*.

Unerwünschte Ereignisse treten im Vergleich zur Kontrollintervention nicht häufiger auf.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Moderat

GRADE	Vergleich **spezialisierte Frühinterventionsteams** (Specialised Early Intervention, SEI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) *[410]*
Evidenz[1]	SEI verbessert **klinische Recovery** sign. Stärker gegenüber TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SEI verringert das Risiko für **Behandlunsgabbrüche** nach der Intervention sign. Stärker gegenüber TAU (Unterschied ist signifikant)
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	SEI verringert das **Risiko für einen stationären Aufenthalt** sign. Stärker als TAU
	SEI verringert die durchschnittliche **Anzahl der Tage in der psychiatrischen Klinik** sign. Stärker als TAU

Hoch (⊕⊕⊕⊕)	SEI verbessern **psychosoziale Funktionen** sign. Stärker als TAU
	SEI verbessert die **Behandlungszufriedenheit** sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich **spezialisierte Frühinterventionsteams** (Specialised Early Intervention, SEI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) *[407]*
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SEI verbessert **klinische und funktionale Recovery** sign. Stärker gegenüber TAU
	SEI verbessert **klinische Recovery** sign. Stärker gegenüber TAU
	SEI reduzieren die **psychiatrische Symptomatik** sign. Stärker als TAU
	SEI reduzieren die **Rückfallrate** sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	SEI verbessern **Teilhabe Bildung/Arbeit** sign. Stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	SEI verbessern die **Lebensqualität** sign stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich **Psychosoziale Interventionen** (PSI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) *[408]*
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	PSI verbessern **psychosoziale Funktionen** sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	PSI verbessern **Teilhabe Bildung/Arbeit** sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich **Familieninterventionen** (FI) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erstkrankung (Psychose) *[423]*
	FI verbessern **psychosoziale Funktionen** sign. Stärker als TAU
	FI reduzieren die **Rückfallrate** sign. Stärker als TAU
	FI reduzieren die **psychiatrische Symptomatik** sign. Stärker als TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	

[1] Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Nicht in allen Studien wurden Behandlungszufriedenheit und Abbruchraten untersucht.

Studienabbrüche: Die Zahl der Teilnehmenden, die die Studie vorzeitig verließen, war in allen Studien hoch und lag zwischen 0 % und 53,6 % je Studienarm (durchschnittlich 34.5 %). Signifikant weniger Patient:innen in der Experimentalgruppe brachen die Studien vorzeitig ab (RR = 0,63 [95 % KI 0,54 bis 0,74]; p < 0,00001; k = 4; n = 1.145; I2 = 0 %; hohe Sicherheit) *[410]*.

Zufriedenheit: Es gab einen klaren Unterschied zwischen Experimentalgruppe und TAU zugunsten der EG bezüglich der Behandlungszufriedenheit (SMD = 0,69 [95 % KI 0,51 bis 0,88]; p < 0,00001; k = 2; n = 463; I2 = 0%; Evidenz mit geringer Sicherheit) *[410]*.

Ressourcen

Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Versorgungsalltag: Eine flächendeckende Versorgung mit koordinierter, auf ersterkrankte Menschen spezialisierter, multiprofessioneller, teambasierter, aufsuchender Behandlung hat sich in Deutschland bisher nicht etabliert. Die Zusammenführung von Leistungen für die Betroffenen aus verschiedenen Sozialgesetzbüchern in Früherkennungszentren unter Einbindung von niedergelassenen Fachärzten und Hausärzten, sowie weiterer psychosozialer Hilfsangebote, sowie die Nutzung gesetzlicher Regelungen der integrierten Versorgung und des Innovationsfonds zeigen, dass die versorgungsrelevante Implementation von evaluierten Früherkennungs- und Frühinterventionsmodellen auch in Deutschland möglich ist. Möglichkeiten für die Umsetzung werden auch in den Leistungen der mobilen medizinischen Rehabilitation gesehen (**Matrixkapitel**).

Es liegen Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Frühintervention aus kontrollierten Studien für eine Reihe von Ländern mit einem für Deutschland vergleichbarem sozioökonomischen Status vor. Hier sind z. B. Großbritannien *[456]*, Dänemark *[457]* und die Niederlande *[377] [458]* zu nennen.

In der Untersuchung von Shields et al. (2022) *[459]* wurde die Evidenz aus Studien zur Kosteneffektivität von Ansätzen zur Behandlung von Menschen mit Psychoserisiko und mit ersten Psychosen systematisch erfasst und narrativ zusammengefasst (k = 14). Für die Behandlung von Menschen mit einer ersten Episode konnten 11 Studien extrahiert werden, vier davon in einem randomisierten kontrollierten Design (Tabelle 17). In drei dieser Studien wurde die Kosteneffektivität einer Behandlung durch spezialisierte multiprofessionelle Frühinterventionsdienste gegenüber herkömmlicher gemeindebasierter Behandlung untersucht *[457] [456] [460]*. Die Autor:innen der Übersichtsarbeit kamen im Allgemeinen zu dem Schluss, dass die Interventionen kostenwirksam sind *[459]*.

Bei Rosenheck et al. (2016) *[460]* wurde die Wirksamkeit als Veränderung um eine Standardabweichung auf der Lebensqualitätsskala (QLS-SD) gemessen. Die Interventions-Gruppe verbesserte sich signifikant stärker in der Lebensqualität und hatte höhere Kosten für ambulante Behandlungsleistungen und antipsychotische Medikamente. Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis[1] betrug 12 081 $/QLS-SD, mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,94, dass die Behandlung durch spezialisierte multiprofessionelle Frühinterventionsdienste kosteneffektiver war als TAU bei 40 000 $/QLS-SD. Umgerechnet in monetarisierte qualitätsbereinigte Lebensjahre überstieg der Nutzen der spezialisierten Behandlung die Kosten *[460]*. Die inkrementelle Kosten-Wirksamkeits-Analyse im OPUS-Trial erwies sich im Vergleich zur Standardbehandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv. Die mittleren Gesamtkosten von OPUS über 5 Jahre (123.683 €) unterschieden sich nicht signifikant von denen der Standardbehandlung (148.751 €). Bei der 2-Jahres-Nachbeobachtung war allerdings der mittlere GAF-Wert (Global Assessment of Functioning) in der OPUS-Gruppe (55,16 [SD: 15,15]) signifikant höher als in der Standardbehandlungsgruppe (51,13 [SD: 15,92]); nach fünf Jahren war der Unterschied nicht mehr signifikant. OPUS erwies sich in 70 Prozent der Replikationen weniger kostspielig und war wirksamer *[457]*. Bei McCrone et al. (2010) *[456]* wurden Informationen über die Lebensqualität und die beruflichen Teilhabeergebnisse mit den Kosten kombiniert, um die Kostenwirksamkeit zu bewerten. Die durchschnittlichen Gesamtkosten betrugen 11.685 Pfund Sterling in der Frühinterventionsgruppe und 14.062 Pfund Sterling in der Standardbehandlungsgruppe, wobei der Unterschied nicht signifikant war. Wenn die Kosten mit den verbesserten Outcomes kombiniert wurden, zeigte sich, dass ein frühzeitiges Eingreifen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit kosteneffektiv ist *[456]*. Diese Untersuchungen bezogen sich nur auf die direkten Kosten.

Tabelle 17: Übersicht zu Untersuchungen der Kosteneffektivität von Frühintervention bei Menschen mit erster Erkrankungsepisode

Autoren **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Studienland**	**Patienten** • **Diagnose(n)** • **Alter** • **Anzahl (min, max.)** • **Setting**	**Intervention** • **Art d. Interventionen** • **Dauer (min, max)** • **Häufigkeit pro Woche**	**Kontrollgruppe**
Shields et al. 2022 *[459]* Systematischer Review	Extraktion von 4 RCTs[2] • Dänemark (k=1), Großbritannien	• Ersten Episode einer Psychose • 23-26 Jahre	• Multidimensionale Frühinterventions-dienste (k=3), medikamentös (k=1) • 18 bis 60 Monate	TAU (k=4): Standardbehandl-ung in der Ge-meinde

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten • Diagnose(n) • Alter • Anzahl (min, max.) • Setting	Intervention • Art d. Interventionen • Dauer (min, max) • Häufigkeit pro Woche	Kontrollgruppe
	(k=1), USA (k=1), Niederlande (k=1)	• N=1.223 (128/ 547) • ambulant	• k. A.	
Aceituno et al. (2019) *[461]* Systematischer Review	Extraktion von 6 RCTs[3] • Großbritannien (n=1), Niederlande (n=2), China (n=1), Dänemark (n=1), USA (n=1)	• Ersten Episode einer Psychose • k. A. • N= 2.334 (113, 1.184) • ambulant	• Multidimensionale Frühinterventions-dienste (k=3), Antipsychotika in Kombination mit psychosozialer Behandlung (k=1), KVT zur Vorbeugung der ersten Psychose-Episode (k=2) • 1-5 Jahre • k. A.	TAU

Aceituno et al. (2019) *[461]* führten ebenfalls eine systematische Untersuchung zur **Kosteneffektivität** der Frühintervention, v. a. durch Early-Intervention-Teams durch. Lt. Autor:innen gibt es konsistente Belege dafür, dass die Einführung von speziellen Frühinterventions-Diensten in verschiedenen Gesundheitssystemen eine kosteneffiziente Alternative gegenüber bisheriger Behandlung darstellen könnte. Diese Belege stammen jedoch aus heterogenen und z. T. methodisch mangelhaften Studien, was die Sicherheit einer solchen Aussage verringert. Es müssten weitere Anstrengungen unternommen werden, um den Wert dieser Intervention aus Kostenperspektive zu bewerten *[461]*.

[1] Inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis: Statistik, die in der Kosten-Nutzen-Analyse verwendet wird, um die Kostenwirksamkeit einer Gesundheitsmaßnahme zusammenzufassen. Sie wird durch den Kostenunterschied zwischen zwei möglichen Interventionen definiert, geteilt durch den Unterschied in ihrer Wirkung.

[2] Hastrup 2013, McCrone 2010, Rosenheck 2016, Stan 2007

[3] McCrone et al. (2010), Hastrup et al. (2013), Zhang et al. (2014), Ising et al. (2015), Rosenheck et al. (2016), Ising et al. (2017)

Rationale

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

In der **S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN** (2025) wird in Empfehlung 124 Frühintervention mit einem Empfehlungsgrad A empfohlen: „Menschen mit einer ersten Episode einer Schizophrenie sollen möglichst frühzeitig erkannt werden. Die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) soll so kurz wie möglich gestaltet werden. Im Einzelnen sollen folgende Interventionen in einer multiprofessionellen Behandlung für Ersterkrankte angeboten werden:

- Pharmakotherapie gemäß den Empfehlungen für Ersterkrankte in Modul 4a
- Spezialisierte kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen für Ersterkrankte gemäß Modul 4b
- Psychosoziale Interventionen zur Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt
- Möglichkeit zu niederschwelligen Behandlungsangeboten oder aufsuchende Behandlung
- Verstärkte Zusammenarbeit auf hausärztlicher, fachärztlicher und betriebsärztlicher Versorgungsebene (Modul 5).

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung bipolarer Erkrankungen der DGPPN** werden Empfehlungen zur Früherkennung und dem diagnostischen Prozess formuliert. Die Evidenz zur Behandlung im Frühstadium konzentrierte sich auf wenige Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen mit einem Familienfokus. Ein Statement greift die Frühintervention vor Ausbruch einer manifesten Erkrankung auf *[251]*.

Die Autor:innen der **S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung** (BPS) schätzen ein, dass die vorhandenen Chancen einer Früherkennung mit daraus resultierender Frühintervention genutzt werden sollten, trotz einer möglichen Stigmatisierung durch eine Diagnosestellung. Analog zum Konsens auf internationaler Ebene *[345]* und in Übereinstimmung mit den NHMRC-Quellleitlinien *[1207]* wird daher die Diagnosestellung der BPS ab dem Alter von 12 Jahren klar empfohlen (EK). Empfohlen wird zudem störungsspezifische Psychotherapie sowohl im Sinne einer Frühintervention (bei jungen Menschen mit Vollbild der BPS) als auch im Sinne der indizierten Prävention (bei jungen Menschen mit BPS-Symptomen unterhalb der diagnostischen Schwelle). Die Symptomatik der BPS zeige im Jugendalter einen charakteristischen Anstieg bis ins junge Erwachsenenalter hinein; eine frühzeitige Intervention ist in der Lage, die Entwicklung des Vollbilds der BPS sowie der assoziierten Funktionseinschränkungen frühzeitig zu verhindern *[2]*.

In der **S3-Leitlinie Zwangsstörungen der DGPPN** wird auf die Bedeutung des vorbestehenden Wissens bei Betroffenen und Angehörigen imZusammenhang mit einer Inanspruchnahme von professioneller Hilfe hingewiesen. Psychoedukativen Maßnahmen bei Patient:innen mit Zwangsstörungen wird im Zusammenhang mit einer Optimierung von Früherkennung und der Entwicklung von Frühinterventionsstrategien eine große Bedeutung beigemessen. In einem Expertenkonsens wurde folgende Empfehlung formuliert: „Aufklärung und Informationsvermittlung haben bei der Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen einen hohen Stellenwert und sollen im Rahmen des diagnostischen Prozesses und im Sinne einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung möglichst frühzeitig erfolgen.“ *[1208]*.

In der **NICE-Leitlinie zur Behandlung psychotischer Erkrankungen** wird zur Behandlung erster Episoden die Behandlung durch spezialisierte Frühinterventionsdienste empfohlen. Diese sollten für alle Menschen mit einer ersten Episode oder einem ersten Auftreten einer Psychose zugänglich sein, unabhängig vom Alter der Person oder der Dauer der unbehandelten Psychose. Im Rahmen der Frühintervention sollte ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, psychotherapeutischen, sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen, welche im Einklang mit der Leitlinie stehen, angeboten werden. Es sollte ein über 3 Jahre hinaus ausgelegtes Angebot erfolgen, falls die behandelte Person nicht ausreichend stabilisiert erscheint *[365]*.

Im Rahmen der Frühintervention soll eine umfassende multidisziplinäre Beurteilung der Menschen mit psychotischen Symptomen erfolgen und verschiedene Aspekte umfassen:

- Aspekte der psychischen Erkrankung und von Behandlung (psychische Probleme, Risiko einer Selbst- oder Fremdgefährdung, Alkoholkonsum sowie verschriebene und nicht verschriebene Medikamente),
- Medizinische, einschließlich Anamnese und vollständige körperliche Untersuchung zur Feststellung körperlicher Erkrankungen (einschließlich hirnorganischer Störungen) und verschriebene medikamentöse Behandlungen, die zu einer Psychose führen können,
- Körperliche Gesundheit und Wohlbefinden (einschließlich Gewicht, Rauchen, Ernährung, körperliche Aktivität und sexuelle Gesundheit),
- Psychologische und psychosoziale Aspekte, einschließlich sozialer Netzwerke, Beziehungen und Traumata in der Vergangenheit,
- Entwicklungsstand (soziale, kognitive und motorische Entwicklung und Fähigkeiten, einschließlich gleichzeitig bestehender neurologischer Entwicklungsstörungen),
- Soziale Aspekte (Unterkunft, Kultur und ethnische Zugehörigkeit, Freizeitaktivitäten und Erholung sowie Verantwortung für Kinder oder als Pflegeperson),
- Beruf und Bildung (Besuch einer Hochschule, Bildungsabschluss, Beschäftigung und Aktivitäten des täglichen Lebens),
- Lebensqualität,
- Wirtschaftlicher Status,
- Prüfung einer möglichen posttraumatischen Belastungsstörung oder anderer Reaktionen auf ein Trauma sowie Abklärung möglicher komorbider psychischer Erkrankungen, einschließlich Depression, Angstzustände und Substanzmissbrauch.

Auf dieser Basis wird die gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplanes empfohlen. Darüber hinaus wird in der britischen Leitlinie für Menschen, die nicht in der Lage sind, an einer regulären Schul- oder Berufsausbildung oder an einer Arbeit teilzunehmen, empfohlen, durch alternative Bildungs- oder berufliche Aktivitäten entsprechend der individuellen Bedarfe und Voraussetzungen eine Teilhabe an Ausbildung und Beruf zu unterstützen. Neben einer Psychopharmakotherapie werden Kognitive Verhaltenstherapie und Familieninterventionen empfohlen *[365]*.

Auch in der **australischen Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie** werden die Ziele der Frühintervention bei ersten Episoden dahingehend formuliert, die Sicherheit der jungen Menschen und anderer Personen zu gewährleisten, die Dauer der unbehandelten Psychose so weit wie möglich zu verkürzen und Funktionen zu erhalten und wiederherzustellen, um so die mit psychotischen Erkrankungen verbundenen Beeinträchtigungen zu verringern. Die Behandlung erfordere einen ganzheitlichen Ansatz, der ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen und psychosozialen Interventionen beinhalte *[261]*. Die Autor:innen betonen in Ergänzung zur medikamentösen Behandlung die Bedeutung nicht-pharmakologischer Ansätze in der Behandlung von Menschen mit ersten Episoden. Eine frühe Erholung auf funktioneller Ebene ermögliche eine bessere Vorhersage für eine langfristige vollständige Genesung als eine frühe symptomatische Erholung allein *[1209]*. Diese Befunde stehen im Einklang mit den Zielen, die junge Menschen mit einer ersten Erkrankungsepisode formulieren, wie Beschäftigung, Bildung, Wohnen, Beziehungen und Gesundheit *[1210][443]*. Daher sei es unerlässlich, psychosoziale Interventionen anzubieten, die auf das Erreichen dieser Ziele ausgerichtet sind. Die Evidenz beruht v. a. auf Studien zu Frühinterventionsdiensten, Angeboten von Familienpsychoedukation und Familiengruppentherapie, unterstützter Bildung und Beschäftigung sowie zu Interventionen zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils.

Letztere, einschließlich einer regelmäßigen Untersuchung der somatischen Gesundheit, seien von hoher Relevanz, da eine Gewichtszunahme aufgrund von Arzneimittelnebenwirkungen überproportional früh im Krankheitsverlauf auftrete *[1211]*. Ausgewählte Empfehlungen *[261]*:

- Das Ziel der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit einer Psychose in der ersten Episode sollte darin bestehen, so schnell wie möglich eine wirksame Behandlung anzubieten, um die Dauer der unbehandelten Psychose zu verkürzen. (Evidenzgrad I)
- Eine umfassende Behandlung sollte kontinuierlich über 2-5 Jahre durchgeführt werden. (Evidenzgrad II)
- Angebote von Interventionen für Familien. (Evidenzgrad I)
- Bereitstellung individueller Vermittlungs- und Unterstützungsdienste für die berufliche Wiedereingliederung. (Evidenzgrad I)
- Angebote von Lebensstilinterventionen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. (Evidenzgrad II)

Weitaus umfangreicher zur Thematik verfasst ist die ebenfalls in Australien veröffentlichte **Leitlinie der Early Psychosis Guidelines Working Group (2016)**. Explizit angesprochen werden der Zugang zum Assessment, zur Behandlung (KVT, Psychopharmakotherapie und spezielle Frühinterventionsteams) sowie zur frühen Unterstützung des Recovery-Prozesses durch vielfältige Maßnahmen. Viele Schlüsselmerkmale oder Komponenten der frühen Psychosebehandlung gelten unabhängig von der Phase der psychotischen Erkrankung. Viele von ihnen spiegeln gute klinische Praxis der psychiatrischen Behandlung wieder und betreffen eine aktive Beteiligung der Betroffenen an der Behandlung, körperliche und sexuelle Gesundheit, Case Management, Wiederherstellung von Funktionen, traumatisches Erleben, eine integrierte und am wenigsten restriktive Behandlung, die Einbeziehung der Familie, Ziele als Leitfaden für die Behandlung, Gruppenprogramme, Psychoedukation, Suizidprävention, Substanzkonsum, Behandlung von psychiatrischer Komorbidität, Psychotherapie, Peer-Unterstützung, Beteiligung von Familien und Peer-Unterstützung für Familien. Damit adressiert diese Leitlinie eine Vielzahl der psychosozialen Ansätze, wie in der vorliegenden Leitlinie dargestellt *[1214]*.

Systematische Übersichtsarbeiten

Die meisten Daten für Frühinterventionen liegen derzeit für die größte diagnostische Gruppe der Menschen mit SMI, für Menschen mit schizophrenen Störungen vor *[407] [408] [409] [410]*. Es wurde lediglich eine aktuelle Übersichtsarbeit identifiziert, in der Menschen mit bipolarer Erkrankung und einem frühen Erkrankungsverlauf berücksichtigt wurden *[411]*. Untersucht wurden zudem mehrheitlich kombinierte Frühinterventionsprogramme bzw. Kombinationen mehrerer evidenzbasierter Ansätze aus Psychopharmakotherapie, Psychotherapie und psychosozialen Therapien *[407] [410]*. Ein Herausschälen der Auswirkungen einzelner Elemente oder spezifischer Kombinationen ist deshalb erschwert. Da, wo möglich, wird der Fokus auf die psychosozialen Ansätze gelenkt (Tabelle 8, Tabelle 9).

(1) Frühintervention bei Menschen mit bipolarer Erkrankung in einem frühen Erkrankungsstadium

Ratheesh et al.(2023) *[411]* identifizierten in einer aktuellen Übersichtsarbeit 25 Arbeiten zu 16 RCTs (N = 2.212) sowie neun nicht-randomisierte Studien (N = 17.714), in denen die Wirksamkeit von Maßnahmen bei Menschen mit einer bipolaren Erkrankung in einer frühen Erkrankungsphase untersucht wurden. Neben Psychopharmakotherapie wurde auch die Wirksamkeit von Psychotherapie, Psychoedukation und familienorientierten Ansätzen untersucht. Familienorientierte Therapie (FFT) wurde in 3 RCTs untersucht und führte in einer der Studien neben einer psychopharmakologischen Behandlung zu einer Erweiterung der Zeit bis zum Rückfall: 73,5 Wochen ± 28,8 gegenüber 53,2 Wochen ± 39,6 in der Vergleichsgruppe (erweiterte Betreuung, Krisenmanagement oder kürzere Familienintervention) *[412]*. In den beiden anderen Studien zeigten sich Effekte auf sekundäre Endpunkte (Dauer der depressiven Episoden *[413]* und Schwere der manischen Symptome *[414]*. Eindeutige Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit von FFT bei der Verhinderung eines erneuten Auftretens einer Episode bei Menschen mit bipolarer Erkrankung im Frühstadium lassen sich hieraus nicht ableiten. Zwei der Studien schlossen jugendliche Patient:innen ein. In einer weiteren der identifizierten Studien (N = 158) wurde die Wirksamkeit einer spezialisierten multimodalen ambulanten Versorgung (leitlinienkonforme pharmakologische Interventionen und gruppenbasierte Psychoedukation nach Entlassung) gegenüber TAU (ambulante psychiatrische Routineleistungen) untersucht *[415]*. Das Risiko einer späteren Wiederaufnahme war deutlich geringer bei denjenigen Personen, die das spezialisierte Angebot erhielten (HR[1] = 0,60, [95 % KI: 0,37 bis 0,97]). Die Teilnehmenden waren mit der Behandlung zufriedener als die Teilnehmenden der Standardbehandlung. Eine strukturierte Gruppenpsychoedukation führte in einer RCT gegenüber einer supportiven Gruppenintervention zu einer signifikanten Erweiterung der Zeit bis zum Wiederauftreten einer Episode bei den Teilnehmenden mit weniger/ gleich 6 früheren Episoden (log-rank 4,3, p = 0,04), aber nicht für Teilnehmende mit mehr als 6 früheren Episoden *[416]*.

(2) Koordinierte, spezialisierte und multiprofessionelle Frühintervention in der Behandlung von Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen

*Ein **spezialisierter Frühinterventionsdienst** ist ein phasenspezifisches multidisziplinäres Team, das Menschen mit einer ersten (psychotischen) Erkrankungsphase bzw. Menschen in einem frühen Erkrankungsstadium behandelt und eine Reihe von Behandlungen anbietet, darunter Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Psychoedukation, Unterstützungsangebote in den Bereichen von Bildung und Beschäftigung und weitere psychosoziale Therapien.*

In einer der ersten bedeutsamen Metaanalysen zur **Frühintervention bei Patient:innen im frühen Verlauf nach der psychotischen Ersterkrankung** von Bird et al. (2010) *[340]* 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 (Case Management oder Assertive Community Treatment). Frühinterventionen hielten die Erkrankten häufiger im Kontakt mit dem Behandlungsangebot (91,4 % vs. 84,2 %; NNT = 13) und führten im Vergleich zu den Standard-Kontrollinterventionen zu signifikant niedrigeren Rezidivraten (35,2 % vs. 51,9 %; NNT = 6), signifikant weniger Krankenhausaufenthalten (28,1 % vs. 42,1 %; NNT = 7) und reduzierter Positiv- und Negativsymptomatik von Psychosen. Die Ergebnisse der dort eingeschlossenen Studien flossen auch in aktuellere Übersichtsarbeiten ein; deshalb wird auf Bird et al. (2010) *[340]* an der Stelle lediglich verwiesen.

In einem aktuellen Cochrane-Review erfolgte ein **Vergleich der Wirksamkeit von spezialisierten Frühinterventionsteams (Specialised Early Intervention, SEI) mit der üblichen Behandlung (TAU)** für Menschen mit neu aufgetretener Psychose *[410]*. Eingeschlossen wurden drei RCTs (LEO, England; OPUS, Dänemark; OTP, Schweden) und eine Cluster-RCT (RAISE, USA) mit insgesamt 1.145 Teilnehmenden. Zwei Studien berichteten über die Genesung von der Psychose am Ende der Behandlung, wobei es Hinweise darauf gab, dass die Betreuung durch das SEI-Team bei mehr Teilnehmenden zu einer Genesung (hier definiert als Global State) gegenüber TAU führte (73 % vs. 52 %; RR = 1,41 [95 % KI: 1,01 bis 1,97]; p = 0,04; k = 2; N = 194; I^2 = 18 %; geringe Gewissheit). In der Nachbeobachtungszeit bis zu 60 Monaten nach Behandlungsende wurden keine klaren Unterschiede sichtbar. Hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens ließen sich Effekte auf die Nichtinanspruchnahme von Dienstleistungen bzw. über den Ausstieg aus der Behandlung am Ende der Behandlung aufzeigen, wobei für Teilnehmende an SEI das Risiko geringer war (RR = 0,50 [95 % KI: 0,31 bis 0,79]; p = 0,003; k = 3; N = 630; I^2 = 0 %; mäßig sichere Evidenz). Es gab Hinweise mit geringer Sicherheit, dass SEI am Ende der Behandlung zu weniger Einweisungen in psychiatrische Kliniken als TAU führen kann (52 %vs. 57 %; RR = 0,91 [95 % KI: 0,82 bis 1,00]; p = 0,04; k = 4; N = 1145) und es gab Hinweise mit geringer Sicherheit, dass SEI mit weniger psychiatrischen Krankenhaustagen verbunden sein kann (MD = -27,00 Tage [95 % KI: -53,68 bis -0,32]; p = 0,05; k = 1; N = 547).Langfristige Nachbeobachtungen (mehr als 60 Monate nach der Behandlung) führten zu keinen klaren Unterschieden. Hinsichtlich der psychosozialen Funktionsfähigkeit wurde am Ende der Behandlung ein signifikanter Unterschied zugunsten von SEI beobachtet (SMD = 0,37 [95 % KI: 0,07 bis 0,66]; p = 0,01; k = 2; N = 467 Teilnehmer; I^2 = 45 %; Evidenz mit geringer Gewissheit); nicht so in einem Nachbeobachtungszeitraum. Auf den Beschäftigungsstatus zeigte sich kein Effekt (RR = 1,21 [95 % KI: 0,94 bis 1,55]; p = 0,15; k = 2; N = 951). Keine wesentlichen Unterschiede zeigten sich hinsichtlich der allgemeinen Symptomschwere am Ende der Behandlung, der Rückfallwahrscheinlichkeit, der Lebensqualität und der Mortalität. Signifikant weniger Patient:innen in der SEI-Gruppe brachen die Studien vorzeitig ab (RR = 0,63 [95 % KI: 0,54 bis 0,74]; p < 0,00001; k = 4; N = 1.145; I^2 = 0%; moderate Sicherheit). Es gab einen klaren Unterschied zwischen SEI und TAU zugunsten der SEI-Gruppe bezüglich der Behandlungszufriedenheit (SMD = 0,69 [95 % KI: 0,51 bis 0,88]; p < 0,00001; k = 2; N = 463; I^2 = 0 %; Evidenz mit geringer Sicherheit). Es wurden für verschiedene Qualitätskriterien Risiken für Verzerrungen berichtet.

Zusatzinfo: Beispielhaft soll hier auf eine der großen Studien verwiesen werden. In *RAISE-ETP* (Recovery After an Initial Schizophrenia Episode – The Early Treatment Program) wurde die Wirksamkeit von NAVIGATE untersucht, einem spezifischen multidisziplinären und teambasierten Ansatz, der für die Einführung in das US-Gesundheitssystem konzipiert wurde, gegenüber herkömmlicher Behandlung in der Gemeinde. Dabei wurden 34 Kliniken in 21 Bundesstaaten nach dem Zufallsprinzip NAVIGATE oder einer herkömmlichen Versorgung zugewiesen. Teilnehmende an NAVIGATE blieben innerhalb eines zweijährigen Beobachtungzeitraumes länger in Behandlung (Median 23 Monate vs. 17 Monate; p < 0,004), erfuhren eine größere Verbesserung der Lebensqualität (primäres Outcome: *Heinrichs-Carpenter-Lebensqualitätsskala* – Maß für Sinnhaftigkeit, Motivation, emotionale und soziale Interaktionen, Übernahme sozialer Rollen, Teilnahme an regelmäßigen Aktivitäten; Interaktion zwischen Gruppe und Zeit, p < 0,02; ES = 0,31) und der psychopathologischen Symptome (v. a. Negativsymptomatik und Depressionsschwere). Die Hospitalisierungsrate unterschied sich nicht zwischen den Gruppen. Es ließ sich in dieser Studie zeigen, dass Teilnehmende mit einer kürzeren Dauer der unbehandelten Psychose (weniger als 74 Wochen) eine größere Verbesserung der Lebensqualität und Psychopathologie im Vergleich zu Teilnehmenden mit längerer Dauer der unbehandelten Psychose erreichten. Die mediane Dauer der unbehandelten Psychose betrug 74 Wochen *[445]*.

Zusatzinfo: In einem weiteren **Cochrane-Review** wurde untersucht, ob sich eine Erweiterung der Behandlungsdauer durch spezielle Frühinterventionsteams bei Erstmanifestation von üblicherweise zwei bis drei Jahren auf bis zu fünf Jahren positiv auf den langfristigen Verlauf der Krankheit auswirkt. Eingeschlossen wurden drei RCTs mit insgesamt 780 Teilnehmenden im Alter von 16 bis 35 Jahren. In allen drei Studien wurden die Teilnehmenden nach dem Zufallsprinzip etwa zwei Jahre nach der Standard-SEI entweder der erweiterten SEI oder der Standard-SEI + TAU zugewiesen. Es zeigten sich schwache Hinweise darauf, dass eine zeitliche Ausweitung der teambasierten Behandlung gegenüber Standard-SEI + TAU zu einer Reduktion von Behandlungsabbrüchen führen kann (15 % vs. 34 %; RR = 0,45 [95 % KI:0,27 bis 0,75]; 2 Studien; N = 380; Evidenz mit geringer Sicherheit). Insgesamt ist die Evidenzlage als unsicher zu bewerten. Kein Nutzen bzw. ein unsicherer Nutzen zeigte sich bezüglich der Remission, der Anzahl an stationären Klinikaufnahmen, der stationären Behandlungsdauer, der Symptomausprägung, der Mortalität oder der psychosozialen Funktionsfähigkeit *[410]*.

In einer Metaanalyse von Correll et al. (2018) *[407]*, die 10 RCTs einschloss (N = 2.176) wurde ebenfalls ein Vergleich von **Frühinterventionsdiensten (Early Intervention Services, EIS) mit der üblichen Behandlung (TAU)** bei Menschen mit Psychoseerfahrungen in der Frühphase angestrengt. In den eingeschlossenen Studien wurden spezifische multimodale Behandlungsprogramme untersucht, die alle eine Psychopharmakotherapie sowie Psychoedukation und verschiedene psychosoziale, inklusive psychotherapeutische Interventionen umfassten: (1) kognitive Verhaltenstherapie (7 Studien), Familieninterventionen (7 Studien), Berufs- und Bildungsberatung (5 Studien), Training sozialer Fertigkeiten (5 Studien) sowie Kriseninterventionen (4 Studien) und von einem Team koordiniert und integriert angeboten wurden. Die Treue der EIS-Intervention wurde mit Hilfe von Rating-Skalen in 6 der Studien erfasst. Bei einer mittleren Studiendauer von ca. 16 Monaten ließen sich aus allen meta-analytischen Ergebnissen Vorteile am Ende der Behandlung durch EIS ableiten. Es konnte das Risiko von Behandlungsabbrüchen reduziert werden (21,3 % vs. 31,3 %; RR[2] = 0,70 [95 % KI: 0,61 bis 0,80]; p < 0,001; k = 10), das Risiko für psychiatrische Krankenhausaufenthalte reduziert (mindestens ein Aufenthalt, RR = 0,74 [95 % KI: 0,61 bis 0,90]; p = 0,003; k = 10), die Teilhabe an Bildung und Arbeit verbessert (RR = 1,13 [95 % KI: 1,03 bis 1,24]; p = 0,01; k = 6), der Schweregrad der Gesamtsymptomatik (SMD[3] = - 0,32 [95 % KI: - 0,47 bis – 0,17]; p < 0,001; k = 8) sowie der Positiv- (SMD = - 0,22 [95 % KI: - 0,32 bis – 0,11]; p < 0,001; k = 10) und Negativsymptomatik reduziert werden (SMD = - 0,28 [95 % KI: - 0,42 bis – 0,14]; p < 0,001; k = 10). Mit Hilfe von EIS ließ sich die Rückfallwahrscheinlichkeit reduzieren (RR = 0,71 [95 % KI: 0,53 bis 0,93]; p = 0,01; k = 7) sowie Recovery, erfasst als Symptomstabilität oder minimaler Schweregrad plus verbesserte soziale, schulische und berufliche Entwicklung, (RR = 1,24 [95 % KI: 1,03 bis 1,5]; p = 0,02; k = 3) und Lebensqualität (SMD = 0,23 [95 %KI: 0,00 bis 0,46]; p = 0,046; k = 4) verbessern. Es zeigte sich auch ein positiver Effekt auf das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau (SMD = 0,21 [95 % KI: 0,09 bis 0,34]; p = 0,001; k = 7). Die Überlegenheit von EIS war über fast alle Behandlungszeitpunkte hinweg konsistent (6, 9-12 und 18-24 Monate) *[407]*.

Die mittleren Effektstärken sind für kontinuierliche Variablen als gering einzuschätzen; die Effektstärken für kategoriale Ergebnisse als gering bis moderat. Zum Beispiel hatten die Teilnehmenden an der EIS im Vergleich zur TAU eine um 12,6 % höhere Wahrscheinlichkeit, eine Schule zu besuchen oder berufstätig zu sein (NNT[4] = 17,8) und verbesserten sich um 24 % bis 30 % mehr gegenüber der TAU-Gruppe bezogen auf

andere Outcomes wie Remission (NNT = 5,7), Rückfallprävention (NNT = 10,0), Krankenhausaufenthalt (NNT = 10,1), Behandlungsbereitschaft (NNT = 12,4) und Genesung (NNT = 13,9). Verschiedene Subgruppenanalysen wurden durchgeführt; allerdings werden die Aussagen durch die hierfür geringe Anzahl der Teilnehmenden limitiert. Es zeigten sich u. a. Unterschiede in Abhängigkeit vom Einsatz von Therapie-Treueskalen (Risikoreduktion durch *Fidelity-Skalen* RR = 0,88 vs. 0,50; p = 0,001). Eine bessere Teilhabe an Bildung und Arbeit und ein besseres globales Funktionsniveau schienen v. a. mit Angeboten von Bildung und beruflicher Entwicklung sowie von Familieninterventionen verbunden. Der Mittelwert (SD) der Bewertungen mit niedrigem Risiko in den 7 Bereichen des Cochrane Collaboration's Tool zur Bewertung des Verzerrungsrisikos lag bei 5,2 (0,9) (Bereich, 4-7), was auf ein insgesamt geringes Risiko der Verzerrung verweist. Analysen zu einem möglichen Publikationsbias wurden für die verschiedenen Analysen durchgeführt und bei erhöhten Risiken ergänzende Analysen durchgeführt. Einschätzungen zur Heterogenität zwischen den Studien (I^2-Statistik) lagen nahezu alle unter 50 % (Ausnahme: Remission I^2 = 68,9 %, was auf eine geringe Heterogenität der Ergebnisse zwischen den Studien hindeutet.

Bereits eine ältere Arbeit konnte aufzeigen, dass **spezialisierte Frühinterventionsprogramme gegenüber der üblichen Behandlung** hinsichtlich der Rückfallprävention wirksamer sind (OR[5] (OR = 1,80 [95 % KI: 1,31 bis 2,48]; p < 0,001; NNT [6] = 10; N = 679; k = 3) *[417]*. Die Programme boten ein umfassendes Angebot an spezialisierten und phasenorientierten ambulanten und stationären, inklusive aufsuchenden Behandlungen (Antipsychotika, manualisierte kognitiv-behaviorale Strategien, individuelle Krisenmanagementpläne sowie Familienberatung und Psychoedukation). TAU bestand aus der üblichen Versorgung durch nicht spezialisierte psychiatrische Gesundheitsversorger. Es gab keinen Hinweis auf statistische Heterogenität (I^2 = 0; p = 0,82). Zudem war eine statistisch signifikante Verringerung der durchschnittlichen stationären Behandlungstage für Teilnehmende in den Frühinterventionsprogrammen im Vergleich zu den Teilnehmenden an der üblichen Behandlung zu beobachte (WMD[7] = 26,20 Tage [95 % KI: 7,35 bis 45,06 Tage; p < 0,01; I^2 = 0%, p = 0,71). Ein zusätzliches Rückfallpräventionsangebot, welches individuelle und familienbasierte Ansätze kombinierte schien gegenüber einem spezialisierten FEP-Programm allein zumindest tendenziell überlegen hinsichtlich der Rückfallrate (k = 1; OR = 0,21 [95 % KI: 0,04 bis 1,03]; p = 0,06; k = 1; N = 81) *[417]*.

Zusatzinfo: Ziel einer systematischen Arbeit war, die Evidenz für die Durchführung von Frühinterventionen außerhalb von spezialisierten Frühinterventionszentren systematisch zu bewerten. Zum Zeitpunkt der Recherche ließ sich kaum Evidenz dafür finden, inwieweit die berichteten besseren Ergebnisse der spezialisierten Zentren auch für andere Modelle gelten *[418]*.

(3) Frühintervention bei Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen durch (umschriebene) psychosoziale Ansätze

Die Arbeit von Frawley et al. *[408]* ist für die vorliegende Leitlinie relevant, da hier explizit nach Studien gesucht wurde, die **Veränderungen in den Bereichen sozialer und beruflicher Funktionen** in frühen Phasen psychotischer Erkrankungen betrachtet haben. Soziale und berufliche Funktionen bzw. Teilhabe wurden mit Hilfe folgender Kriterien erfasst: (1) globale Funktionsfähigkeit, gemessen durch standardisierte Instrumente (z. B. *Global Assessment of Function* (GAF) und (2) individuelle Definitionen der Funktionsfähigkeit, die einen oder mehrere der folgenden Bereiche abdecken: berufliche Teilhabe, schulische Teilhabe, Grad der Unabhängigkeit und soziale Teilhabe. Eingeschlossen werden konnten 31 Studien mit 2.811 Teilnehmenden; dabei wurden auch Studien mit Ultra-Hochrisiko-Teilnehmenden und mit Patient:innen im Prodromalstadium berücksichtigt. Damit liegt eine gewisse Heterogenität vor; die Mehrheit der Teilnehmenden hat mindestens eine Psychose erfahren. Im Rahmen der Übersichtsarbeit wurden neben familienbasierter Therapie (k = 3), Supported Employment (k = 3) und multimodaler psychosozialer Interventionen (k = 7) auch Kognitive Verhaltenstherapie für Psychosen (CBTp, k = 8) und kognitives Training (CRT, k = 10) betrachtet; letztere sind für die vorliegende Leitlinie weniger relevant. Die Kontrollinterventionen variierten sehr stark (Tabelle 8). Über alle untersuchten Interventionen hinweg wurde eine verbesserte psychosoziale Funktionsfähigkeit beobachtet (SMD = 0,239 [95 % KI: 0,115 bis 0,364]; p < 0,001). Die Effektstärken variierten je nach Interventionstyp, Krankheitsstadium, Länge und Dauer der Behandlung und der verwendeten Ergebnismessung. Multikomponenten Interventionen waren mit den größten Fortschritten verbunden *[408]*.

Familieninterventionen: Es wurden drei Studien identifiziert, in denen über die Auswirkungen von Familieninterventionen auf die sozialen und beruflichen Funktionen berichtet wurde, wenn sie in umschriebener Form (alleinige Intervention) durchgeführt wurde. Dabei konzentrierte sich jede dieser Studien auf klinische Hochrisikogruppen; sie sind deshalb für die Beantwortung der aktuellen Fragestellung nicht unmittelbar relevant. Die Interventionen variierten, umfassten aber gemeinsame Schlüsselelemente wie Psychoedukation, Erlernen von Kommunikationsfähigkeiten und Problemlösestrategien für den Alltag und waren in die natürliche Umgebung der Teilnehmenden eingebettet. Alle drei Studien berichteten von einer signifikanten Funktionsverbesserung auf der Grundlage von Messungen der sozialen Funktion und der Teilnahme an normativen Lebensaktivitäten wie Schule oder Arbeit *[446][447][448]*. Eine Effektgröße speziell für familientherapeutische Interventionen war nicht signifikant (k = 3; GAF; SMD = 0,299; p = 0,262); allerdings ist die Anzahl der zu berücksichtigenden Studien sehr gering.

Supported Employment: In allen drei Studien wurden Patient:innen in einer frühen Erkrankungsphase mit erster Psychose untersucht. In zwei der IPS-Studien wurde über eine signifikante Auswirkung auf die berufliche Beschäftigung und eine geringere Inanspruchnahme von Sozialleistungen berichtet *[436] [455]*. In einer dritten Studie wurde im Rahmen von Frühintervention Supported Employment und Education angeboten *[454]*. Berichtet wurden eine höhere Teilnahme an Arbeit oder in (Aus-)Bildung. Eine metaanalytische Berechnung bei sehr kleiner Studienzahl (k = 3) resultierte in einem signifikanten Ergebnis für Employment: SMD = 0,611; p = 0,013.

Mehrkomponenten-Frühinterventionsdienste für Psychosen (EIS) umfassten hier multimodale Interventionen, die mehr als eine psychosoziale Therapie enthielten. Eine Psychopharmakotherapie war nicht zwingend. Identifiziert wurden sieben Studien, von denen sich zwei auf Hochrisikostichproben *[449] [450]* und fünf Studien auf Personen mit früher Psychose beziehen. In der Gruppe der frühen Psychosen berichtete man in vier der fünf Studien von Verbesserungen der Funktionsfähigkeit*[451] [432][452][453]*. Tatsächlich wurden hierbei manualisierte Interventionen genutzt, in denen die Auswahl einzelner Interventionskomponenten auf der Grundlage der individuellen Bedarfe der Patient:innen basierte. Gleichwohl der flexible Ansatz als positiv einzuschätzen ist, führt er in den Analysen zu einer erhöhten Heterogenität. Zusammengenommen führten die Analysen für die sieben Studien zu leichten signifikanten Verbesserungen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (SMD = 0,452 [95 % KI: 0,061 bis 0,843]; p = 0,023).

In **Subgruppenanalysen** zeichneten sich Vorteile bei längerer Interventionsdauer (> 6 Monate) gegenüber kürzerer Dauer (SMD = 0,397 [95 % KI: 0,149 bis 0,645]; p = 0,0029 vs. SMD = 0,251 [95 % KI: 0,088 bis 0,415]; p = 0,003) ab. Ähnlich verhielt es sich bei einem Vergleich

auf der Grundlage der Anzahl der Sitzungen. Die Effekte waren geringer in den Studien, in denen eine aktive Kontrollgruppe genutzt wurde. Eine gemeindebasierte Intervention schien einer klinikbasierten Intervention überlegen (SMD = 0,376 [95 % KI: 0,129 bis 0,623]; p = 0,003 vs. SMD = 0,264 [95 % KI: 0,081 bis 0,447]; p = 0,005) *[408]*.

Limitierend ist die **Bewertung der Qualität** mit Hilfe einer wenig verbreiteten Qualitätsbewertungsskala hervorzuheben *[419]*, welche die Bewertung von Variationen bei der Randomisierung und Verblindung nicht erlaubt. Für CBT, CRT und psychosoziale Multikomponenten-Interventionen wurden keine Hinweise auf eine signifikante Publikationsverzerrung gefunden; das galt auch für die Gesamtbetrachtung aller Studien. Die begrenzte Anzahl von Studien in den Gruppen von Supported Employment und familienbasierter Interventionen erlaubt hierzu keine zuverlässige Aussage.

Kognitive Beeinträchtigungen sind ein zentrales Merkmal psychotischer Störungen, die bereits vor dem Auftreten der ersten Episode erlebbar sind und während des gesamten Krankheitsverlaufs fortbestehen können. Neben neurokognitiven Defiziten betrifft dies auch sozialkognitive Defizite, die sich auf die Verarbeitung und Interpretation von sozialen Informationen beziehen und ganz maßgeblich die Teilhabe am sozialen Leben in der Gemeinschaft beeinflussen (Evidenzkapitel **Training sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten**). Eine narrative Übersichtsarbeit von *[409]* zielte auf die **Überprüfung der Wirksamkeit kognitiver und sozialkognitiver Trainingsansätze bei Menschen mit erster Psychose** (First Episode of Psychosis, FEP). Sieben der 10 Studien wurden im Rahmen der Behandlung durch Frühinterventionsdienste bzw. vergleichbarer Dienste durchgeführt. Eine der Studien fand in einer stationären Einrichtung statt; bei zwei weiteren war das Setting nicht spezifiziert. Drei Studien nutzten Ansätze zur Verbesserung sozialer Kognitionen, wobei in zwei der Studien Auswirkungen in verschiedenen Bereichen der sozialen Kognition berichtet wurden *[420] [421]*. In einer weiteren Untersuchung wurden keine Effekte beobachtet *[422]*. Bezogen auf soziale Funktionen konnten Fernandez-Gonzalo et al.(2015) *[421]* sowie Ueland und Rund (2004) *[422]* keine Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe feststellen. Eack et al. (2009) fanden einen Effekt auf die Funktionsfähigkeit, einschließlich der Einbindung in soziale Beziehungen und die Arbeitsleistung. Das sozial-kognitive Training bei Eack et al. (2009) *[420]* war in ein spezifisches Frühinterventionsprogramm eingebettet und lief über 24 Monate. Bei Fernandez-Gonzalo et al. (2015) *[421]* ist der Behandlungskontext unklar; eine dritte Studie war in einem stationären Kontext angesiedelt *[422]*. Bei Fernandez-Gonzalo et al. (2015) handelt es sich um eine Pilotstudie *[421]*. Beobachtbare Effekte auf neurokognitive Funktionen über alle Studien hinweg hatten offenbar keine weiterreichenden Auswirkungen auf verbesserte Alltagsfunktionen. Gründe dafür können lt. der Autor:innen ganz unterschiedlich sein (unvollständiges Verständnis der dahinterliegenden Prozesse, unzureichende Dosierung, Beschränkung auf die Bewertung von Gruppeneffekten, fehlende Nachbeobachtungszeiträume, uneinheitliche Operationalisierung der sozialen Funktionsfähigkeit). Die Studienqualität über alle 10 Studien hinweg muss als mäßig eingeschätzt werden mit mehreren Risiken für Verzerrungen aufgrund von unzureichender Verblindung der Teilnehmenden und Untersuchenden, hoher Abbruchraten sowie fehlender oder unzureichender Verwendung von Power- und Intent-to-Treat-Analysen. Grundsätzlich ist auch hier eine hohe Heterogenität in den Interventionen und Kontrollinterventionen, in der Dosierung und Durchführung sowie in der Vielfalt der Ergebnismessungen zu finden. Aussagen lassen sich zur Wirksamkeit sozial-kognitiver Trainingsansätze aus dieser Übersichtsarbeit nicht ableiten.

Camacho-Gomez und Castellvi (2020) *[423]* untersuchten die **Wirksamkeit von Familieninterventionen** bis zu einer Nachbeobachtungszeit von 24 Monaten in Bezug auf die Verhinderung von Rückfällen und anderen rückfallbezogenen Outcomes bei Patient:innen nach einer ersten Psychose. Es wird davon ausgegangen, dass eine aktive Einbeziehung der Angehörigen von Patient:innen mit kürzlich aufgetretener Psychose dazu führen kann, das Rückfallrisiko erheblich zu verringern. Familieninterventionen können zu einem verbesserten Verständnis der Angehörigen hinsichtlich der Erkrankung und ihrer möglichen Auswirkungen auf verschiedenen funktionalen Ebenen, einem Erkennen von Rückfallanzeichen und der Bedeutung von frühzeitiger und kontinuierlicher Behandlung beitragen. Es wurden 11 RCTs eingeschlossen. Die gepoolten Ergebnisse zeigten, dass Familieninterventionen im Vergleich zu TAU und/oder anderen psychosozialen Interventionen wirksam waren, um Rückfälle während der Nachbeobachtung zu verhindern (RR = 0,42 [95 % KI: 0,29 bis 0,61]; p < 0,000001; k = 6; I^2= 1 %). Sie erwies sich auch im Vergleich zu TAU allein (RR = 0,36 [95 % KI: 0,21 bis 0,63]; p = 0,0003; I^2 = 9 %; k = 4) und TAU plus andere psychosoziale Maßnahme (RR = 0,48 [95 % KI: 0,27 bis 0,86]; p = 0,01; k = 2; I^2 = 14 %) als wirksam. Die Definition für ein Rückfallereignis erfolgte auf unterschiedliche Weise: (a) Krankenhausaufenthalt, (b) konkrete Zunahme der Symptomatik in spezifischen Bereichen. Familieninterventionen zeigten auch Vorteile bei der Verringerung der Dauer des Krankenhausaufenthalts (TAU: MD = - 3,31 Tage [95 % KI: - 6,48 bis – 0,14]; I^2 = 71 %; andere Interventionen: MD = - 4,57 Tage [95 % KI: - 7,49 bis – 1,65]; k = 8) und der psychotischen Symptome (TAU: SMD = - 0,68 [95 % KI: - 1,14 bis – 0,22]; I^2 = 76 %; k = 6) und erhöhte das psychosoziale Funktionsniveau (TAU: SMD = 1,36 [95 % KI: 0,59 bis 2,12]; I^2 = 94 %; andere Interventionen: SMD = 1,41 [95 % KI: 0,87 bis 1,96]; k = 6). Allerdings war die Heterogenität zwischen den Studien hier sehr hoch. Analysen der Autor:innen legen nahe, dass v. a. der Umstand, ob es sich um eine Multikomponenten-Therapie handelte oder nicht einen Einfluss auf die Heterogenität hatte, nicht jedoch die Qualität der Studien oder das Erhebungsinstrument. Die Funktionsfähigkeit der Patient:innen wurde anhand der *Specific Levels of Functioning Scale* (SLOF) und in einer Studie mit dem *Global Assessment of Functioning* (GAF) erhoben. Patient:innen mit einer ersten Episode erfuhren eine nicht signifikante Verringerung der psychotischen Symptome im Vergleich zu TAU plus anderen aktiven Interventionen (SMD = - 0,27 [95 % KI: - 0,82 bis 0,28]). Nach den AHRQ-Standards (Agency for Healthcare Research and Quality) wurde 4 Studien eine hohe Qualität, 4 Studien eine mittlere und 3 Studien eine geringe Qualität attestiert *[423]*.

Ein älterer Cochrane Review von Marshall und Rathbone (2011) *[424]* schloss bezogen auf die Interventionen auch **psychosoziale Interventionen** ein; berücksichtigte aber auch Studien mit Kognitiver Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie und spezifische Frühinterventionsteams. Das führte zu einer hohen Heterogenität zwischen den Studien; die Anzahl der Teilnehmenden war meist klein, und die Studien mit vielen methodischen Einschränkungen versehen. Metaanalysen waren in aller Regel nicht durchführbar. So dass zu den eingeschlossenen psychosozialen Interventionen keine zuverlässigen Aussagen möglich sind.

[1] Hazard Ratio (HR) als statistisches Maß, um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines Ereignisses zu einem bestimmten Zeitpunkt zwischen zwei Gruppen zu vergleichen. Das HR quantifiziert das Risiko, dass ein Ereignis in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eintritt, und gibt Aufschluss über das relative Risiko, dem jede Gruppe während der Dauer einer Studie ausgesetzt ist.

[2] RR: Risikoverhältnis

[3] SMD: standardisierte mittlere Differenz

[4] NNT: Number Needed to Treat; Anzahl der notwendigen Behandlungen, um bei einem Patienten/einer Patientin der untersuchten Population das gewünschte Therapieziel zu erreichen

[5] OR: Odds Ratio

[6] NNT: Number Needed to Treat

[7] WMD: Weighted Mean Difference

Tabelle 8: Übersicht Charakteristika aggregierte Evidenz zur Wirksamkeit von Frühintervention

Autor:innen **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien/ Studiendesign** **Studienland**	**Teilnehmende** • **Diagnose(n)** • **(Mittleres) Alter in Jahren** • **Anzahl Teilnehmende (min., max.)** • **Mittlere Dauer der Erkrankung** • **Mittlere Dauer bis zur ersten Behandlung**	**Experimentalintervention** • **Art d. Interventionen** • **Dauer Intervention /Studie (min., max.)** • **Intensität**	**Kontrollintervention**	**Länge Follow up**
NEU **Ratheesh et al. 2023** *[411]* Systematischer Review	Extraktion von 5 RCTs[1] • K. A.	• Personen mit einer bipolaren Störung (frühe Phase) • 34 bis 35 Jahre (k = 3), 14 bis 15 Jahre (k = 2) • N = 58 bis 158	• **Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze:** Familienorientierte Psychoedukation (k = 3), strukturierte Gruppenpsychoedukation (k = 1), spezialisierte multimodale ambulante Versorgung (k = 1) • K. A. • K. A.	• Herkömmliche Therapie (k = 1), Psychopharmako-therapie allein (k = 1), nicht-strukturierte Gruppenintervention (k = 1), Enhanced Care (k = 1), Krisenintervention (k = 1)	• K. A.
NEU **Frawley et al. 2021** *[408]* Systematischer Review mit Metaanalyse	31 RCTs[2] • K. A.	• Personen mit frühen Psychoseerfahrungen • 22,3 (SD 3,6) (16-29 Jahre, k = 4 mit Pat. Unter 18 Jahre) • N = 2.811 (27, 392) • k = 11 Ultra-Hochrisiko-Teilnehmende (N = 1.040), k = 2 Pat. Im Prodromal-stadium (N = 126) • k = 11 Pat. Mit Psychose in der ersten Episode (FEP) (N = 1.171), k = 7 frühe Psychosen bis zu 5 Jahren nach der Diagnose) (N = 474)	• **Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze:** CBT (Cognitive Behavioural Therapy; k = 8), FBT (Family-Based Therapy; k = 3), Supported Employment (k = 3), CRT (Cognitive Remediation Therapy; k = 10), multimodale psychosoziale Interventionen (k = 7) • 2 Monate bis 3 Jahre (MW = 8,7 [SD = 7,7]) • Anzahl Sitzungen: 9 bis 128 (MW = 32,1 (SD = 24,2))	• Herkömmliche Therapie (k = 9), multimodale psychosoziale Interventionen (k = 8), unterstützende Therapien (k = 5), Case-Management (k = 3), Computerspiele (k = 3), sonstige (k = 4)	• K. A.
NEU **Miley et al. 2020** *[409]*	10 RCTs[3] • USA (k = 3), Großbritannien (k = 2),	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • 15 bis 31 Jahre	• **Training (sozial)-kognitiver Fertigkeiten:** Computerized Cognitive Training (k = 3), Computerized Cognitive Training inkl. Social-	• Herkömmliche Therapie (k = 5), Computerspiele (k = 2), sonstiges (k = 3)	• K. A.

Autor:innen Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/ Studiendesign Studienland	Teilnehmende • Diagnose(n) • (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min., max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Mittlere Dauer bis zur ersten Behandlung	Experimentalintervention • Art d. Interventionen • Dauer Intervention /Studie (min., max.) • Intensität	Kontrollintervention	Länge Follow up
Systematischer Review mit narrativer Synthese	Spanien (k = 2), Dänemark (k = 1), Kanada (k = 1), Norwegen (k = 1)	• N = 598 (26, 117) • K. A. • K. A.	Cognitive Training (k = 2), individuelles/gruppen-basiertes cognitive training und/oder Social-Cognitive Training (k = 3), sonstiges (k = 2) • 8 bis 20 Wochen und 5 bis 24 Monate • 1 bis 5x pro Woche		
NEU **Puntis et al. 2020** *[410]* Systematischer Review mit Metaanalyse	4 RCTs[4] • England (k = 1), Dänemark (k = 1), Schweden (k = 1), USA (k = 1)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose (innerhalb von 3 Jahren, max. 2 Episoden) • 23 bis 27 Jahre • N = 1.145 (50, 547) • K. A. • Bis zu 24 Monaten unbehandelte Erkrankung bzw. max. 6 Monate Psychopharmakotherapie	• **Multimodale Behandlungskonzepte durch spezialisierte Frühinterventionsdienste** (ind. Medikationsmanage-ment; Familienintervention, Resilienztraining, Supported Employment, Problemlösetraining, Krisenmanagement, CBT, Symptommanagement, Social Skill-Training • 18 bis 24 Monate • K. A.	• Herkömmliche Therapie (k = 4)	• Bis zu 10 Jahre
NEU **Camacho-Gomez & Castellvi 2020** *[423]* Systematischer Review mit Metaanalyse	11 RCTs (14 Artikel)[5] • Australien (k = 1), China (k = 1), Dänemark (k = 1), Großbritannien (k = 1), Hong Kong (k = 4), Niederlande (k = 1), Spanien (k = 2)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • N = 1.360 (34; 547) • 16,1 bis 28,1 Jahre	• **Familieninterventionen** Manualisierte Familien-interventionen (Psychoedukation, Training von Kommunikation, Problemlöseansätze, k = 5), Mehrkomponenten-behandlung: Psychoedukation, Mutual support, Problemlöseansätze, soziales Fertigkeitentraining, CBT, Familiengruppensitzung (k = 5), Gruppe gegenseitige Unterstützung (k = 1) • 6 bis 18 Monate	• TAU (k = 7), TAU ergänzt durch Elemente wie Education, Training zur Erkennung von Frühwarnzeichen (k = 1), Community Mental Health Teams (k = 1), unstrukturierte Gruppensitzungen (k = 1), EPPIC-Programm (k = 1)	• 6 bis 24 Monate
NEU **Correll et al. (2018)** *[407]*	10 RCTs[6] (42 Artikel) • Großbritannien (k = 2), Mexiko (k =2), USA	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose bzw. in einer frühen Phase einer Schizophrenie-Spektrum-Störung	• **Spezialisierte Frühinterventionsdienste** (Early Intervention Services, EIS): teambasierte multimodale Behandlungskonzepte (z. B.	• Herkömmliche Therapie (k = 10)	• K. A.

Autor:innen Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien/ Studiendesign Studienland	Teilnehmende • Diagnose(n) • (Mittleres) Alter in Jahren • Anzahl Teilnehmende (min., max.) • Mittlere Dauer der Erkrankung • Mittlere Dauer bis zur ersten Behandlung	Experimentalintervention • Art d. Interventionen • Dauer Intervention /Studie (min., max.) • Intensität	Kontrollintervention	Länge Follow up
Systematischer Review mit Metaanalyse	(k = 2), Italien (k = 1), Norwegen (k = 1), Dänemark (k = 1), Hong Kong (k = 1)	• 27,5 Jahre (23-37) • N = 2.176 (50, 547) • 159,8 (125,4) Wochen (6 Studien) • 79,9 (71,1) Wochen (5 Studien)	Psychopharmakotherapie, Psychoedukation, berufliche Unterstützung, Krisenmanagement, Familienberatung/-therapie) • 9 bis 24 Monate (im Mittel: 16,2 (7,4) Monate) • K. A.		
NEU **Marshall et al. (2011)** *[424]* Systematischer Review mit Metaanalyse	Extraktion von 12 RCTs[7] (Population) • Australien (k=5); Spanien (k=1), Großbritannien (k=2); Niederlande (k=1); Dänemark (k=1); USA (k=1); China (k=1)	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • Keine systematische Angabe (20 bis 26 Jahre) • k = 24, 547 • K. A. • K. A.	• **Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze:** (kognitive) Verhaltenstherapie (k = 2), Familientherapie (k = 2), Integrierte Therapie (Assertive Community Treatment, Familientherapie, Training sozialer Fertigkeiten) (k = 1), LEO-CAT (k = 1; Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team), IPS (k = 1), Psychoedukation (k = 1), Psychopharmakotherapie allein (k = 1), VT + Cannabis + Psychose-Therapie (k = 1), Sonstiges (k = 2) • 2 bis 24 Monate • K. A.	• Herkömmliche Therapie (k = 6), Herkömmliche Therapie + unterstützende Therapie (k = 1), Placebo (k = 1), Psychoedukation (k = 1), sonstiges (k = 3)	• K. A.
NEU **Alvarez-Jimenez et al. (2011)** *[417]* Systematischer Review mit Metaanalyse	Extraktion von 9 RCTs[8] • K. A.	• Personen mit einer ersten Episode einer Psychose • 20 bis 29 Jahre • N = 1.411 (33, 547)	• **Psychotherapie & Psychosoziale Ansätze:** spez. Frühinterventionsprogramme (k = 3), individuelle kognitive Verhaltenstherapie (k = 3), kombinierte individuelle und familien-orientierte kognitive Verhaltenstherapie mit Fokus auf Rückfallprävention (k = 1), Familienorientierte Therapie (k = 1) • 5 bis 12 Wochen • K. A.	• (Multidisziplinäre) herkömmliche Therapie (k = 5), Fallmanagement (k = 3), sonstiges (k = 1)	• 7 bis 24 Monate

Erläuterungen: k=Studienanzahl; N=Anzahl Teilnehmender; k. A. =keine Angabe

[1] Kessing et al. 2013, Miklowitz et al. 2003, Miklowitz et al. 2008, Miklowitz et al. 2014, Colom et al. 2010

[2] Addington et al. 2011, Bechdolf et al. 2007, Fowler et al. 2009, Fowler et al. 2018, Ising et al. 2016, Jackson et al. 2007, Morrison et al. 2004, Stain et al. 2016, Granö et al. 2016, McFarlane et al. 2015, Miklowitz et al. 2014, Killackey et al. 2008, Killackey et al. 2019, Rosenheck et al. 2017, Choi et al. 2016, Eack et al. 2009/2010, Lee et al. 2013, Loewy et al. 2016, Ostergaard Christensen et al. 2014, Piskulic et al. 2015, Ventura et al. 2017, Vidarsdottir et al. 2019, Wykes et al. 2007, Mendella et al. 2015, Albert et al. 2016, Macneil et al. 2012, Palma et al. 2019, Penn et al. 2011, Ruggeri et al. 2015, Schlosser et al. 2018, Wessels et al. 2015.

[3]Drake et al. 2014, Eack et al. 2009, Fernandez-Gonzalo et al. 2015, Fisher et al. 2015, Mendella et al. 2015, OIstergaard Christensen et al. 2014, Puig et al. 2014, Ueland & Rund et al. 2004, Ventura et al. 2017, Wykes et al. 2007.

[4] LEO, OPUS, OTP, RAISE

[5]Chien et al. 2006, Chien & Wong 2007, Chien 2008,Chien 2016, Gleeson 2009, Leavey et al. 2004, Linzsen et al. 1996, Petersen et al. 2005 (Secheret al. 2015), Palma-Sevillano et al. 2011,Chien & Chan 2013, Calvo etal. 2014, 2015, Zhang et al. 1994

[6] COAST, JCEP, LEO, OPUS, OTP, PIANO, RAISE-ETP, STEP, Valencia 6 Months, Valencia 12 Months

[7] Alvarez et al., Berger et al., Edwards et al., Jackson et al., Killackey et al., Leavey et al., LEO-CAT, LifeSPAN, Linszen et al., OPUS, Uzenoff et al., Zhang et al.

[8] Tarrier et al., Petersen et al., Craig et al., Leavey et al., Zhang et al., Grawe et al., Edwards et al., Gleeson et al., Jackson et al.

Tabelle 9: Effekte von Frühinterventionen aus aggregierter Evidenz

	Ratheesh 2023 *[411]*		**Frawley 2021** *[408]*			**Miley 2020** *[409]*	**Puntis 2020** *[410]*	**Camacho-Gomez & Castellvi 2020** *[423]*	**Correll 2018** *[407]*	**Alvarez**	
Experimental- vs. Kontrolli-ntervention	**FFT vs. Kriseninter-vention, Enhanced, Medikation allein**	**MCPI vs. KG**	**MCPI vs. KG**	**FBT vs. KG**	**SE vs. KG**	**Sozial-kognitives Training vs. KG**	**EIS vs. TAU**	**Familien-intervention vs. TAU**	**EIS vs. TAU**	**Spez. FEP-Programm vs. TAU**	**CBT+ Spez. FE Program vs. Spe FEP- Program allein**
Anzahl Studien (k)	**k = 3**	**k = 1**	**k = 7**	**k = 3**	**k = 3**	**k = 10**	**k = 4**	**k = 11**	**k = 10**	**k = 3**	**k = 2**
Merkmale klinischer Recovery											
Remission							++		++		
Symptome (total)							~		++		
Positivsymptomatik									++		
Negativsymptomatik									++		
Symptome (allg.)								++	++		
Depressives Erleben									++		
Rückfallrate							~	++	++	++	~
Zeit bis Rückfall/stat. WA	++/~[1]	++[1]									
Merkmale funktionaler Recovery											
Psychosoziale Funktionen			++	~		++/~[1]	++	++	++		
Soziale Kognitionen						++/~[1]					
Teilhabe Bildung/Arbeit					++		~		++		
Merkmale persönlicher Recovery											
Lebensqualität							~		++		
Recovery									++		
Behandlungssassoziierte Merkmale											
Behandlungszufriedenheit		++[1]					++				

	Ratheesh 2023 *[411]*		Frawley 2021 *[408]*			Miley 2020 *[409]*	Puntis 2020 *[410]*	Camacho-Gomez & Castellvi 2020 *[423]*	Correll 2018 *[407]*	Alvarez	
Experimental- vs. Kontrolli-ntervention	**FFT vs. Kriseninter-vention, Enhanced, Medikation allein**	**MCPI vs. KG**	**MCPI vs. KG**	**FBT vs. KG**	**SE vs. KG**	**Sozial-kognitives Training vs. KG**	**EIS vs. TAU**	**Familien-intervention vs. TAU**	**EIS vs. TAU**	**Spez. FEP-Programm vs. TAU**	**CBT+ Spez. FE Program vs. Spe FEP-Program allein**
Anzahl Studien (k)	**k = 3**	**k = 1**	**k = 7**	**k = 3**	**k = 3**	**k = 10**	**k = 4**	**k = 11**	**k = 10**	**k = 3**	**k = 2**
Anzahl stat. Aufnahmen							++		++		
Dauer stat. Aufenthalte							++	++	++	++	
Unerwünschte Ereignisse											
Mortalität							~				
Studienabbruch							++				
Behandlungsabbruch							++		++		

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; FFT Family Focused Therapy; MCPI Multi-Component Psychosocial Intervention; KG Kontrollgruppe; FBT Familiy-Based Therapy; SE Supported Employment; EIS Early Intervention Services; TAU Treatment as Usual; FEP First Episode Psychosis; CBT Cognitive Behavioral Therapy; WA Wiederaufnahme [1]-Ergebnisse aus Einzelstudien

Evidenz aus Einzelstudien

Zusätzlich identifizierte Einzelstudien schlossen in erster Linie erwachsene Menschen mit einem ersten psychotischen Erleben ein (Tabelle 10). In einer Studie wurden Menschen mit einer frühen Borderline Persönlichkeitsstörung eingeschlossen. Bei Chien und Leung (2013) *[425]* sowie Chien et al. (2015) *[426]* wurden Menschen mit ersten Symptomen einer schweren psychischen Erkrankung betrachtet. Die Stichprobengröße umfasste zwischen 22 und 404 Teilnehmenden. Die Studien fanden in Europa (k = 5), den USA (k = 5), Asien (k = 4) und Australien (k = 4) statt. Betrachtete Interventionen waren Ansätze zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Gewichtsreduktion *[427] [428]*, Psychoedukation *[425] [429] [430] [426] [431] [432]*, Peer-geleitete Ansätze *[429] [430]*, Bewegungs- und Sporttherapie *[433] [434] [435]*, Supported Employment *[436] [437]*, digitale Ansätze *[438] [439]* oder kombinierte Ansätze *[440] [441]*. Alle Studien fanden in einem ambulanten/gemeindepsychiatrischen Setting statt und umfassten mehrere Komponenten der Behandlung. Sechs der Interventionen wurden im Rahmen einer spezialisierten Frühintervention untersucht *[438] [433] [439] [436] [428] [440]*.

Studienqualität: In allen Studien wurde angegeben, ein randomisiertes Studiendesign zu verwenden, jedoch wurde in 14 Studien die Generierung der Randomisierungssequenz explizit beschrieben. Die Geheimhaltung und Unvorhersehbarkeit der Gruppenzuteilung blieb beim Großteil der eingeschlossenen Studien unklar (k = 14). Es wurde ausschließlich die Verblindung der Teilnehmenden bewertet. Überwiegend bestand ein hohes (k = 7) oder unklares Risiko (k = 10) für einen möglichen Bias. Die Verblindung von Teilnehmenden und Behandler:innen ist im psychosozialen Bereich in aller Regel nicht möglich. Die Verblindung bei der Endpunkterhebung wurde bei insgesamt 11 Studien mit einem niedrigen Risiko für Bias eingeschätzt; bei 7 Studien ist das Risiko für Bias unklar. Hinsichtlich fehlender Werte bei der Endpunkterhebung wurde festgestellt, dass bei 5 bzw. 2 Studien ein hohes bzw. unklares Risiko für Bias eingestuft werden muss. Elf Studien wurden mit einem geringen Risiko für Bias eingeordnet. Im Rahmen der Auswertungen wurden von allen Studien die vorab festgelegten Endpunkte dargestellt. Bei ausschließlich einer Studie wurde aufgrund der geringen Fallzahl ein hohes Risiko für weiteren Bias festgestellt.

Interventionen zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Gewichtsreduktion (Tabelle 10**,** Tabelle 11):Die erste Erkrankungsphase stellt einen wichtigen frühen Interventionspunkt dar, um die mit der schweren psychischen Erkrankung und ihrer Behandlung verbundenen metabolischen Risiken zu mindern. Bewegung und Gesundheitsförderung haben das Potenzial, die metabolischen und funktionellen Ergebnisse zu verbessern, doch ist es in der Regel schwierig, die Patient:innen zu regelmäßigem Sport und gesunder Ernährung zu bewegen. Im **Evidenzkapitel Gesundheitsfördernde Interventionen** werden diese für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. Patient:innen mit einer ersten Psychose nahmen in der Interventionsgruppe zur Gesundheitsförderung signifikant weniger an Gewicht am Behandlungsende (3 Monate Behandlung) gegenüber der Gruppe in der Routinebehandlung zu. Allerdings waren die Unterschiede zwischen den Gruppen nach 12 Monaten nicht mehr signifikant. Die Autor:innen schlussfolgern, dass die Interventionen zum Gewichtsmanagement möglicherweise über einen längeren Zeitraum angeboten werden müssen, um die präventive Wirkung aufrechtzuerhalten *[427]*. Bei Lovell et al. (2014) zeigten sich keine signifikanten Effekte nach 12 Monaten durch eine gesundheitsförderliche Intervention bei Patient:innen mit einer ersten psychotischen Episode und bestehendem Übergewicht. Der Unterschied zwischen den Gruppen bei der Veränderung des BMI (primärer Outcome) war nicht signifikant (Effektgröße = 0,11), wobei bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe eine Reduktion zu beobachten war; in der Kontrollgruppe nicht. Es zeigten sich auch keine signifikanten Effekte auf

sekundäre Outcomes mit Ausnahme der Ernährung mit einem Effekt hinsichtlich einer stärkeren Tendenz zu einer gesunden Ernährung. Die Autor:innen diskutieren die Bedeutung eines präventiven Ansatzes und einer intensiveren Intervention *[428]*.

Tabelle 10: Charakteristika Einzelstudien zur Wirksamkeit von psychosozialen Ansätzen in der Frühintervention

Autor/Jahr	Patientenpopulation • **Anzahl (N)** • **Diagnose** • **Durchschnittliches Alter** • **Dauer der Erkrankung** • **Setting**	Intervention • **Ansatz** • **Module/Inhalte** • **Dauer/Follow-Up**	Kontrollgruppe
NEU **Nuechterlein et al. 2022** *[434]* USA	• N=48 (47) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 22 Jahre • 9 Monate • Forschungsambulanz (umfassendes Behandlungsangebot)	• **(Sozial-)kognitives Training und Bewegung** • (Sozial-)kognitives Training: Computergestützt (2 Stunden/Tag an 2 Tagen/Woche) • Bewegung: progressives aerobes Übungsprogramm (Ganzkörper-Zirkeltraining in der Klinik und zu Hause, 150 Minuten pro Woche) • Dauer 6 Monate • Training zum Alltagstransfer für beide Gruppen Patienten 1x wöchentlich 1h)	• (Sozial-)kognitives Training allein
NEU **Chien et al. 2022** *[430]* Hong Kong	• N=180 (162) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 25 Jahre • 15 Monate • Integrated Community Centers for Mental Wellness (ICCMWs: community support and social rehabilitation services)	• **IG 1: Peer-geleitete Selbstmanagement-Intervention** • **IG 2: Psychoedukation** (Bereiche: Einleitung und Zielsetzung, Krankheitsverständnis, Workshop zu Behandlung, Pflege und Gemeindeunterstützung, Selbstpflege, Coping, soziale Unterstützung) • Dauer 4 Monate (alle 2 Wochen), 6 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie (ICCMW: gemeindepsychiatrische Behandlung und psychiatrische Versorgung, pflegerische Beratung, Kurzaufklärung über psychische Erkrankungen, Hausbesuche durch Case Manager und/oder Überweisungen an Sozialhilfe- und Arbeitsvermittlungsstellen)
NEU **Chanen et al. 2022** *[441]* Australien	• N=139 (128) • Borderline Persönlichkeitsstörung • 19 Jahre • K.A. • Umfassendes gemeindepsychiatrisches Behandlungsangebot	• **Spezifisches Behandlungsmodell** • **IG 1: Helping Young People Early (HYPE) + cognitive analytic therapy (CAT)** • integratives klinisches Fallmanagement, allgemeine und akut-psychiatrische Versorgung, kollaboratives Vorgehen, selbstbewusstes Engagement, aufsuchende Betreuung in der Gemeinde, funktionelle Wiederherstellung, aktiver Einbezug der Familie (HYPE) • zeit-begrenzte Psychotherapie (Selbstmanagement; CAT) • **IG 2: HYPE + Befriending**	• Herkömmliche Therapie speziell für jüngere Personen (YMHS) + Befriending • Multidisziplinärer Ansatz

Autor/Jahr	Patientenpopulation • Anzahl (N) • Diagnose • Durchschnittliches Alter • Dauer der Erkrankung • Setting	Intervention • Ansatz • Module/Inhalte • Dauer/Follow-Up	Kontrollgruppe
		• Austausch zu Interessen wie bspw. Sport, Musik oder anderen Themen, kein krankheitsbezogener Austausch (Befriending) • Dauer 18 Monate	
NEU **Halverson et al. 2021** *[431]* USA	• N=36 (34) • Patienten in einem frühen Stadium der Schizophrenie • 24 Jahre • 1,8 Jahre • koordinierte fachärztliche Versorgung	• **Psychoedukation (Integrated Coping Awareness Therapy; I-CAT)** • Psychoedukation zur Stressreaktivität und zum Umgang mit Stressoren, Coping und Mediation, Tagesstrukturierung und Zielsetzung • Plus spezialisierte koordinierte Behandlung • Dauer 9 Monate; 3 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie / spezialisierte koordinierte Behandlung allein
NEU **Ventura et al. 2021** *[435]* USA	• N=25 • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 22 Jahre • 8 Monate • Forschungsambulanz (umfassendes Behandlungsangebot)	• **(Sozial-)kognitives Training und Bewegung** • (Sozial-)kognitives Training: Computergestützt (2 Stunden/Tag an 2 Tagen/Woche) • Bewegung: progressives aerobes Übungsprogramm (Ganzkörper-Zirkeltraining in der Klinik und zu Hause, 150 Minuten pro Woche) • Dauer 6 Monate	• Kognitives Training allein
NEU **Álvarez-Jiménez et al. 2021** *[438]* Australien	• N=170 (126) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 21 Jahre • 4 Wochen • Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC)	• **Interaktive Online-Therapie** • Horyzons Program: Ziele Verbesserung der sozialen Funktionalität, der beruflichen Wiederherstellung und Vermeidung von Rückfällen durch Online-Therapie, soziales Peer-to-Peer-Online-Networking, Peer-Moderation und Expertenunterstützung (z. B. klinischen Psychologen, Sozialarbeiter, Job-Coaches) • Dauer 18 Monate; 18 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie: verschiedene Behandlungsoptionen (allgemeine medizinische oder psychiatrische Dienste, tertiäre gemeindenahe psychiatrische Dienste oder Primärversorgungsdienste in Abhängigkeit des Verlaufes)
NEU **Fisher et al. 2020** *[433]* Großbritannien	• N=22 (15) Männer • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 25 Jahre • K.A.	• **Bewegungs- und Sporttherapie** • Laufen, Radfahren, Schwimmen, Tennis, Zirkeltraining u.a. • Dauer 12 Wochen (2-3x/Woche über 40 – 60 Minuten)	• Herkömmliche Therapie

Autor/Jahr	Patientenpopulation • Anzahl (N) • Diagnose • Durchschnittliches Alter • Dauer der Erkrankung • Setting	Intervention • Ansatz • Module/Inhalte • Dauer/Follow-Up	Kontrollgruppe
	• Community-based Early Intervention service		
NEU **Nuechterlein et al. 2020** *[437]* USA	• N=69 (63) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 25 Jahre • 8 Monate • Ambulante psychiatrische Behandlung im UCLA Aftercare Research Program, Inkl. Case Management	• **Individual Placement and Support (IPS) and Workplace Fundamentals Module training (WFM)** • IPS mit Ziel Integration in Bildung oder Beruf • WFM: gruppenbasierter Trainingsansatz mit Schwerpunkt auf soziale und problemlösende Fähigkeiten für den Erhalt eines Ausbildungs-/Arbeitsplatzes • Dauer 18 Monate	• Vergleichbare intensive klinische Behandlung an der UCLA, einschließlich Trainingsgruppen für soziale Fertigkeiten und konventionelle berufliche Rehabilitation durch staatliche Dienstleister
NEU **Steare et al. 2020** *[439]* Großbritannien	• N=40 (20) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 22 Jahre • K.A. • Early Intervention in Psychosis (EIP) services	• **My Journey 3 (Smartphone-based self-management tool)** • Recovery-orientierte Selbstmanagementkompetenzen einschließlich Zugang zu digitalen Genesungs- und Rückfallpräventionsplänen, Medikamentenverfolgung und Symptommonitoring • Dauer 7 Monate	• Herkömmliche Therapie (EIP)
NEU **Killackey et al. 2019** *[436]* Australien	• N=146 (131) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 20 Jahre • K.A. • Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC, public mental health programme) in Melbourne	• **Individual Placement and Support (IPS)** • Dauer 6 Monate (34 wöchentlich stattfindende Sitzungen zu je 45 Minuten); 18 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie
NEU **Palma et al. 2019** *[432]* Spanien	• N=62 (62) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 25 Jahre • 40 (IG) vs. 65 (KG) Wochen • Ambulante Versorgung durch multiprofessionelles Team (Mental Health Centre)	• **Frühinterventionsprogramm PIPE** • Psychoedukation und kognitiv-motivationale Therapie im Einzel- und Familiensetting • Ziele: Änderungsmotivation bezogen auf Ambivalenzen gegenüber der Behandlung, förderlicher Compliance, Konsummuster bei Drogenkonsum, Aktivitäten des täglichen Lebens, Hygienegewohnheiten, Therapietreue und dem Wunsch nach beruflichen Aktivitäten	• Herkömmliche Therapie im psychiatrischen Versorgungssystem (pharmakologische Behandlung, Pflege, Sozialarbeit)

Autor/Jahr	Patientenpopulation • Anzahl (N) • Diagnose • Durchschnittliches Alter • Dauer der Erkrankung • Setting	Intervention • Ansatz • Module/Inhalte • Dauer/Follow-Up	Kontrollgruppe
		• Dauer 12 Monate; 5 Jahre Follow-Up	
NEU **Chien et al. 2018** *[429]* Hong Kong	• N=210 (179) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 26 (IG) vs. 29 (KG) Jahre • 21 Monate • Ambulante Versorgung in psychiatrischen Ambulanzen	• **IG 1: Familiengeführtes Selbsthilfegruppen-Programm** (Psychoedukation und Workshop für unterstützende Kompetenzen) • **IG 2: Psychoedukative Gruppenintervention** (Edukation und psychologischen Support durch spezialisierte Pflege) • Dauer 36 Wochen (16 Sitzungen alle 2 Wochen über 2h); Follow-Up: 12/ 24/48 Monate	• Herkömmliche Therapie (routinemäßige psychiatrische ambulante Versorgung: psychiatrische Konsultationen und Behandlungen, Beratung durch Pflege und Sozialarbeit, Hausbesuche)
NEU **Chien und Bressington 2015** *[426]* Hong Kong	• N=180 (173) • Erste Episode einer psychischen Erkrankung (Psychosen und affektive Störungen) • 25 Jahre • 3 Monate • Ambulante Versorgung in general psychiatric outpatient clinics	• **Pflege-geleitetes strukturiertes psychosoziales Interventions-programm** • Stärkung im Umgang mit der Erkrankung und möglichen Symptomen: (1) Orientierung, Einbindung, (2) Zusammenarbeit und Befähigung durch motivierende Gesprächsführung; (3) Training sozialer Fertigkeiten; (4) Verbesserung der Copingstrategien, (5) Rückblick und Erstellung eines Zukunftsszenarios im Einzelsetting • Dauer 4 Monate (8 zweistündige Sitzungen alle zwei Wochen); 12 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie (routinemäßige psychiatrische ambulante Versorgung durch die Kliniken: medizinische Beratung und übliche Behandlung durch einen Psychiater und Überweisungen für psychosoziale und Sozialdienste (Pflege, Sozialarbeit)
NEU **Lovell et al. 2014** *[428]* Großbritannien	• N=105 (93), (Pat. Mit BMI >= 25) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 26 Jahre • < 3 Jahre • Early intervention service	• **Gesundheitsförderung** • (1) Motivierende und gezielte verhaltensbezogene Ansätze (7 Einzelsitzungen, Booster nach 9 Monaten), (2) Programm zur Gewichtskontrolle, körperlichen Aktivität, Ernährungsumstellung (Booklet, Website), (3) optionale Gruppenaktivitäten (Fußball, Wandern, Radfahren, Kochgruppe u.a.) • Dauer 12 Monate	• Early intervention service allein
NEU **Chien and Leung 2013** *[425]* Hong Kong	• N=96 (85) • Erste gemäßigte Symptome schwerer psychischer Gesundheitsprobleme • 26 Jahre • 1,4 Monate	• **Bedürfnisorientiertes Psychoedukations-Programm** • (1) Orientierung, Engagement und Verständnis von psychischer Gesundheit/Krankheit; (2) Schlafhygiene und Angstlinderung; (3) Behandlung und Medikamente;	• Herkömmliche Therapie (ambulante psychiatrische Routineleistungen: Beratung und Behandlungsplanung durch einen Psychiater, Beratung über kommunale Dienste, kurze Aufklärung der Familie über psychische Erkrankungen durch Pflege oder Sozialarbeit)

Autor/Jahr	Patientenpopulation • Anzahl (N) • Diagnose • Durchschnittliches Alter • Dauer der Erkrankung • Setting	Intervention • Ansatz • Module/Inhalte • Dauer/Follow-Up	Kontrollgruppe
	• Ambulante Versorgung in general psychiatric outpatient clinics	(4) Coping; (5) zwischenmenschliche Fertigkeiten; (6) Ressourcen in der Gemeinde und Perspektiven • Dauer 1h-Sessions alle 2 Wochen über 3 Monate; Follow-Up: 6 Monate	
NEU **Gleeson et al. 2013** *[440]* Australien	• N= 82 (61) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 20 Jahre • K.A. • Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) in Melbourne	• **Kombinierte Familien- und Individual-Rückfall-präventionstherapie** • Individualtherapie: Engagement, Beurteilung Genesung und Rückfallrisiko, Erarbeitung einer Therapieagenda, Reduzierung von Risikofaktoren für einen Rückfall, Erkennung von Frühwarnzeichen, Review und individuelle Faktoren herausarbeiten (ergänzt durch Elemente der KVT) • Familienansatz: intrafamiliäre Kommunikation, Belastung und Bewältigung, Psychoedukation in Bezug auf das Rückfallrisiko und Erkennung von Frühwarnzeichen und Dokumentation eines Rückfallpräventionsplans • Dauer 7 Monate; 30 Monate Follow-Up	• Herkömmliche Therapie (EPPIC-Routinebehandlung)
NEU **Álvarez-Jiménez et al. 2010** *[427]* Spanien	• N=61 (39) • Erste Episode einer psychotischen Erkrankung • 27 Jahre • K.A. • K.A.	• **Gesundheitsförderung:** präventiver und multi-dimensionaler Ansatz, um Faktoren zu kontrollieren, die eine med.-abhängige Gewichtszunahme begünstigen • Module: Psychoedukation, Ernährungsberatung, körperliches Training, Verhaltenstherapie • Dauer 3 Monate; Follow-Up: 12/24 Monate	• Herkömmliche Therapie • und regelmäßige Informationen über eine mögliche Gewichtszunahme, Empfehlungen, die körperliche Bewegung zu steigern und die Nahrungsaufnahme einzuschränken

Erläuterungen: N Anzahl Teilnehmender, UCLA University of California, Los Angeles

Bewegungs- und Sporttherapie (Tabelle 10**,** Tabelle 11): Bei Fisher et al. (2020) nahmen 83 Prozent der Teilnehmenden an den Trainingseinheiten teil und erreichten die visierte Zielintensität. Es kam zu klinisch bedeutsamen Rückgängen der positiven (17,31 %) und allgemeinen psychopathologischen Symptomatik (10,98 %), und das Training schützte vor einem Anstieg des Negativscores in der Interventionsgruppe (13,89 %). Das Ausmaß funktioneller Beeinträchtigungen ging nach dem Training in der Interventionsgruppe zurück (12,65 %), verglichen mit einem Anstieg von 20,78 % in der Kontrollgruppe. Die Autoren konnten damit zeigen, dass es möglich ist, Patient:innen in ein qualitativ hochwertiges Training einzubinden; allerdings zeigte sich kein Effekt auf das Gewicht und den BMI *[433]*. Ventura et al. (2021) *[435]* beobachteten bei einer Untergruppe von Patient:innen, die zusätzlich an einer 6-monatigen aeroben Bewegungsintervention teilnahmen, dass die Anzahl der absolvierten Trainingseinheiten signifikant mit dem Ausmaß der Abnahme proinflammatorischer Zytokine (IL-6) verbunden war. Die Verringerung der proinflammatorischen IL-6-Konzentration stand in einem signifikanten Zusammenhang mit der Verringerung depressiver Symptome. Ein 6-monatiges Programm aus kognitivem Training und Bewegung im Vergleich zu kognitivem Training allein resultierte in einer verbesserten kognitiven Leistungsfähigkeit sowie in einer verbesserten psychosozialen Leistungsfähigkeit bezogen

auf schulische und berufliche Anforderungen. Der kognitive Gewinn nach 3 Monaten sagte das Ausmaß der Verbesserung der Arbeits-/Schulfähigkeit nach 6 Monaten voraus. Die Anzahl der durchgeführten Trainingseinheiten stand in starkem Zusammenhang mit dem Ausmaß der Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten und der Arbeits-/Schulfähigkeit. Damit scheint aerobes Training die Auswirkungen des kognitiven Trainings auf die Kognitionen selbst und die funktionellen Ergebnisse bei Schizophrenie in der ersten Episode signifikant zu verstärken, was offenbar durch das Ausmaß des absolvierten Trainings bedingt ist *[434]*(Evidenzkapitel **Bewegungs- und Sporttherapie**).

Tabelle 11: Effekte aus gesundheitsförderlichen Interventionen/Bewegung- und Sporttherapie bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	**Álvarez-Jiménez et al. 2010** *[427]*	**Lovell et al. 2014** *[428]*	**Fisher et al. 2020** *[433]*	**Ventura et al. 2021** *[435]*	**Nuechterlein et al. 2022** *[434]*
Vergleichsgruppen	**Gesundheits-förderung vs. TAU**	**Gesundheits-förderung vs. TAU**	**Bewegung und Sport vs. TAU**	**Bewegung/ Sport und Kognitives Training vs. Kognitives Training**	**Bewegung/ Sport und Kognitives Training vs. Kognitives Training**
Merkmale klinischer Recovery: seelische Gesundheit					
Seelische Gesundheit		~			
Positivsymptomatik			++		
Negativsymptomatik			++		
Depressives Erleben		~		++	
Merkmlae klinische Recovery: Somatische Gesundheit					
Körperliche Gesundheit		~			
Gewicht	++	~	~		
BMI	++	+	~		
Taillenumfang		~			
Blutwerte (Entzündungshemmer)				++	
Merkmale funktionaler Recovery					
Psychosoziale Funktionen			++		++
Kognitive Funktionen					++
Körperliche Aktivität		~			
Merkmale persönlicher Recovery					
Lebensqualität		~	~		
Gesunde Ernährung		++			
Ungesunde Ernährung		~			
Verhältnis Gesunde/ ungesunde Ernährung		++			

TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

Zusatzinfo: Ein begleitendes Motivationscoaching (12x 30-minütige Sitzungen) in einem Gruppenformat führte gegenüber Psychoedukation bei Frauen mit Psychose zusätzlich zu Bewegungsinterventionen in Form von Yoga, Stretching und hochintensivem Intervalltraining zu einem signifikant höherem Gesamtniveau an körperlicher Aktivität. Das Niveau der moderaten und leichten körperlichen Aktivität war in der Motivationscoaching-Gruppe nach der Intervention bzw. nach 6 Monaten signifikant höher. Darüber hinaus verbesserten sich in der Motivationscoaching-Gruppe nach 6 Monaten die Symptome für bizarres Verhalten. Jüngere, arbeitslose und unverheiratete Personen sowie Personen, die schon länger an einer unbehandelten Psychose litten, zeigten in der Motivationscoaching-Gruppe generell größere Verbesserungen *[442]*.

Supported Employment und Education (Tabelle 10**,** Tabelle 12: Die Wünsche der Betroffenen nach einer beruflichen Entwicklung aufgreifend wurde zunehmend Supported Education and Employment nach dem IPS-Model (Evidenzkapitel **Arbeitsrehabilitation und berufliche Teilhabe**)

in der Population ersterkrankter Menschen erprobt und evaluiert *[443] [444] [445]*. In der RAISE-Studie (RAISE Early Treatment Program *[445]* wurden die Teilnehmenden nicht nach dem Zufallsprinzip in IPS zugewiesen, allerdings deutet eine Mediationsanalyse darauf hin, dass die Zunahme der Teilnahme an Arbeit und Bildung mit der Inanspruchnahme von unterstützter Bildung und Beschäftigung durch die Teilnehmenden verbunden war (Rosenheck et al. 2017). Nuechterlein et al. (2020) *[437]* untersuchten in einer 18-monatigen randomisierten, kontrollierten Studie die Wirksamkeit einer erweiterten beruflichen Intervention zur Unterstützung von Menschen mit einer kürzlichen aufgetretenen psychotischen Episode. Die individuelle Vermittlung und Unterstützung (IPS) wurde so angepasst, dass sie den Zielen der Betroffenen entsprach und entweder eine Beschäftigung oder eine Schul-/Ausbildung anstrebte. IPS wurde mit einem gruppenbasierten Fertigkeitentraining (Workplace Fundamentals Module (WFM)) erweitert. Die IPS-WFM-Kombination führte dazu, dass 83 Prozent der Patient:innen in den ersten 6 Monaten an einer wettbewerbsfähigen Beschäftigung oder Ausbildung teilnahmen, verglichen mit 41 Prozent in der Vergleichsgruppe ($p < 0,005$). Im darauffolgenden Jahr führte die IPS-WFM-Kombination weiterhin zu höheren Raten von Schulbesuchen bzw. Beschäftigung (92 % gegenüber 60 %, $p < 0,03$). Auch die kumulative Anzahl der Wochen in Schul-/Ausbildung und/oder Beschäftigung war bei der IPS-WFM-Intervention wesentlich höher (45 vs. 26 Wochen, $p < 0.004$) *[437]*. IPS führte in einer weiteren RCT gegenüber der herkömmlichen Behandlung ohne IPS am Ende der Intervention zu einer signifikant höheren Beschäftigungsquote in der IPS-Gruppe (71,2 % vs. 48,0 % in der TAU-Gruppe; Odds Ratio 3,40 [95 % CI: 1,17-9,91], $z = 2,25$, $P = 0,025$). Dieser Unterschied zeigte sich jedoch nicht bei der 12- und 18-monatigen Nachbeobachtung. Dies scheint lt. Autor:innen möglicherweise mit einer hohen Beschäftigungsquote in der Kontrollgruppe zusammenzuhängen. Es gab zu keinem Zeitpunkt einen Unterschied bei den Bildungsergebnissen *[436]*.

Zusatzinformation: Im Rahmen einer kleineren Vorgängerstudie wurde deutlich, dass IPS bei 85 Prozent der Teilnehmenden zu einer wettbewerbsfähigen Teilnahme an Arbeit oder Schule führte, verglichen mit 29 Prozent in einer Vergleichsgruppe, die die übliche Behandlung erhielt. Die Rückkehr in die Schule wurde nicht unterschiedlich beeinflusst, wohl aber die Rate der wettbewerbsfähigen Beschäftigung. Außerdem war die durchschnittliche Anzahl der Arbeitswochen bei den IPS-Teilnehmern deutlich höher (8,6 Wochen) verglichen mit der Gruppe, die wie üblich behandelt wurde (3,8 Wochen) *[455]*.

Tabelle 12: Effekte von Supported Employment and Education bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	**Killackey et al. 2019** *[436]*	**Nuechterlein et al. 2020** *[437]*
Vergleichs- Gruppen	**IPS vs. TAU**	**IPS + WFM vs. BVR + Anlernung sozialer Skills**
Merkmale funktionaler Recovery		
Teilhabe an Bildung & Beschäftigung	++	++
Dauer der Bildung & Beschäftigung	~	++
Unerwünschte Ereignisse		
Abbruch der Intervention		~

Anmerkungen: IPS-Individual placement and support; WFM Workplace Fundamentals Module, TAU-Treatment as usual; BVR- Brokered Vocational Rehabilitation (vermittelte berufliche Rehabilitation); ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Auch **Peer-geleitete Ansätze** werden in der vorliegenden Leitlinie behandelt (Evidenzkapitel **Peer Support – Experten aus Erfahrung**) und mit einer Empfehlungsstärke B empfohlen. In der Gruppe ersterkrankter Personen konnten im Rahmen der aktuellen Recherche zwei RCTs identifiziert werden (Tabelle 10, Tabelle 13). In einer asiatischen Studie wurden die langfristigen Auswirkungen einer 9-monatigen familiengeführten Selbsthilfegruppe für Menschen mit neu aufgetretener Schizophrenie im Vergleich zu Psychoedukation und psychiatrischer Standardversorgung untersucht. Bei den pflegenden Angehörigen handelte es sich hauptsächlich um die Eltern, Ehepartner:innen oder Kinder der Patient:innen. Patient:innen und Familien in der Gruppe mit gegenseitiger Unterstützung berichteten übereinstimmend über größere Verbesserungen der allgemeinen Funktionsfähigkeit (Funktionsfähigkeit Familie, $p = 0,003$; Funktionsfähigkeit Patient:innen, $p = 0,008$) und eine Verringerung der Dauer der Krankenhausaufenthalte ($p = 0,005$) und des Belastungserlebens während der vierjährigen Nachuntersuchung. Sowohl in der Gruppe der familiären Unterstützung als auch in der Gruppe der Psychoedukation kam es im Laufe der Zeit zu keinem signifikanten Anstieg der Medikamentendosierungen oder der Inanspruchnahme von Dienstleistungen *[429]*. Chien et al. 2022 *[430]* untersuchten die Auswirkungen einer viermonatigen Peer-geleiteten Self-Management-Intervention (PFSMI) gegenüber einer Psychoedukationsgruppe (PEG) und einer Gruppe, die wie üblich behandelt wurde (TAU). Es zeigten sich in der PFSMI-Gruppe signifikant größere Verbesserungen auf die Genesung (Questionnaire about the Process of Recovery (QPR)), die psychosoziale Funktionsfähigkeit und eine Verringerung der psychotischen Symptome sowie der Dauer von stationären Wiederaufnahmezeiten (mit moderaten bis großen Effektstärken) als in der TAU-Gruppe und in der Psychoedukationsgruppe 6 Monate nach der Intervention.

Tabelle 13: Effekte von Peer-Ansätzen bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	**Chien et al. 2018** *[429]*			**Chien et al. 2022** *[430]*	
Vergleichs- Gruppen	**FMSG (IG 1) vs. Psychoedukation (IG 2)**	**FMSG (IG 1) vs. TAU**	**Psychoedukation (IG 2) vs. TAU**	**PFSMI vs. TAU**	**PFSMI vs. Psychoedukation**

Merkmale klinischer Recovery					
Symptomatik (allg.)	++	++	++	++	++
Positivsymptomatik	~	++	++		
Merkmale funktionaler Recovery					
Funktionalität Patient*in	++	++	++	++	++
Funktionalität Familie	++	++	++		
Merkmale persönlicher Recovery					
Recovery				++	++
Angehörigenbezogene Outcomes					
Belastungserleben Familie	++	++	++		
Behandlungsassoziierte Merkmale					
Anzahl stat. WA	++	++	++	++	~

Anmerkungen: FMSG Family led mutual support group; PFSMI Peer-facilitated self-management intervention, TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Vergleich zu anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen, WA Wiederaufnahmen

Ansätze zur Unterstützung des Selbstmanagements mittels digitaler Technologien: Nach zwei Jahren spezialisierter Unterstützung durch eine zusätzliche interaktive Online-Therapie (Horyzons plus TAU) zur üblichen Behandlung (TAU, Tabelle 10, Tabelle 14) zeigten sich Effekte auf die berufliche Teilhabe und die Inanspruchnahme von Krisendiensten. Die soziale Funktionsfähigkeit war in beiden Gruppen von Beginn an bis zur 18-monatigen Nachbeobachtung hoch und blieb stabil, ohne dass es Hinweise auf signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab. Die Teilnehmenden in der Horyzons-Gruppe hatten allerdings eine 5,5-mal höhere Chance, eine Beschäftigung zu finden oder eine Ausbildung zu absolvieren, als die Teilnehmer der TAU-Gruppe (OR=5,55, [95 % KI: 1,09 bis 28,23], p = 0,04). Darüber hinaus war die Wahrscheinlichkeit, dass die Teilnehmenden der TAU-Gruppe den Notdienst aufsuchten, doppelt so hoch wie in der Horyzons-Gruppe (39 % vs. 19 %; OR=0,31, [95 % KI: 0,11 bis 0,86], p = 0,03, NNT [number needed to treat] = 5). Es gab einen nicht signifikanten Trend zu weniger Krankenhausaufenthalten aufgrund von Psychosen in der Horyzons-Gruppe im Vergleich zu TAU (13 % vs. 27 %; OR = 0,36, [95 % KI: 0,11 bis 1,08], p = 0,07, NNT = 7) *[438]*. Ein Smartphone-gestütztes Selbstmanagement-Tool brachte in einer ersten Machbarkeitsstudie mit geringer Teilnehmerzahl keinen zusätzlichen Nutzen im Rahmen einer Behandlung durch spezifische Frühinterventionsdienste. Die Rekrutierung und die Aufrechterhaltung der Teilnahme waren machbar; allerdings mit niedrigen Nutzungsraten. Der Median zur Anzahl der My Journey 3-Nutzungen betrug 16,5 (IQR: 8,5 bis 23) und der Median der Gesamtminuten, die mit My Journey 3 verbracht wurden, betrug 26,8 (IQR: 18,3 bis 57,3). Es wurden keine ernsthaften unerwünschten Ereignisse berichtet *[439]*. Die Unterstützung des Selbstmanagements als ein bedeutsamer Teil der Krankheitsbewältigung wird in der vorliegenden Leitlinie mit einer B-Empfehlung unterstrichen (Kapitel **Selbstmanagement und Selbsthilfe**).

Tabelle 14: Effekte von Ansätzen zum Selbstmanagement bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	**Alvarez-Jimenez et al. 2021** *[438]*	**Steare et al. 2020** *[439]*
Vergleichs-Gruppen	**Interaktive Online-Therapie Vs. TAU allein**	**Smartphone-based self-management tool vs. TAU allein**
Mermale klinischer Recovery		
Psychisches Wohlbefinden		~
Positivsymptomatik	~	~
Negativsymptomatik	~	~
Depressives Erleben	~	
Mermale funktionaler Recovery		
Teilhabe an Bildung & Beschäftigung	++	
Soziales Funktionsniveau	~	
Soziale Unterstützung	~	
Index Sozialer Outcome		~
Einsamkeit	~	

Mermale persönlicher Recovery		
Lebensqualität	~	~
Lebenszufriedenheit	~	
Selbstwert	~	~
Selbstwirksamkeitserleben	~	
Behandlungsassoziierte Merkmale		
Stationäre Behandlungen	+	
Reduktion Notfallbehandlungen	++	

TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Vergleich zu anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

In der vorliegenden Leitlinie wird **Psychoedukation** zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufes ausreichend lange und möglichst in Gruppen empfohlen. Angehörige sollten nach Möglichkeit einbezogen werden (Evidenzkapitel **Psychoedukative Interventionen**). Ein von der Pflege geleitetes, bedarfsorientiertes Psychoedukationsprogramm für ambulante Patient:innen mit erstmalig aufgetretener psychischer Erkrankung (Tabelle 10, Tabelle 15) führte gegenüber der üblichen ambulanten Behandlung zu einer signifikanten Verbesserung der psychischen Gesundheit (primärer Outcome; IG: Mean 3,0 vs. KG: Mean 4,8; $p < 0.001$), der Einsicht in Erkrankung und Behandlung, des Selbstwirksamkeitserlebens sowie der Hospitalisierungsdauer während der 6-monatigen Nachuntersuchung *[425]*. Ein ebenfalls Pflege-geleitetes strukturiertes psychosoziales Interventionsprogramm mit psychoedukativen Elementen im Rahmen der Behandlung in einer psychiatrischen Ambulanz hatte gegenüber TAU signifikant positive Auswirkungen auf die psychiatrische Symptomatik (primärer Outcome; p = 0,001; ES: 0,56), die Krankheitseinsicht und die Lebensqualität während eines 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraumes. Zudem ließ sich die Dauer von erneuten Krankenhausaufenthalten gegenüber TAU reduzieren *[426]*. Eine 7-monatige psychosoziale Behandlung zur Verhinderung einer zweiten Psychoseepisode umfasste verhaltenstherapeutisch-basierte individuell und familiär ausgerichtete Ansätze zur Rückfallprävention und führte nach 12 Monaten Nachbeobachtungszeit zu einer deutlichen Reduktion der Rückfallquote im Vergleich zur alleinigen spezialisierten Behandlung (Rückfallrate IG: 10,0 %, n = 4 vs. TAU-Gruppe: 28,2 %, n = 11; p = 0,039). Die Zeit bis zum Rückfall war bei den Patient:innen in der Interventionsgruppe (p = 0,038) größer. Diese Unterschiede waren jedoch nicht nachhaltig. Nach 24 und 30 Monaten ließen sich keine Unterschiede mehr finden. Zudem verschlechterte sich die psychosoziale Funktionsfähigkeit im Laufe der Zeit in der Interventionsgruppe, nicht aber in der Kontrollgruppe. Diese Unterschiede waren nicht mehr statistisch signifikant, wenn die Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Medikamententreue in das Modell einbezogen wurden. Es gab einen statistisch bedeutsamen Unterschied bezogen auf die Psychopharmakotherapietreue nach 30 Monaten zugunsten der Interventionsgruppe *[440]*. Ein kognitiv-motivierendes Behandlungsprogramms PIPE (Psychoedukation und kognitiv-motivationale Therapie im Einzel- und Familiensetting) gegenüber der Routineversorgung allein führte 18 Monate nach Ende der Intervention zu signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf klinische Variablen, Alltagsfunktionen und Rückfälle. Diese beobachtbaren Unterschiede blieben bis zu fünf Jahren nach Beginn der Studie bestehen *[432]*. Bei Menschen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen besteht ein erhöhtes Risiko, dass sie belastenden Lebensereignissen ausgesetzt sind, was zu einer erhöhten Stressempfindlichkeit und einer dysregulierten Stressreaktion führen kann, die wiederum mit einer schlechten langfristigen Funktionsfähigkeit verbunden sind. Die Integrated-Coping Awareness Therapy (I-CAT) ist eine manualisierte Intervention, die psychoedukative Elemente zur Stressreaktivität und zum Umgang mit Stressoren, Ansätze zum Coping und zur Mediation sowie zur Tagesstrukturierung und individuellen Zielsetzungen umfasst. Angewendet in einer frühen Erkrankungsphase zeigte sich, dass die Intervention in dieser Gruppe von Patient:innen praktikabel war; die Teilnahmequoten waren hoch und Studienabbrüche gering. Zum Follow-up 3 Monate nach Behandlungsende bildeten sich Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezogen auf die Arbeitsfähigkeit (FESFS Work abilities LSMD [least squares means differences] = 0,87, d = 0,61, p = 0,02), die Negativsymptomatik (PANSS negative LSMD = 0,76, d = 0,48, p = 0,02), das Achtsamkeitserleben Beobachtung/Selbstfürsorge (FFMQ Observation LSMD = 0,62, d = 0,49, p = 0,03 und SCS Self-kindness LSMD = 0,75, d = 0,49, p = 0,03) sowie einer stärkeren Bejahung des Lebenssinns (PWB Purpose in life LSMD = 0,69, d = 0,59, p < 0,01) zugunsten von I-CAT im Vergleich zu TAU ab *[431]*.

Tabelle 15: Effekte von Psychoedukation bei Menschen mit ersten Erkrankungsepisoden

Autor/Jahr	**Chien und Leung 2013** *[425]*	**Gleeson et al. 2013** *[440]*	**Chien und Bressington 2015** *[426]*	**Palma et al. (2019)** *[432]*	**Halverson et al. 2021** *[431]*
Vergleichs-Gruppen	Psychoedukation vs. TAU allein	Kombinierte Familien- und Individual-Rückfall-präventionstherapie vs. TAU allein[1]	Psychosoziales Interventions-programm vs. TAU allein	Frühinterventionsprogramm PIPE* vs. TAU allein	Psychoedukation vs. TAU allein
Mermale klinischer Recovery					
Psychiatrische Symptomatik	++	~	++	++	~

Positivsymptomatik		~		++	~
Negativsymptomatik				++	++
Rückfallereignisse		~			
Umgang mit schädlichen Substanzen		~			
Mermale funtionaler Recovery					
Soziales Funktionsniveau		-		++	~
Arbeitsfähigkeit					~
Unabhängige Lebensführung					~
Interaktion, Freunde, Aktivitäten					~
Mermale persönlicher Recovery					
Lebensqualität		~	++		~
Einsicht in Erkrankung/ Behandlung	++		++		
Selbstwirksamkeitserleben	++		~		
Lebenssinn					++
Achtsamkeit (total)					~
Stressreaktivität					~
Behandlungsassoziierte Merkmale					
Stationäre Behandlungen (Dauer)	++		++	++	
Nutzung ambulanter Gesundheitsdienste	~				
Stabile Psychopharmakotherapie		++			

*PIPE Psychoedukation und kognitiv-motivationale Therapie im Einzel- und Familiensetting, TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen, [1] Ergebnisse nach 30 Monaten

Chanen et al. (2022) *[441]* haben die Wirksamkeit von 3 Frühinterventionen für **Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD)** in einer frühen Erkrankungsphase bewertet. In dieser Studie erhielten die Teilnehmenden entweder (1) HYPE (Helping Young People Early), ein spezielles BPD-Behandlungsmodell für junge Menschen, kombiniert mit wöchentlicher kognitiv-analytischer Therapie (CAT); oder (2) HYPE in Kombination mit einer wöchentlichen Befriending-Psychotherapie als Kontrollbedingung oder (3) ein allgemeines jugendpsychiatrisches Behandlungs-Modell (YMHS), kombiniert mit Befriending (Tabelle 10, Tabelle 16). Unabhängig von der Gruppe gab es zwischen der Baseline bis zum 12-Monate-Zeitpunkt eine Verbesserung bei den primären und sekundären Ergebnissen, mit Ausnahme des Schweregrads des Substanzkonsums und der Zufriedenheit der Teilnehmenden. Letztere blieb über alle Zeitpunkte hinweg hoch. Geplante Vergleiche (YMHS + Befriending vs. HYPE; HYPE + CAT vs. Befriending) zeigten, dass weder das Versorgungsmodell noch die psychotherapeutische Intervention mit einer höheren Veränderungsrate der psychosozialen Funktionsfähigkeit bis zum primären 12-Monats-Endpunkt verbunden war. HYPE war YMHS + Befriending in Bezug auf die Teilnahme an der Behandlung (Median [IQR], 22 [19] vs. 3 [16] Kontakte; mediane Dauer, 200 [139,5] vs. 94 [125] Tage) und den Abschluss der Behandlung (44 von 92 [47,8 %] vs. 9 von 47 [19,2 %]) überlegen. HYPE + CAT war dem Befriending in Bezug auf die Teilnahme an der Behandlung (Median [IQR], 12 [16,5] vs. 3 [9,8] Sitzungen) und den Abschluss der Behandlung (24 von 46 [52,2 %] vs. 29 von 93 [31,2 %]) überlegen. Die Frühintervention bei BPD schien in dieser Studie nicht von der Verfügbarkeit einer spezialisierten Psychotherapie abhängig zu sein *[441]*.

Tabelle 16: Effekte von Frühintervention bei Menschen mit ersten Episoden einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Autor/Jahr	**Chanen et al. 2022** *[441]*	
Vergleichs-	**HYPE + CAT vs. HYPE + Befriending**	**HYPE vs. YMHS + Befriending**

Gruppen		
Mermale klinischer Recovery		
Depressivität	~	~
Schwere Borderline-Symptomatik	~	~
Substanzmissbrauch	~	~
Suizidale Gedanken/Absichten	~	~
Mermale funktionaler Recovery		
Soziales Funktionsniveau	~	~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
Behandlungskontinuität	++	++
Behandlungszufriedenheit	~	~

HYPE Helping Young People Early; CAT, cognitive analytic therapy; YMHS allgemeines jugendpsychiatrisches Behandlungs-Modell; TAU-Treatment as usual; ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe im Gegensatz zu den anderen Gruppen insgesamt; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber den anderen Gruppen insgesamt; ~ Ergebnisse vergleichbar in allen Gruppen

Zusammenfassende Bewertung

Wenngleich die **Evidenzbasis** nicht erschöpfend ist, so zeigen die Ergebnisse, dass verschiedene psychosoziale Interventionen auch in einem frühen Stadium schwerer psychischer Erkrankungen wirksam sein können. Das gilt insbesondere für Behandlungen durch spezialisierte Frühinterventionsdienste bzw. multiprofessionelle Teams. Auch für spezifische psychosoziale Interventionen wie Familieninterventionen, Psychoedukation, Supported Employment und Education, sozial-kognitives Training, Ansätze von Bewegung, Sport und Gesundheitsförderung, Peer-Support und Selbstmanagementansätze deuten sich Effekte an. Evidenz aus Wirksamkeitsstudien liegt hauptsächlich für die Behandlung von Menschen mit ersten Psychoseerfahrungen vor, für andere Erkrankungsbilder bzw. diagnoseübergreifende Ansätze existiert bisher kaum qualitativ hochwertige Evidenz.

Für die **Behandlung früher psychotischer Erkrankungsphasen** konnte zum einen Evidenz für die Behandlung durch spezialisierte multiprofessionelle Frühinterventionsdienste und zum anderen für umschriebene psychosoziale Interventionen, die häufig im Rahmen spezialisierter Frühinterventionteams durchgeführt wurden, identifiziert werden. In Übersichtsarbeiten und Metaanalysen wurden positive Effekte auf verschiedene Outcomeparameter evident. Angesprochen wurde eine verbesserte Gesundung und höhere Remissionsraten *[410]*, höhere Behandlungskontinuität bzw. Reduktion von Behandlungsabbrüchen *[410][407][408][445]*, eine reduzierte stationäre Behandlungsnotwendigkeit bzw. -dauer *[410][407][417]*, ein verbessertes psychosoziales Funktionsniveau *[410][407]*, eine verbesserte berufliche und soziale Teilhabe *[407][408]*, eine verbesserte psychopathologische Symptomatik *[407][445]* sowie Reduktion der Positiv- und Negativsymptomatik *[407]* und der Rezidivraten *[407][417]* sowie eine höhere Lebensqualität *[407][445]*. Signifikant weniger Patient:innen in der Interventionsgruppe brachen die Studien vorzeitig ab *[410]*. Es gab einen klaren Unterschied zwischen spezialisierter Frühintervention und TAU zugunsten der Frühintervention bezüglich der Behandlungszufriedenheit *[410]*. Eine bessere Teilhabe an Bildung und Arbeit und ein besseres globales Funktionsniveau schienen v. a. mit Angeboten von Bildung und beruflicher Entwicklung sowie von Familieninterventionen verbunden. Die Überlegenheit der spezifischen multiprofessionellen Behandlung war über fast alle Behandlungszeitpunkte hinweg konsistent (6, 9 bis 12 und 18 bis 24 Monate) *[407]*. Eine langfristige Nachbeobachtung (mehr als 60 Monate nach der Behandlung) führte zu keinen klaren Unterschieden *[410]*. Es zeigten sich zudem schwache Hinweise darauf, dass eine zeitliche Ausweitung der teambasierten Behandlung gegenüber Standard-SEI + TAU auf 5 Jahre zu einer Reduktion von Behandlungsabbrüchen führen kann. Insgesamt ist die Evidenzlage hierzu als unsicher zu bewerten *[1212]*.

In der aktuellen systematischen Evidenzrecherche ließen sich für **verschiedene umschriebene psychosoziale Interventionen** positive Wirksamkeitsnachweise aufzeigen:

- Zu der überwältigenden Evidenz für **Supported Employment** (SE) bei schwerer psychischer Erkrankung zeigten sich auch in ersten Studien zu SE bei Menschen mit Ersterkrankung positive Effekte auf die berufliche Beschäftigung und Inanspruchnahme von Sozialleistungen *[436][455][437][408]*, das gilt auch für Supported Employment und Educationen *[454][437]*.
- Die Wirksamkeit insbesondere **sozialkognitiver Trainingsansätze** bei Menschen mit erster Psychose wurde bisher kaum untersucht. In zwei von drei Studien wurden Auswirkungen in verschiedenen Bereichen der sozialen Kognition berichtet (vgl. *[409]*). Hervorzuheben ist die Untersuchung von Eack et al. (2009) *[420]*; welche einen Effekt auf die Funktionsfähigkeit, einschließlich der Einbindung in soziale Beziehungen und die Arbeitsleistung fanden. Das sozial-kognitive Training war hierbei in ein spezifisches Frühinterventionsprogramm eingebettet und lief über 24 Monate.

- **Familieninterventionen** wurden v. a. mit Effekten auf die Rückfallwahrscheinlichkeit beschrieben. Bis zu 24 Monate lang zeigte das geschätzte relative Risiko eine 58 %ige Verringerung des Rückfallrisikos, weniger Tage im Krankenhaus und weniger psychotische Symptome sowie eine deutliche Verbesserung der psychosozialen Funktionalität. Diese Verringerungen waren im Vergleich zu TAU und TAU plus anderen aktiven Therapien beobachtbar *[423]*.
- **Interventionen zur allgemeinen Gesundheitsförderung und Gewichtsreduktion** führten in einer Studie zu einer geringeren Gewichtszunahme gegenüber einer Routinebehandlung (Alvarez-Jiménez et al. 2010); in einer weiteren Studie zeigte sich kein Effekt auf das Gewicht, aber ein tendenzieller Effekt hinsichtlich einer gesünderen Ernährung *[428]*. Im Zusammenhang mit den Ergebnissen wird die Bedeutung eines präventiven Ansatzes und einer intensiveren Intervention diskutiert.
- **Bewegungs- und Sporttherapie** in einer frühen Erkrankungsphase bewirkte eine positive Veränderung der psychopathologischen Symptomatik *[433]*, der psychosozialen Funktionalität *[433][434]*, der kognitiven Fertigkeiten *[434]* und eines speziellen Entzündungsparameter, der wiederum in signifikantem Zusammenhang mit der Verringerung depressiver Symptome stand *[435]*; allerdings zeigte sich kein Effekt auf das Gewicht und den BMI *[433]*.
- Die in den identifizierten Studien untersuchten **Psychoedukationsprogramme** wurden durch verschiedene Professionen angeboten und orientierten sich sehr am Bedarf der Teilnehmenden. Alle Studien wurden in einem ambulanten Setting durchgeführt. Teilnehmende waren Menschen mit einer ersten psychischen Erkrankung bzw. Menschen mit einer ersten Episode einer Psychose. Es zeigten sich positive Effekte auf die psychische Gesundheit *[425][426][432][431]*, die Einsicht in die Erkrankung und Behandlung *[425][426]*, das Selbstwirksamkeitserleben *[425]*, die Lebensqualität *[426]* sowie die Hospitalisierungsdauer *[425] [426]*. Bei gleichzeitiger Einbeziehung von Familienangehörigen ließen sich zudem Rückfallraten *[440][432]* reduzieren und Alltagsfunktionen verbessern *[432]*.
- **Peer-geleitete Ansätze** zeigten sich familiengeführt effektiv hinsichtlich der allgemeinen Funktionsfähigkeit in den Familien, der Verringerung der Dauer der Krankenhausaufenthalte und des Belastungserlebens *[429]*. Eine Peer-geleitete Self-Management-Intervention schien gegenüber einer Psychoedukationsgruppe und TAU effektiv bezogen auf die Genesung, die psychosoziale Funktionsfähigkeit, die psychotischen Symptome sowie die Dauer von stationären Behandlungszeiten *[430]*.
- Auch **Ansätze zur Unterstützung des Selbstmanagements mittels digitaler Technologien** können eingebettet in eine spezialisierte Frühintervention zu zusätzlichen positiven Effekten auf die berufliche Teilhabe und die Inanspruchnahme von Krisendiensten führen *[438]*. Es braucht spezifische Ansätze, um die Nutzungsraten zu erweitern *[439]*.

Im Vergleich zu Einzelkomponenten-Interventionen waren **Multikomponenten-Interventionen** mit den größten Fortschritten verbunden *[408]*.

In **Subgruppenanalysen** zeichneten sich Vorteile bei längerer Interventionsdauer (> 6 Monate) gegenüber kürzerer Dauer ab *[408]*. Ähnlich verhielt es sich bei einem Vergleich auf der Grundlage der Anzahl der Sitzungen *[408]*. Die Effekte waren geringer in den Studien, in denen eine aktive Kontrollgruppe genutzt wurde *[408]*. Eine gemeindebasierte Intervention schien einer klinikbasierten Intervention überlegen *[408]*.

In der **Behandlung früher bipolarer Erkrankungsepisoden** lässt sich durch Familienorientierte Therapie (FFT) möglicherweise die Zeit bis zum Eintreten von Rückfallereignissen in eine akute Erkrankungsphase verlängern. Die Wirksamkeit einer spezialisierten multimodalen ambulanten Versorgung (leitlinienkonforme pharmakologische Interventionen und gruppenbasierte Psychoedukation nach Entlassung) gegenüber TAU zeigte sich v. a. in einem reduzierten Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme. Eine strukturierte Gruppenpsychoedukation führte in einer RCT gegenüber einer supportiven Gruppenintervention zu einer signifikanten Erweiterung der Zeit bis zum Wiederauftreten einer Episode, allerdings nur bei den Teilnehmenden mit weniger/gleich 6 früheren Episoden *[411]*.

In der aktuellen Suche wurden keine Studien zur **Frühintervention bei Depression** identifiziert. Aus einem Meta-Review zur Behandlung von Patient:innen mit einer ersten schweren depressiven Störung ließ sich eine Behandlung durch selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) in Kombination mit einer Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie) ableiten *[1213]*.

Zur **Frühintervention bei Persönlichkeitsstörungen** liegen bisher kaum randomisierte kontrollierte Studien vor, in denen die Erkrankungsphase zuverlässig spezifiziert wurde (vgl. *[1215]*). In der aktuellen Suche wurde eine RCT identifiziert, in der die Wirksamkeit von 3 Frühinterventionen für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung (BPD) in einer frühen Erkrankungsphase untersucht wurde. Es wurden kaum Effekte beobachtbar *[441]*. Die Autor:innen leiten ab, dass eine Frühintervention wahrscheinlich wirksamer ist, wenn sie eine wenig stigmatisierende und auf die Bedürfnisse junger Menschen ausgerichtete Dienstleistungskultur umfasst. Wesentliche Elemente der Behandlung scheinen ein Modell zum Verständnis der BPD, ein Case Management und die Behandlung von gleichzeitig auftretenden funktionellen, körperlichen und psychopathologischen Schwierigkeiten zu sein. Die Frühintervention bei BPD ist möglicherweise nicht so sehr von der Verfügbarkeit einer spezialisierten Psychotherapie abhängig *[441][1215]*.

Im Rahmen der aktuellen Suche wurden keine Studien zu **Frühinterventionen bei Zwangserkrankungen** identifiziert. Auch Zwangserkrankungen sind weit verbreitet, treten früh im Leben auf und nehmen in der Regel einen chronischen, beeinträchtigenden Verlauf.

Trotz der Verfügbarkeit wirksamer Behandlungen ist die Dauer der unbehandelten Erkrankung hoch (bis zu etwa 10 Jahren bei Erwachsenen) und geht mit erheblichem Leid für die Betroffenen und ihre Familien einher. In einem internationalen Konsensstatement eines Gremiums klinischer Experten sowie Menschen mit eigenem Erfahrungshintergrund werden die negativen Auswirkungen einer verzögerten Behandlung auf die klinischen Ergebnisse dokumentiert und die Bedeutung einer frühzeitigen klinischen Intervention unterstrichen. Es wird ein ungedeckter Bedarf an Frühinterventionsdiensten für Zwangsstörungen weltweit konstatiert *[1216]*.

Empfehlungen aus Leitlinien: In verschiedenen nationalen und internationalen Leilinien zur Behandlung psychotischer Erkrankungen (letztere sind älter als 5 Jahre) wird insbesondere die Behandlung durch spezialisierte Frühinterventionsdienste, welche ein umfassendes Spektrum an pharmakologischen, psychotherapeutischen, sozialen, beruflichen und pädagogischen Interventionen bereitstellen können *[365][261]* bzw. eine multiprofessionelle Behandlung für Menschen mit Ersterkrankung empfohlen (**DGPPN e.V. 2025, Schizophrenie**). Darüber hinaus wird die Bedeutung nicht-pharmakologischer Ansätze betont und neben den Frühinterventionsdiensten, insbesondere Familienpsychoedukation und Familiengruppentherapie, unterstützte Bildung und Beschäftigung sowie Interventionen zur Unterstützung eines gesunden Lebensstils empfohlen *[261]*. Auch in anderen diagnosespezifischen Behandlungsleitlinien wird Frühintervention- wenig spezifiziert – empfohlen, obgleich kaum bisher Evidenz existiert *[2] [251]*.

PICO

Population: Menschen mit neu aufgetreten Psychosen
Intervention: spezialisierte Frühinterventionen
Vergleichsintervention: herkömmliche Therapie

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** SFI	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Abbruch der Behandlung (nach Beendigung der Intervention)	Relatives Risiko 0,5 (CI 95% 0,31 — 0,79) Basierend auf Daten von 630 Patienten und 3 Studien. [1] (randomisierte kontrollierte Studien)	**150** pro 1000 Differenz:	**75** pro 1000 **75 weniger pro 1000** (CI 95% 103 weniger — 31 weniger)	**Hoch** Hochgestuft aufgrund von Große Wirkung, Aufgrund von unzureichender Präzision [2]	SFI verringert das Risiko für Behandlunsabbrüche nach der Intervention signifikant stärker als TAU
Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus (nach Beendigung der Intervention)	Relatives Risiko 0,91 (CI 95% 0,82 — 1) Basierend auf Daten von 1.145 Patienten und 4 Studien. [3] (randomisierte kontrollierte Studien)	**566** pro 1000 Differenz:	**515** pro 1000 **51 weniger pro 1000** (CI 95% 102 weniger — 0 weniger)	**Hoch** Aufgrund von unzureichender Präzision, Hochgestuft aufgrund von Große Wirkung [4]	SFI verringert das Risiko für eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus nach der Intervention signifikant stärker als TAU
Globaler Zustand Recovery (nach Beendigung der Intervention)	Relatives Risiko 1,41 (CI 95% 1,01 — 1,97) Basierend auf Daten von 194 Patienten und 2 Studien. [5] (randomisierte kontrollierte Studien)	**516** pro 1000 Differenz:	**728** pro 1000 **212 mehr pro 1000** (CI 95% 5 mehr — 501 mehr)	**Niedrig** Aufgrund von unzureichender Präzision, Aufgrund von schwerwiegender Indirektheit [6]	SFI verbessert Recovery signifikant stärker als TAU
Anzahl der Tage in einem psychiatrischen	Niedriger ist besser Basierend auf Daten von 547 Patienten und 1	Differenz:	**MD 27 weniger** (CI 95% 0,32 weniger — 53,68	**Niedrig** Aufgrund von unzureichender	SFI verringert die durchschnittliche Anzahl der Tage in der psychiatrischen Klinik nach

Endpunkt Zeitrahmen	**Ergebnisse und Messwerte**	**Vergleichsintervention** TAU	**Intervention** SFI	**Vertrauenswürdigkeit der Evidenz** (Vertrauenswürdigkeit der Evidenz)	**Zusammenfassung**
Krankenhaus (nach Beendigung der Intervention)	Studien. [7] (randomisierte kontrollierte Studien)		weniger)	Präzision [8]	der Intervention signifikant stärker als TAU
Funktionsfähigkeit (nach Beendigung der Intervention)	Gemessen mit: Global Assessment of Functioning – GAF Höher ist besser Basierend auf Daten von 467 Patienten und 2 Studien. [9] (randomisierte kontrollierte Studien)	Differenz:	**MD 0,37 Größer** (CI 95% 0,07 Größer — 0,66 Größer)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Indirektheit [10]	standardisierte Mittelwertdifferenz von 0.37 stellt eine signifikante und moderate Effekt-Größe dar
Behandlungs-zufriedenheit (nach Beendigung der Intervention)	Gemessen mit: Client Satisfaction Questionnaire; Verona service satisfaction scale Höher ist besser Basierend auf Daten von 463 Patienten und 2 Studien. [11] (randomisierte kontrollierte Studien)	Differenz:	**MD 0,69 Größer** (CI 95% 0,51 Größer — 0,88 Größer)	**Niedrig** Aufgrund von schwerwiegendem Risiko für Bias, Aufgrund von schwerwiegendem Indirektheit [12]	SFI erhöht die Behandlungszufriedenheit nach der Intervention signifikant stärker als TAU

1, 5. Systematic review [410] Systematic review
2. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: keine.** Weite Konfidenzintervalle (Einschätzung: durch Autoren der Arbeit). **Publikationsbias: keine. Upgrade: große wirkung.**
3, 7, 9, 11. Systematic review [410]
4. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Weite Konfidenzintervalle, Wenige Teilnehmer(<100) /(100-300) (Einschätzung durch Autoren der Studie). **Publikationsbias: keine. Upgrade: große wirkung.**
6. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: schwerwiegend.** Unterschiede zwischen den relevanten und bericheten Endpunkten: (keine Patientenrelevante Endpunkte, Surrogatendpunkte). **Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Weite Konfidenzintervalle. **Publikationsbias: keine.**
8. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: keine. Unzureichende Präzision: schwerwiegend.** Weite Konfidenzintervalle, Wenige Teilnehmer(<100) /(100-300), Daten von nur einer Studie. **Publikationsbias: keine.**
10, 12. **Risiko für Bias: schwerwiegend.** Inadequate/lack of blinding of outcome assessors. **Inkonsistenz: keine. Indirektheit: schwerwiegend.** Durchschnittswerte von Skalen wurden zur Messung des Ergebnisses verwendet, anstatt einer klinisch wichtigen Veränderung. **Unzureichende Präzision: keine. Publikationsbias: keine.**

Referenzen

410. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. The Cochrane database of systematic reviews 2020;11(11):CD013288 Pubmed Journal

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 11 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Zugang & Erstkontakt zum Hilfesystem“**
Empfehlungsgrad **EK**	Der **Zugang** der Menschen mit ersten Episoden psychotischer oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen zu Hilfen sollte durch breitflächige, niederschwellige und multimodale Ansätze (Information, Aufklärung, Schulungen für beteiligte Akteur:innen, Awareness-Kampagnen für die allgemeine Öffentlichkeit) erleichtert werden. Gleichzeitig soll bei **Erstkontakt mit dem Hilfesystem** der Individualität der Betroffenen und der Bedürfniszentrierung höchste Hat beigemessen werden, um die Behandlungsbereitschaft bzw. das Engagement der Betroffenen für eine Behandlung von Beginn an zu erhöhen. Der Fokus soll auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung und dem therapeutischen Dialog liegen. Nach Möglichkeit sollen nahe An-/Zugehörige oder Vertrauenspersonen einbezogen und Beziehungsabbrüche verhindert werden. In der Behandlungsplanung sollten die Prinzipien der Partizipativen Entscheidungsfindung berücksichtigt werden.
Konsensstärke	**Konsens (84 %)** **Abstimmungsergebnis vom 05.09.2023**

Rationale

Die **Belastungen durch eine schwere psychische Erkrankung** sind bereits in den frühen Stadien der Krankheit sehr hoch. Dies unterstreicht die gravierenden Auswirkungen der Erkrankungen schon zu Beginn und die Bedeutung einer multidisziplinären Behandlung, die psychosoziale Interventionen in einem frühen Stadium einschließen. Die Ziele einer koordinierten, auf ersterkrankte Menschen spezialisierten, multiprofessionellen Frühintervention sind primär die Einbindung in die Behandlung und die Verhinderung von Behandlungsabbrüchen, die Reduktion von Rezidiven und Rehospitalisierungen und die Stärkung psychosozialer Funktionen und der Inklusion in alle Lebensbereiche. Psychosoziale Interventionen, insbesondere wenn sie als Teil einer umfassenden und multiprofessionellen Behandlung und gemeindenah angeboten werden, sind mit erheblichen Verbesserungen verschiedener Outcomeparameter verbunden.

9.3 Gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlungsansätze

Überblick über ausgewählte gemeindepsychiatrische Ansätze

Im Sinne einer ausgewogenen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen (engl. Balanced Care) kommt den ambulanten und gemeindebasierten Diensten eine große Bedeutung zu *[462]*. Angestrebt wird dabei eine psychiatrische Gesundheitsversorgung, die möglichst nah an der Alltagsumgebung der Betroffenen angesiedelt ist, gut koordiniert wird und die Krankenhausaufenthalte möglichst minimiert. Die psychiatrischen Kliniken behalten eine wichtige absichernde Funktion *[463]*. Für die Erbringung von **Leistungen zur ambulanten und gemeindenahen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stehen in Deutschland verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Neben niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten stehen multiprofessionelle Angebote, wie sie häufig Psychiatrische Institutsambulanzen oder auch Sozialpsychiatrische Dienste bieten, zur Verfügung. Ein großer Anteil der Versorgung wird in psychosozialen Bereichen durch Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, z. B. in Form ambulanter psychosozialer Betreuung, in Tagesstätten, Kontaktstellen oder beispielsweise auch im Rahmen psychiatrischer Pflege und Soziotherapie geleistet. In der Leitlinie wird an mancher Stelle noch der Begriff der „Integrierten Versorgung“ genutzt. Dieser entsprach der gesetzlichen Norm nach §§ 140a ff. SGB V; wurde mittlerweile durch den Begriff der „Besonderen Versorgung“ ersetzt.

Im Kapitel **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 und diese „Modelle“ das Potenzial haben, die Versorgungssituation schwer psychisch kranker Menschen zu verbessern.

Die **Unterschiede zwischen den verschiedenen**, in Deutschland und anderen Ländern praktizierten **Versorgungsansätze** lassen sich mit Hilfe einzelner Dimensionen beschreiben. In Anlehnung an Becker T et al. (2008) *[464]* wurden die in dieser Leitlinie betrachteten ambulanten Versorgungsmodelle hinsichtlich Akuität der Erkrankung (akut vs. anhaltend/chronisch) sowie Teambasiertheit des Versorgungsmodells eingeordnet (Abbildung 3). Daneben wurde zwischen vorwiegend aufsuchender bzw. nicht-aufsuchender Behandlung unterschieden. Dabei kann der Hausbesuch ein Baustein innerhalb jeder Behandlungsform sein. Eine weitere Dimension zur Einteilung der Modelle ist die Krankheitsschwere. Während eine teambasierte Behandlung in einer generischen Form ausgerichtet nach dem Modell der britischen Community Mental Health Teams (CMHT) für

Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer definierten Versorgungsregion vorgehalten wird und nicht überwiegend aufsuchend erfolgt, ermöglichen die beiden teambasierten aufsuchenden Ansätze des Home Treatments (HT) bzw. der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und des Assertive Community Treatments (ACT) eine deutlich intensivere Behandlung durch spezialisierte mobile Behandlungsteams. Dabei behandelt ein HT-Team prinzipiell für die Dauer der psychischen Krise (ca. 2 bis 6 Wochen), ein ACT-Team jedoch über einen längeren Zeitraum hinweg (auch über mehrere Jahre). Die Behandlung durch ACT ist v. a. für Menschen mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder stationären Behandlungen relevant. ACT wird international als eine sehr spezifische Form des intensiven Case Managements angesehen, mit deutlichen eine Alleinstellung des Modells begründenden Charakteristika: Der Betreuungsschlüssel bei ACT ist intensiver, eine ausdrückliche aufsuchende Behandlung und Versorgung einschließlich der Deckung sozialer, Arbeits-, Wohn- und anderer Bedarfe zuhause und außerhalb von Institutionen stehen im Zentrum. Zudem ist ein teambasierter Ansatz kennzeichnend, und die Betreuungszeiten überschreiten den üblichen 8-Stunden-Tag.

Case Management (CM) als übergreifender Terminus kann als ein auf längere Zeit angelegter Komplementärdienst verstanden werden, mit dem Ziel der Koordinierung verschiedener medizinisch-psychiatrischer Dienste und Interventionen zur Bedarfsdeckung in unterschiedlichen Lebensbereichen **(Evidenzkapitel Case Management**). CM wird jedoch oft in der klassischen Form in Einzelverantwortung eines Case Managers meist ohne eine gemeinsame Teamverantwortung durchgeführt. Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang der Begriff des Intensive Case Management (ICM). ICM beschreibt ein gemeindepsychiatrisches Angebot mit niedrigerer Fallzahl pro Mitarbeiter als im Fall des CM (Personal: Patienten-Relation von < 1:20 (z. B. 1:10 bis 1:15)) *[465] [466]*. Das Konzept von ICM hat viele Gemeinsamkeiten mit ACT (Fokus im gemeindepsychiatrischen Setting auf Patient:innen mit starkem Unterstützungsbedarf, Schwerpunktsetzung auf praktische Inhalte) *[467]*. Unterschiede finden sich hingegen in der deutlich geringeren Betonung des Teamansatzes *[468]*. An verschiedenen Stellen werden die beiden intensiven Angebote gemeinsam behandelt *[469] [365]*, da v. a. in der Ausgestaltung der Versorgungssysteme eine zunehmende Annäherung der Konzepte zu verzeichnen ist. In der vorliegenden Leitlinie wird diesem Ansatz gefolgt.

Im deutschen Versorgungskontext sind sowohl Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) als auch Sozialpsychiatrische Dienste (SPD, SpDi) flächendeckend vorhanden. Beide sind multiprofessionell, in der Regel teambasiert und in ihren Leistungen teilweise vergleichbar mit den dargestellten internationalen Versorgungsansätzen. Zunehmend etablieren sich Anwendungen des CM-Ansatzes. Dagegen stehen aufsuchende teambasierte Behandlungsformen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie HT bzw. die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld oder ACT bisher lediglich vereinzelt zur Verfügung. Für die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld lässt sich ein Ausbau beobachten, der v. a. mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) zusammenhängt, mit dem die gesetzlichen Voraussetzungen für die Einführung aufsuchender stationsäquivalenter Behandlung (StäB) geschaffen wurden *[470]*. Es kann seither von einem stetigen Zuwachs ausgegangen werden; Anfang 2021 waren bundesweit 35 StäB-Anbieter bekannt *[471]*, in 2022 wurden rund 50 StäB durchführende Klinken gezählt *[472]*.

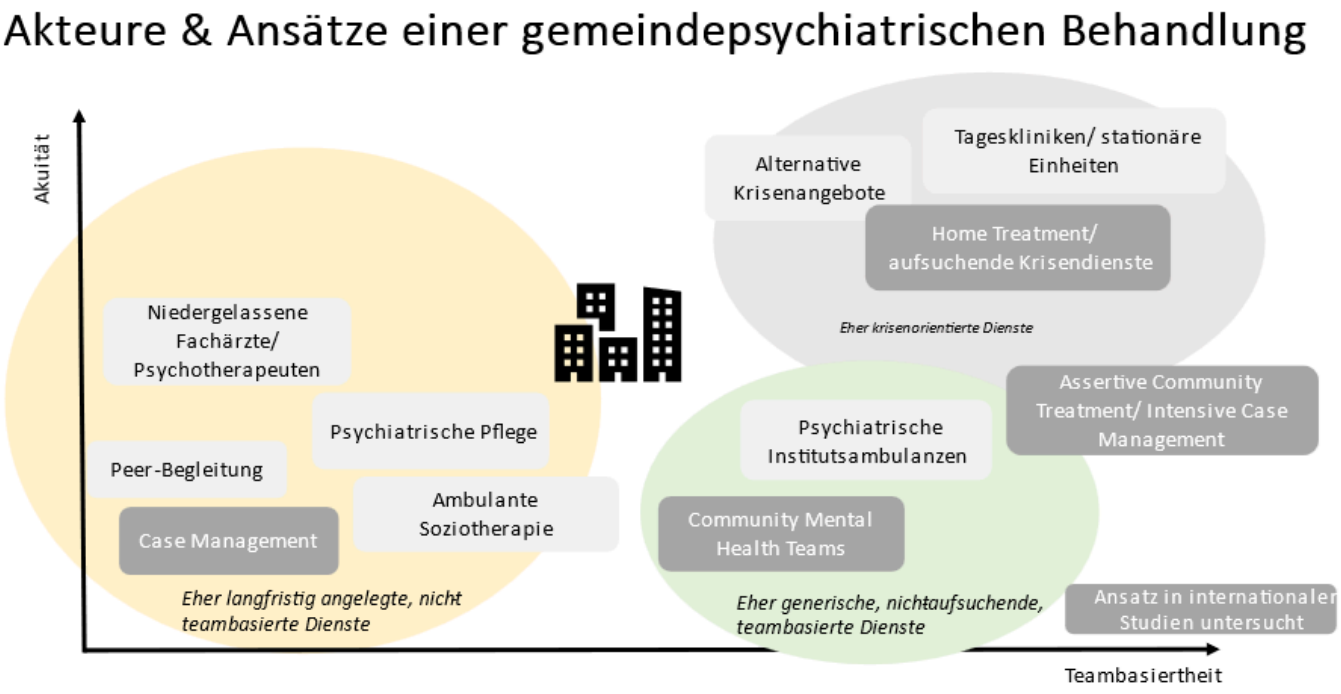


Abbildung 3: Darstellung ausgewählter gemeindepsychiatrischer Ansätze (mod. nach Becker T, et al. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie, 2008)

Im folgenden Kapitel wird auf internationale Ansätze multiprofessioneller Teams zur Behandlung in “Kommstruktur” und Zuhause sowie zur intensiv aufsuchenden Behandlung Bezug genommen und relevante internationale wissenschaftliche Evidenz aufgezeigt. Es gibt daneben ein sehr breites Spektrum an weiteren niedrigschwelligen, lebensweltorientierten oder auch aufsuchenden Hilfeformen, die von Kommunen, sozialen Diensten, Anbietern der Eingliederungshilfe, Soziotherapeut:innenen, Ergotherapiepraxen, Vereinen oder der Ambulanten Psychiatrischen Pflege angeboten

werden, die an anderer Stelle der Leitlinie beschrieben werden **(Kapitel Matrix des deutschen Versorgungssystems, Ergotherapeutische Interventionen**).

9.3.1 Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Hintergrund

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams oder Community Mental Health Teams (CMHTs), wie sie beispielsweise in Großbritannien aufgestellt sind, betonen die Teamkomponente und die Beteiligung von Mitarbeitenden unterschiedlicher Professionen. Sie ermöglichen gemeindenahe Komplexangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die sich an deren individuellen Hilfebedarfen orientieren. Die CMHTs sind das Kernstück der gemeindepsychiatrischen Versorgung in England und finden sich auch andernorts *[473] [474] [475] [476]*. Die so benannte Versorgungsform mag sich inhaltlich und begrifflich über verschiedene Angebote und Versorgungssysteme hinweg unterscheiden, beinhaltet i. d. R. aber eine konstante räumliche Zuständigkeit eines multiprofessionellen Teams nach Wohnort der Patient:innen. Innerhalb eines definierten Versorgungssektors sind diese Teams beispielsweise verantwortlich für die Erhebung des Versorgungsbedarfes, die Überwachung und Verschreibung von Psychopharmaka sowie die Sicherstellung verschiedener Formen psychosozialer Interventionen. Ziel ist es, die Betroffenen darin zu unterstützen, ein weitgehend unabhängiges Leben in ihrem Lebensumfeld zu führen und sie über alle Phasen der Erkrankung zu begleiten. Insbesondere im angloamerikanischen Raum werden gemeindepsychiatrische Teams durch spezielle Teams (Functional Teams) wie Kriseninterventionsdienste, aufsuchende multiprofessionelle Teams (Assertive Community Treatment) oder Frühinterventionsteams (Evidenzkapitel **Frühintervention)** unterstützt. Gleichfalls findet sich eine klare Abgrenzung zwischen multiprofessionellen gemeindenahen Teams und spezialisierten Teams, z. B. in der Ausprägung der Erreichbarkeit *[477]*.

Stark

Empfehlung 12 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung“**
Empfehlungsgrad **A**	In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	**Konsens (85 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Praktische Informationen

Versorgungsalltag: Multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams sind in der - in der englischen Literatur - untersuchten Form in Deutschland nicht implementiert. In Deutschland übernehmen niedergelassene Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzt:innen, sozialpsychiatrische Dienste, vor allem Teams von Psychiatrischen Institutsambulanzen und teilweise Gesundheitsämter in unterschiedlichem Maße diese Aufgabe (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems)**. Diese Behandlungsinstitutionen erfüllen jedoch oft nur Teile der Aufgaben multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams und sind unterschiedlich gut vernetzt.

Erforderlich sind verbindliche gemeindepsychiatrische Netzwerke zwischen den Leistungserbringern unter Berücksichtigung verschiedener Leistungen wie die der Soziotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der ambulanten Ergotherapie nach SGB V sowie zur Sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX.

Ergänzende Hinweise **Charakterisierung multidisziplinärer gemeindepsychiatrischer Teams**
Multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams sind dadurch charakterisiert, dass eine gemeinsame Verantwortung für eine definierte Gruppe von Patient:innen 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.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Zusammenfassende Bewertung

Die Befunde zur Effektivität multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams sind insgesamt spärlich und mindestens 20 Jahre alt (vgl. *[268]*). Mittlerweile stellen diese eine weit verbreitete und allgemein etablierte Behandlungsoption dar. Studien, in denen diese Form der Behandlung mit anderen Behandlungsformen (stationär, ambulant ohne multiprofessionelles Team) verglichen worden sind, zeigen Effekte hinsichtlich einer Reduktion stationärer Behandlungen auf. Ergebnisse aus Einzelstudien verweisen auf eine höhere Behandlungszufriedenheit der Patient:innen und Kosteneffektivität, die v. a. auf die Reduktion stationärer Behandlungen zurückzuführen ist. Insgesamt zeigte sich, dass die Behandlung durch ein multiprofessionelles Team gegenüber anderen gemeindebasierten oder stationären Behandlungsformen mindestens gleichwertig ist.

Mögliche Nachteile: In einer Studie waren Polizeikontakte in der Interventionsgruppe erhöht, allerdings waren die Daten heterogen. Eine weitere mögliche Erklärung dafür ist in der höheren stationären Behandlungszeit in der Kontrollgruppe zu sehen.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (CMHT) vs. herkömmliche Therapie (TAU), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen *[477]*
Evidenz[1]	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	**Behandlungszufriedenheit** signifikant höher in CMHT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	**Risiko stationärer Aufnahmer** sign. Geringer in CMHT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	**Anzahl Sterbefälle** tendenziell geringer in CMHT-Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Tendenzielle **Symptomreduktion** in CMHT-Gruppe im Vergleich zu TAU

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Die Abbruchraten in der Interventionsgruppe sind mit der in den Vergleichsinterventionen vergleichbar. Zufriedenheit höher in der Interventionsgruppe *[269]*.

Ressourcen

Versorgungsalltag: Multidisziplinäre gemeindepsychiatrische Teams sind in der in der englischen Literatur untersuchten Form in Deutschland nicht implementiert. In Deutschland übernehmen niedergelassene Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzt:innen, sozialpsychiatrische Dienste, vor allem Teams von Psychiatrischen Institutsambulanzen und teilweise Gesundheitsämter in unterschiedlichem Maße diese Aufgabe (**Matrixkapitel**). Diese Behandlungsinstitutionen erfüllen jedoch oft nur Teile der Aufgaben multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams und sind unterschiedlich gut vernetzt.

Erforderlich sind verbindliche gemeindepsychiatrische Netzwerke zwischen den Leistungserbringern unter Berücksichtigung verschiedener Leistungen wie die der Soziotherapie, der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, der ambulanten Ergotherapie nach SGB V sowie zur Sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX.

Hinweise zur Kosteneffektivität liefert eine ältere Untersuchung von Burns et al. (1993) *[481]*. Die Kosten für die Behandlung von Menschen mit einer Schizophrenie in dieser Untersuchung lagen doppelt so hoch wie die Kosten für Patient:innen 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.

Aufgrund der Reduktion stationärer Behandlungszeiten ist eine multiprofessionelle teambasierte Behandlung im Gemeindeumfeld möglicherweise kosteneffektiver.

Rationale

Die Evidenz aus randomisiert kontrollierten Studien zu multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams kommt ausschließlich aus Großbritannien. Die relevanten Studien wurden bereits in früheren Versionen dieser Leitlinie identifiziert *[365][477]*, und um eine systematische Übersichtsarbeit im Rahmen eines Leitfadens der European Psychiatric Association (EPA) ergänzt *[480]*. Aktuelle Evidenz hierzu liegt nicht vor.

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Autor:innen der NICE-Leitlinie Schizophrenie (2009) schlossen in ihre Metaanalyse drei Studien ein *[466] [478] [479]* (Tabelle 18). Im Rahmen des Updates der Leitlinie wurden keine weiteren Studien identifiziert *[365]*. Obwohl die Evidenz zur Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams hinsichtlich verschiedener Outcomes insgesamt schwach bleibt, zeige diese auf, dass teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung gegenüber stationärer oder konventioneller ambulanter 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 (Tabelle 19).

Tabelle 18: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams

Autor:innen **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Land**	**Patient:innen** **Diagnosen** **Anzahl**	**Intervention**	**Kontrollintervention**	**Länge des Follow-up's**
NICE 2014 *[365]*	3 RCTs: • Merson 1992 • Tyrer 1998 • Gater 1997 Großbritannien	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Psychosen und Schizophrenie: 65 %) N = 344	Community focused Multidisciplinary Team (k = 1) Community Team (k = 2)	Herkömmliche ambulante (k = 1) bzw. stationäre (k = 2) psychiatrische Behandlung	12 bis 104 Wochen
Malone et al. 2007 *[477]* **(Cochrane Review)**	3 RCTs: • Merson 1992 • Tyrer 1998 • Burns 1993 Großbritannien	Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (überwiegend Schizophrenien, depressive und bipolare Erkrankungen) N = 587	Community Mental Health Teams, Community Treatment Teams	Herkömmliche ambulante Begleitung durch Klinikpersonal ohne multi-disziplinäre Team-komponente	3 bis 12 Monate

Im Leitfaden der **European Psychiatric Association (EPA)** wird in Empfehlung 3 die Einführung einer multidisziplinären teambasierten psychiatrischen Versorgung in der Gemeinde mit Empfehlungsgrad B empfohlen. Es gebe gute Belege für die Wirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung zur Verbesserung verschiedener Behandlungsergebnisse; die Evidenz stützt sich hierbei auf die 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie. In einer übergeordneten Empfehlung wird auf die Notwendigkeit weiterer Forschungsprogramme zu psychosozialen Diensten verwiesen, in denen die Auswirkungen verschiedener Modelle zur Koordinierung der Versorgung auf verschiedene Outcomes auf Individual- und Gesundheitssystemebene systematisch untersucht werden (Empfehlungsgrad KKP) *[480]*.

Systematische Übersichtsarbeiten

Berücksichtigt wird hier weiterhin die Arbeit der Cochrane Collaboration zur Effektivität von CMHTs *[477]*. In allen drei eingeschlossenen Studien wurde die Wirksamkeit von CMHT bei Menschen mit schweren psychischen Störungen (neben depressiven, bipolaren und anderen Störungen v. a. schizophrene Erkrankungen) gegenüber herkömmlicher ambulanter Versorgung ohne die Besonderheit multidisziplinärer Teams (Versorgung durch Klinikmitarbeitende) untersucht. Die Behandlung im Rahmen von multidisziplinären gemeindepsychiatrischen Teams führte bei den Patient:innen zu signifikant geringerer Unzufriedenheit mit der Versorgung (Tabelle 19). Mit einer Number Needed to Treat (NNT) von 4 lag ein großer Effekt vor. Außerdem führte diese Form der Behandlung zu einer **Verringerung von stationären Aufnahmen um 20 Prozent**. Von insgesamt 280 Personen, welche durch ein multiprofessionelles gemeindepsychiatrisches Team begleitet wurden, erfolgte bei 87 Patient:innen eine stationäre Einweisung. In der Kontrollgruppe erfolgte in einem vergleichbaren Zeitraum von bis zu 12 Monaten in

105 von 307 Fällen eine stationäre Aufnahme. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme anderer Versorgungsleistungen. Das Management durch ein multiprofessionelles gemeindepsychiatrisches Team führte nicht zu signifikanten Unterschieden in den Mortalitätsraten, weder bezogen auf Suizide noch anderer Ursache, wenngleich sich ein Trend hinsichtlich reduzierter Suizidalität andeutet. Die Angaben zur größeren Effektivität von multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung auf die Symptomschwere im Vergleich zu den Kontrollinterventionen beruhen lediglich auf einer einzelnen Studie *[466]*. Nach drei Monaten zeigten in dieser Studie die Patient:innen der Interventionsgruppe etwas geringere Symptomausprägungen in der *Comprehensive Psychopathological Rating Scale* (CPRS). Die Konfidenzintervalle sind jedoch breit. CMHT-Management zeigte sich im Vergleich zu nicht-teambasierter Behandlung gleichwertig hinsichtlich der stationären Behandlungsdauer *[478]* sowie hinsichtlich sozialer Funktionen *[466] [481]*. Polizeikontakte waren in der Interventionsgruppe erhöht. Allerdings waren die Ergebnisse heterogen.

Tabelle 19: Effekte von multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung

	Metaanalyse **Cochrane Review**	**NICE-Leitlinie Schizophrenie**
	Malone 2007 *[477]*	**NICE 2014** *[365]*
Merkmale klinischer Recovery		
Symptomschwere	+[1]	~[1]
Merkmale funktionaler Recovery		
Soziale Funktionen	~[1]	~[1]
Polizeikontakte	-	
Behandlungsassoziierte Merkmale		
Stationäre Aufnahmen	++	~[1]
Stationäre Behandlungszeiten	~[1]	
Ambulante (Notfall)behandlungen	~	~[1]
Behandlungsabbrüche	~	~[1]
Behandlungszufriedenheit	++[1]	
Unerwünschte Ereignisse		
Sterbefälle	+[1]	
Kosteneffektivität		
Kosteneffektivität	++[1]	

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe oder verzerrte Daten; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe;[1] Daten basieren auf Einzelstudien.

Zusatzinformation: *Eine jüngere Arbeit beschäftigte sich im weitesten Sinne mit der* ***Strukturqualität von gemeindepsychiatrischen multiprofessionellen Teams*** *und entwickelte in diesem Zusammenhang eine 20-Item-Skala zur Bestimmung der Effektivität solcher Teams [482]. Im Ergebnis eines 2-stufigen qualitativen Prozesses wurden folgende Dimensionen ermittelt:*

- *Verbesserung des Wohlbefindens der Patient:innen wird angestrebt/erreicht (z. B. Unterstützung von Recovery)*
- *Therapeutische Beziehung (z. B. Offenheit wird gelebt)*
- *Kontinuität in der Begleitung wird angestrebt*
- *Effektive Zusammenarbeit im Team*
- *Engagement mit Angehörigen*
- *Kreatives Problemlösen im Team (z. B. neue Wege der Begleitung gehen)*
- *Respekt zwischen den einzelnen Teammitgliedern (z. B. jeder lernt vom Anderen)*

An anderer Stelle wurden Praktiken und Erfolgsfaktoren für eine multidisziplinäre Teamarbeit analysiert. Ein einheitliches Best-Practice-Modell konnte aus den Ergebnissen aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Ressourcenausstattung der Teams nicht aufgezeigt werden, aber es wurden Schlüsselkomponenten identifiziert (definierte Führung, klare Teamziele, ausreichend Zeit für Diskussionen, Kooperation mit anderen Leistungsanbietern und die Sicherstellung kultursensibler Praktiken) [483].

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 13 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Regionale Versorgungsverantwortung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams sollten allen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in einer definierten Region zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	**Konsens (93 %)** **Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024**

Rationale

Grundlage für die Empfehlung bildet das evidenzbasierte englischsprachige Versorgungsmodell (CMHT), welches mit einer konstanten räumlichen Zuständigkeit und Versorgungsverpflichtung verbunden ist *[477]*. Es ist anzunehmen, dass die Angebote gemeindepsychiatrischer multiprofessioneller Teams ihre Wirksamkeit für diese Personengruppe dann entfalten, wenn es eine konstante räumliche Zuständigkeit des Teams nach Wohnort der Patient:innen gibt. Übertragen auf die hiesige Versorgungslandschaft kann das gemeinde-psychiatrisch arbeitende Team Leistungen „aus einer Hand“ anbieten oder ein vertraglich zusammengeschlossener Verbund sein. In besonderen Versorgungsangeboten wird die außerklinische gemeinde-psychiatrische Versorgungsverpflichtung integriert mit der Vorhaltung stationärer bzw. stationsäquivalenter Behandlungsangebote für Krisensituationen; andernfalls wird sie in verbindlicher Kooperation mit psychiatrischen Kliniken wahrgenommen. Das Prinzip einer außerklinischen gemeindepsychiatrischen Versorgungspflicht ist bedeutsam, um die Versorgung besonders schwer erkrankter Menschen ins Zentrum der gemeindepsychiatrischen Behandlung zu stellen und auch in Situationen erschwerter Inanspruchnahme von Hilfen wirksam zu werden.

9.3.2 Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Hintergrund

Die **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld** (Home Treatment, HT) versteht sich als eine aufsuchende Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patient:innen in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete, multiprofessionelle Behandlungsteams und stellt eine Alternative zur stationären Standardbehandlung dar. Letztere soll durch die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld verkürzt oder vermieden werden. 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 *[484]*.

Wesentliche Bestandteile und Wirkfaktoren sind regelmäßige Hausbesuche, erforderlichenfalls mehrmals am Tag, die ärztlich-psychiatrische Beteiligung und die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeitenden. Weitere Kriterien einer effektiven Akutbehandlung im häuslichen Umfeld sind hohe Flexibilität der Mitarbeitenden bei der Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Patient:innen, der Einbezug des sozialen Netzwerkes, die konsequente Einbeziehung bedeutender sozialer Faktoren sowie die Unterstützung und Supervision der medikamentösen Behandlung. Nach Möglichkeit erfolgt eine kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise sowie die Gewährleistung einer entsprechenden Nachsorge. Die Entscheidung zu einer möglicherweise notwendigen stationären Behandlung muss durch das Behandlungsteam mitgetragen werden *[485]*.

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 *[486]*. 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 *[365]*. 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 *[487]*.

Stark

Empfehlung 14 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (96 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Praktische Informationen

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

Hingegen bis vor wenigen Jahren lediglich einige wenige lokale Versorgungsangebote existierten, die v. a. aus den vorhandenen regionalen Strukturen heraus und trotz erschwerter Finanzierungsvoraussetzungenentstanden sind *[87]*, ist die Situation heute eine andere. Positive Evaluationen dieser verschiedenen Angebote liegen vor *[887][1230][1231][1232][1233]*. Eine **Übersicht zu aufsuchenden psychiatrischen Behandlungsformen in Deutschland, Österreich und der Schweiz** verweist auf fünf Publikationen zu vier Studien mit insgesamt 2.857 Patient:innen, welche während einer psychischen Krise aufsuchend behandelt wurden *[1227]*. Drei der Untersuchungen sind kontrollierte, jedoch keine randomisiertenKohortenstudien *[1232][1230][1231][1234]* einer Studie liegt ein randomisiertes kontrolliertes Studiendesign zugrunde *[508]*; diese wurde im Evidenzteil des vorliegenden Kapitels berücksichtigt. In den Studien zeigten sich positive Ergebnisse hinsichtlich stationärer Behandlungsdauer und Kosten zugunsten der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Eine Reduktion der stationären Wiederaufnahmerate fand sich nicht. Bezogen auf die psychische Symptomatik und das psychosoziale Funktionsniveau war die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld mit der stationären Behandlung vergleichbar *[508] [1230]*oder dieser überlegen*[1231] [1234]*. Es ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit der Nutzenden mit der Behandlung *[508]*. Die unmittelbaren bzw. direkten Kosten der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld waren in einer Studie (Non-RCT) im Vergleich zur vollstationären Behandlung günstiger *[1231]*. Die Autor:innen leiten aus ihrer Arbeit und den vorliegenden Studien ab, dass es keine Hinweise dafür gebe, dass international gut abgesicherte Befunde für Deutschland nicht gelten könnten *[1227]*.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurden 2018 die gesetzlichen Voraussetzungen für die **Einführung aufsuchender stationsäquivalenter Behandlung (StäB nach §115d SGB V)** geschaffen. Voraussetzung ist die bestehende stationäre Behandlungsbedürftigkeit der Patient:innen. Die stationsäquivalente Behandlung hat durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams zu erfolgen, die aus ärztlichem und pflegerischem Dienst und mindestenseiner Person einer oder mehrerer weiterer Berufsgruppen (z. B. Psychologie/Psychotherapie, soziale Arbeit, Ergotherapie) bestehen müssen. Hinsichtlich der Inhalte, der Flexibilität und der Komplexität der Behandlung entspricht StäB einer vollstationären Behandlung. Das StäB-Team hat weiterhin sicherzustellen, dass mindestens ein Mitglied des multiprofessionellen Teams einmal täglich einen direkten Patientenkontakt durchführt. Telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr und die Möglichkeit von Notfallinterventionen und stationärer Aufnahmen zu jeder Zeit sind weitere Vorgaben *[471]*. Es kann seitdem von einem stetigen Zuwachs ausgegangen werden; Anfang 2021 waren bundesweit 35 StäB-Anbieter bekannt *[471]*, in 2022 wurden rund 50 StäB durchführende Klinken gezählt *[472]*. 2025 wird von etwa 70 Kliniken ausgegangen, die StäB implementieren. Von einer flächendeckenden Umsetzung kann jedoch keinesfalls gesprochen werden. Organisation und Behandlungsabläufe hängen sehr von den örtlichen Gegebenheiten und den vorhandenen Strukturen ab. Verschiedene, u. a. auch rechtliche Hürden erschweren den Umsetzungsprozess *[1106][471][1107]*. Insbesondere in ländlichen Regionen wird eine aufsuchende Behandlung erschwert. Telemedizinische Maßnahmen wie Blended-Care-Ansätze, bei denen Online-basierte Therapieinhalte mit der eigentlichen Behandlung kombiniert werden, und eine größere Flexibilität bei der Behandlungsintensität, z. B. die Abschaffung der täglichen Besuchsverpflichtung in StäB, könnten die Umsetzung der häuslichen Intensivbehandlung insbesondere in ländlichen Gebieten erleichtern *[1108]*. Handbücher zur Umsetzung von StäB liegen vor und führen in die Hintergründe und in die Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Behandlungsform ein *[472][1109]*.

NEU: Mittlerweile liegen die Ergebnisse der vom Innovationsausschuss der GKV geförderten Evaluierung zur Effektivität von StäB im Rahmen einer quasi-experimentellen Studie in 10 teilnehmenden Kliniken vor (die sogenannte ***AKtiV-Studie*** (Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter bzw. besonderer Versorgung) *[1106][1225]*. Nach 12 Monaten hatten die 200 initial mittels StäB behandelten Patient:innen eine mit 31,1 % deutlich niedrigere Wiederaufnahmerate in stationäre Behandlung im Vergleich zu den 200 initial stationär Behandelten, von denen im selben Beobachtungszeitraum 49,7 % stationär wiederaufgenommen werden mussten ($p > 0{,}001$). Auch die kombinierte Wiederaufnahmerate in jegliche stationäre, teilstationäre oder StäB-Behandlung war signifikant geringer (45,3 % im Vergleich zu 59 % nach stationärer Behandlung) *[1226]*. Die klinischen Ergebnisse, Lebensqualität, berufliche Situation und andere soziale Ergebnisparameter waren nach 12 Monaten in beiden Gruppen vergleichbar, wobei die Patient:innen direkt am Ende der ursprünglichen StäB-Behandlung zufriedener waren und sich mehr in die Behandlung einbezogen fühlten als stationär Behandelte *[1235]*. Während in der AKtiV-Studie Patient:innen im StäB initial im Durchschnitt länger im StäB in Behandlung blieben als die stationär behandelte Vergleichsgruppe (37 Tage StäB im Vergleich zu 28 Tagen stationär), waren die direkten und indirekten Kosten nach 12 Monaten in beiden Gruppen vergleichbar, so dass StäB als

kosteneffektiv eingeschätzt wurde *[1228]*. StäB kann als intensives Home Treatment (IHT) angesehen werden. Die Ergebnisse der AKtiV-Studie waren denjenigen internationaler Studien vergleichbar.

In der ***HoPe-Studie*** (Home Treatment with Peer Support) wurde eine Kombination aus aufsuchender Behandlung und Peer Support in einem randomisierten kontrollierten Design evaluiert, um weitere Belege für eine genesungsorientierte Behandlung psychiatrischer Patient:innen im Rahmen dieser Behandlungsform zu generieren *[1236]*. Die Ergebnisse sind noch nicht publiziert. Auch die Chance neuer digitaler Formen der Leistungserbringung sollte hinsichtlich ihres Potenzials im Kontext von StäB, die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von Krisenbewältigung, häuslicher Behandlung und aufsuchender Hilfen zu erhöhen, sorgfältig untersucht werden *[1237]*.

Eine Reihe von retrospektiven Kontrollgruppenstudien und qualitativen Studien in Deutschland weisen auf die **Wirksamkeit von StäB** hin. Im Vergleich mit einer vollstationären psychiatrischen Routinebehandlung erwies sich StäB hinsichtlich des Wiederaufnahmerisikos für eine stationäre Behandlung nicht unterlegen. Grundlage war eine retrospektive Verlaufsstudie, in der 43 Patient:innen aus der StäB-Gruppe mit einer gematchten vollstationären Kontrollgruppe (N = 43) verglichen wurden *[1238]*. Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass die stationsäquivalente Behandlung in verschiedenen Regionen und Organisationsformen und für viele Patient:innen gut umsetzbar ist und von den Betroffenen und ihren Angehörigen überwiegend sehr gut angenommen wird *[1239][1240]*.

Die **Umsetzung aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung** in akuten Erkrankungsphasen erfolgt in Deutschland in einigen Regionen auch im Rahmen der besonderen Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) und unter Beteiligung verschiedener regionaler Leistungserbringer. Zentrale Strukturkomponenten liegen hier in der Behandlung zu Hause, einer Erreichbarkeit rund um die Uhr, einem Case Management und teilweise einer familiär orientierten Psychoedukation sowie Krisenpensionen. Bezugstherapeut:innen sollen die Behandlungskontinuität sichern. Im Rahmen einer prospektiven kontrollierten Längsschnittstudie unter Einschluss von 511 Patient:innen konnte gezeigt werden, dass eine integrierte Versorgung gegenüber einer herkömmlichen ambulanten Behandlung zu Vorteilen hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit und einer stärker wahrgenommen Partizipation der Betroffenen an der Behandlung führt *[1241]*. Im Rahmen einer naturalistischen Studie unter Einschluss von 3.567 Patient:innen ergaben sich Hinweise, dass einzelne Komponenten wie die Multiprofessionalität eines Teams, ein multiprofessioneller Erfahrungshintergrund, die Fallzahl, die Nutzung von Behandlungsplänen sowie psychoedukative Angebote positive Effekte auf Patientenoutcomes (*Health of the Nation Outcome Scales*, HoNOS) haben können *[1242]*. In einer retrospektiven kontrollierten Prä-Post-Studie wurden 83 Patient:innen, die Home Treatment (HT) in Verbindung mit einer intensiven ambulanten Behandlung (IAB) im Rahmen eines Modellprojektes erhielten, mit 83 Patient:innen verglichen, die wie üblich stationär außerhalb des Modellprojektes behandelt wurden. Verglichen wurden Routinedaten hinsichtlich der Aufenthaltsdauer und der stationären Aufnahmerate im Krankenhaus in einem Nachbeobachtungszeitraum von 6 bzw. 12 Monaten. Teilnehmende im Modellprojekt mit Home Treatment waren in der ersten (Index-)Episode nicht signifikant seltener in stationärer Behandlung. Allerdings kam es in der Folge in der Interventionsgruppe im Zeitraum von 6 bzw. 12 Monaten zu einer signifikant geringeren Rate an stationären Aufnahmen und einer geringeren Verweildauer in der Klinik insgesamt *[1243]*.

Ergänzende Hinweise

Indikationsstellung für Behandlungen zu Hause in akuten Erkrankungsphasen

Eine **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld** erfordert immer eine umfassende initiale Beurteilung durch alle Beteiligten. Eine intensive Vernetzung mit den traditionellen, in die Akutbehandlung einbezogenen Institutionen (psychiatrische Kliniken, Ambulanzen, niedergelassene Psychiater:innen, andere Leistungsanbieter:innen) ist erforderlich. Für die Entscheidung über eine Aufnahme sollten die Vorgeschichte, die Art der Krankheitsepisode, akute Gefährdungen, Einschränkungen der Selbstsorge und der Alltagsbewältigung und die Präferenzen der Patient:innen berücksichtigt werden. Ebenfalls wichtig für die Indikationsstellung sind informelle soziale und familiäre Kontakte sowie die soziale Unterstützung. Letzteres gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Bedeutung von Familie und sozialer Faktoren in Zusammenhang mit dem Verlauf psychischer Erkrankungen. Die Behandlung durch ein aufsuchendes Kriseninterventionsteam eröffnet hierbei besondere Möglichkeiten.

Zusatzinformation: Orientierung bei der Implementierung von Behandlungsteams für die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

International gibt hierbei die *CORE CRT Fidelity Scale* (National Institute for Health Research (NIHR)) *[497]* Orientierung. 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 *[503]* und c) eines nationalen Surveys mit CRT-Manager:innen entwickelt. Die Skala bildet 39 Items ab; jedes Item umfasst 5 Score-Kriterien für die Beschreibung der Interventionstreue. Folgende vier Bereiche werden beschrieben: (1) Zugang und Überweisung, (2) Inhalte und Bereitstellung von Behandlung, (3) Personal- und Teamabläufe, (4) zeitliche und räumliche Aspekte. In Referenz auf diese Skala wurde ein deutschsprachiges Manual erstellt (20210608_Manual-4_Crisis_Resolution_Team_online.pdf (recover-hamburg.de). Auch für das niederländische

FACT-Modell liegt eine entsprechende Skala von Van Veldhuizen und Bähler vor, die von Lambert ins Deutsche übertragen wurde (https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07-/17-Fact-Manual-Deutsch_inkl-Qualita%CC%88tssicherungskala_010817_print_Osterkuss.pdf).

Außerdem hat eine AG unter der Leitung von Günther Wienberg im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums einen **Standard für „Gemeindepsychiatrische Zentren" in Deutschland** entwickelt, der sich eng an den Empfehlungen des aktuellen Evidenzkapitels orientiert und sich nicht auf Niedersachsen beschränkt *[521]*. Ziel war die Definition eines Standards für Strukturen und Prozesse Gemeindepsychiatrischer Zentren, die eine mobile, multiprofessionelle, komplexe und intensive ambulante Versorgung von Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel haben. Genutzt wurde ein Mix-Method-Ansatz unter Einbeziehung aller relevanten Interessengruppen, einschließlich Expert:innen und Dienstleistern von drei ZfGP-Modellprojekten in Niedersachsen. Im Ergebnis umfasst eine Checkliste 12 binäre und obligatorische Merkmalen sowie eine Modelltreue-Skala mit 45 skalierten Elementen in 9 Dimensionen. Der Standard orientiert sich an der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien".

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Unerwünschte Effekte

In den hier aufgezeigten RCTs finden sich keine soliden Hinweise hinsichtlich unerwünschter Effekte. Die Suizidraten scheinen bei multiprofessioneller Teambehandlung in Akutphasen und Standardbehandlung vergleichbar.

Aus den vorliegenden RCTs sind keine unerwünschten Ergebnisse bekannt. Allerdings wurde in einer Arbeit von Kapur und Kolleg:innen aus dem Jahre 2013 die **Möglichkeit steigender Suizidraten** unter der Behandlung eines CRHTs diskutiert. Die Datenbasis bildeten Routinedaten von 1.942 stationär behandelten Patient:innen in England *[514]*. Eine folgende retrospektive Beobachtung derselben Autorengruppe zeigte ein Absinken der Suizidrate unter der Bedingung CRHT zwischen 2003 und 2011 auf (von 15.3 auf 12.5 pro 10.000). Dabei sei die absolute Zahl bei generell gestiegener Behandlungszahl durch CRHTs um das Doppelte gestiegen und läge verglichen mit der Zahl an Suiziden, die aus stationärer Behandlung berichtet werden, höher. Besonders gefährdet seien möglicherweise Patient:innen kurz nach Entlassung, alleinlebend und nach kritischem Lebensereignis *[515]*. Eine weitere britische Studie verweist auf eine signifikant geringere Suizidrate nach der Implementierung verschiedener Veränderungen und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Versorgungssystem, wie z. B. der Einführung von CRHTs und der Implementierung von Leitlinienempfehlungen *[516]*. Die entscheidende Forderung, die sich aus diesen Beobachtungen ergibt, ist die nach geeigneten präventiven Strategien in allen Behandlungssettings *[517][518]*.

Als **Kontraindikationen für eine ambulante Akutbehandlung** durch ein mobiles Kriseninterventionsteam können erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung, also Situationen, bei denen eine zwangsweise stationäre Unterbringung notwendig wird, sowie Intoxikationen oder andere Notfälle gelten, welche auf somatischen Stationen behandelt werden müssen. Darüber hinaus gibt es weiter Faktoren, die vermehrt zu stationären Einweisungen führen können. Cotton und Kolleg:innen (2007) *[519]* werteten Daten aus drei Untersuchungen von Crisis Resolution Teams in London aus und ermittelten diejenigen Faktoren, die mit einer stationären Einweisung innerhalb von acht Wochen nach Auftreten der krisenhaften Zuspitzung assoziiert waren. Die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme war umso größer, je unkooperativer die Patient:innen mit der initial praktizierten Behandlung im häuslichen Umfeld waren und je mehr die Betroffenen sich selbst vernachlässigten bzw. gefährdeten. Zudem stieg die Wahrscheinlichkeit mit einem jüngeren Alter und in Abhängigkeit von notwendigen Zwangseinweisungen im Vorfeld und hing mit dem zeitlichen Auftreten der Krise zusammen (außerhalb gewöhnlicher Sprechzeiten, verbunden mit Vorstellung in Notfallambulanz) *[519]*. In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurde der Zusammenhang spezifischer Patientenmerkmalen mit dem Behandlungsergebnis von akuter Behandlung zu Hause untersucht. Insgesamt wurden 13 Studien in die systematische Überprüfung einbezogen. Ein erfolgreicher Behandlungserfolg hing mit einer Beschäftigung, einem regelmäßigen Einkommen, einer Angststörung und familiärer Unterstützung zusammen. Ein hoher Schweregrad der Symptome und frühere Krankenhausaufenthalte waren in den ausgewählten Studien mit einem schlechteren Behandlungserfolg verbunden *[520]*. Diese Daten zeigen einerseits, unter welchen Umständen eine ambulante Akutbehandlung besonders schwierig ist und möglicherweise mit einer stationären Aufnahme gerechnet werden muss, und andererseits, in welchen Fällen die ambulante Behandlung besonders intensiv und strukturiert durchgeführt werden sollte.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Moderat

GRADE	Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[495]*
Evidenz[1]	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Risiko stationärer Aufnahme sign. geringer in HT- Gruppe vs. TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Stationäre Behandlungszeit sign. geringer in HT- Gruppe vs. TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Behandlungsabbrüche sign. geringer in HT- Gruppe vs. TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Symptomschwere geringer in HT-Gruppe vs. TAU (nicht sign.)
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Behandlungszufriedenheit (Pat) sign. höher in HT- Gruppe vs. TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Behandlungszufriedenheit (Ang) sign. höher in HT- Gruppe vs. TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Belastungserleben (Ang) sign. geringer in HT- Gruppe vs. TAU
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Anzahl Sterbefälle kein Unterschied zwischen beiden Gruppen
	Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[508][505]*
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Allgemeine psychische Symptomatik kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Soziale Funktionalität kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Stationäre Behandlungstage nach 12/24 Monaten sign. Vorteil in HT
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Anzahl unfreiwilliger stationärer Aufnahmen kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Lebensqualität kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Behandlungszufriedenheit kein sign. Unterschied

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen, Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias (Leitlinienreport)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Die Abbruchraten in der Interventionsgruppe sind mit denen, der Vergleichsinterventionen vergleichbar. Verschiedene Untersuchungen verweisen auf eine verbesserte Behandlungszufriedenheit bei Patient:innen und Angehörigen. Erforderlich ist eine differenzierte Betrachtung und bei Indikationsstellung die Erhebung der Präferenzen der Patient:innen und Angehörigen.

Patienten- und Angehörigenerfahrungen

Ergebnisse aus den RCTs verweisen auf eine mindestens gleichwertige **Patienten- und Angehörigenzufriedenheit** mit der Behandlung durch eine solche aufsuchende Behandlung. In einer systematischen Übersicht quantitativer und qualitativer Arbeiten zu Erfahrungen der Nutzenden mit diesem Angebot wurden in diesem Zusammenhang drei bedeutende Themen extrahiert: (1) Zugang und Verfügbarkeit, (2) Gefühl einer höheren Akzeptanz der eigenen Person als „normal“ und (3) der Umgang mit der Krise im Alltag. Die Nutzenden schätzen den niedrigschwelligen Zugang und die rasche Hilfe bei Bedarf. Besonders positiv hervorgehoben wurden dabei die 24-stündige Verfügbarkeit des Teams an sieben Tagen die Woche, die Möglichkeit eines telefonischen Kontakts sowie flexible Überweisungsroutinen. Die Verfügbarkeit unmittelbarer Hilfe im häuslichen Kontext scheint einen selbstverständlicheren Umgang mit der Krise zu unterstützen, Patient:innen und Familien Sicherheit zu geben und sie in ihren Copingfertigkeiten zu stärken. Der Übergang zur Normalität nach einer Krise gelänge schneller. Positiv bewertet wurden durch die Nutzenden ein offener Umgang aller Beteiligten, die Koordination aller Hilfemaßnahmen durch das Team und eine gut organisierte Entlassplanung nach einer solchen Behandlung. Das zweite umfassende

Thema berührte Aspekte von Respekt, Verständnis und Vertrauen spüren, Ressourcen betonen, Verantwortung für den eigenen Recovery-Prozess übernehmen und Veränderungen bewirken. Voraussetzung dafür sei die tatsächliche Verfügbarkeit der Teammitarbeitenden bei Bedarf. Schließlich sei die Erfahrung, eine Krise mit der gebotenen Unterstützung „sicher" in der eigenen Wohnung zu bewältigen, eine sehr wichtige für die Betroffenen. Diese Erfahrung nähre Hoffnung und erhalte die Kontinuität der Alltagsroutine aufrecht. Daneben wurden negative Erfahrungen offengelegt; diese bezogen sich auf Diskontinuität in der Behandlung, eine zu kurz gefasste Nachbehandlung, Personalknappheit, lange Wartezeiten, mangelnde Informationsvermittlung zur Erkrankung und Behandlung *[511]*.

Angehörige schwer psychisch kranker Menschen schätzen an einer Integrierten Versorgung inklusive eines aufsuchenden Ansatzes die wahrgenommene Entlastung und substanzielle Unterstützung im Alltag der Familien. Die Befragten gaben an, sich hinsichtlich der übernommenen Verantwortung in der Begleitung des erkrankten Angehörigen weniger belastet und gleichzeitig stärker geschützt und stabilisiert zu fühlen. Sie fühlten sich in ihrer **Rolle als pflegende Angehörige** weniger allein gelassen. Eine wichtige Voraussetzung dafür sei die Behandlungskontinuität für den erkrankten Angehörigen *[512]*. Aus Patientenperspektive haben die Aspekte der Bedürfnisorientierung, der Erreichbarkeit der Serviceanbietenden rund um die Uhr, der Einbezug der Angehörigen sowie der aufsuchende Ansatz im Rahmen einer ambulanten sektorenübergreifenden und vernetzten Versorgung eine besondere Bedeutung. Insgesamt trage diese Versorgungsform zur Stärkung eines eigenverantwortlichen Lebens der Betroffenen bei *[513]*.

Die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen zur **Patientenzufriedenheit mit einer StäB-Behandlung** gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung (N = 9) verweisen aber auch auf unterschiedliche Zufriedenheitsfaktoren während der Behandlungszeit und das Erfordernis einer sehr auf das Individuum gerichteten Perspektive. Die „Funktion" der Mitpatient:innen, das Behandlungssetting, die Rahmenbedingungen und das Verhältnis zu den Angehörigen erwiesen sich als zentral für die Patientenzufriedenheit. Darüber hinaus können die Qualität der Therapie und die Beziehung zu den Behandelnden selbst einen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben, insbesondere durch eine gemeinsame Entscheidungsfindung. Während der StäB-Behandlung kann die Patientenzufriedenheit durch die Möglichkeit der Erledigung alltäglicher Aufgaben, die Nähe zu den Angehörigen, aber nicht so sehr zu den Mitpatient:innen gestärkt werden, während Befragte in stationärer Behandlung vor allem durch die Distanz zu ihrem Alltag und die Nähe zu den Mitpatient:innen zufrieden sind. Die Wahl des Behandlungssettings ist demnach von den individuellen Bedarfen abhängig und scheint ein Schlüsselfaktor für die Patientenzufriedenheit zu sein *[1224]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Versorgungsalltag: In Deutschland wird die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld seit vielen Jahren – an den regionalen Gegebenheiten orientiert (z. B. im Rahmen der integrierten bzw. besonderen Versorgung nach § 140a SGB V) unter Beteiligung verschiedener regionaler Leistungsanbieter lokal umgesetzt. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die psychiatrische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Stationsäquivalente Behandlung) als Krankenhausleistung eingeführt. Seither ist eine verstärkte Implementierung und wissenschaftliche Begleitforschung zu beobachten.

Eine randomisierte kontrollierte Studie zur Kosteneffektivität der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld bei 260 Patient:innen in psychischen Krisen stammt aus Großbritannien *[491] [502]*. 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. In der Schweizer Studie zeigte sich kein Effekt auf die gesamten durchschnittlichen Behandlungskosten über einen 24-monatigen Beobachtungszeitraum: alle Behandlungsleistungen (stationär, tagesklinisch, aufsuchend, ambulant): HAT: 36.570 CHF (39.258) vs. 43.393 CHF (5.044); p = 0,051 *[508]*.

Zusatzinformation: *Sekundärdaten aus England zeigten, dass mit der Implementierung von CRHTs kein klarer Rückgang stationärer Behandlungen verbunden scheint (d. h., es bestand keine Korrelation). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Primary Care Trusts mit CRHTs und ohne CRHTs, weder vor noch nach der gezielten Implementierung der Teams, obwohl es durchaus weniger stationäre Aufnahmen in den Regionen mit CRHTs gab. Der Trend, der sich hier abbildet, verringert sich jedoch weiter über die Zeit. Als mögliche Erklärungen werden andere flankierende Maßnahmen zur Reduktion stationärer Behandlungen und eine mangelnde Umsetzung der Gatekeeping-Funktion an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Behandlung diskutiert. Hinzu käme, dass bei der Auswertung der Sekundärdaten Einzugsgebiete der Primary Care Trusts zugrunde gelegt wurden, deren Umfang keinesfalls durch CRHTs erreicht werden konnte [509].*

Es wird davon ausgegangen, dass eine Akutbehandlung gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung mindestens vergleichbar ist bezüglich des Ressourcenverbrauches.

Hinweise dazu lassen sich auch aus der ***AKtiV-Studie*** (Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter bzw. besonderer Versorgung) finden *[1106][1225]*. Nach 12 Monaten hatten die 200 initial mittels StäB behandelten Patient:innen eine mit 31,1 % deutlich niedrigere Wiederaufnahmerate in stationäre Behandlung im Vergleich zu den 200 initial stationär Behandelten, von denen im selben Beobachtungszeitraum 49,7 % stationär wiederaufgenommen werden mussten (p > 0,001). Auch die kombinierte Wiederaufnahmerate in jegliche stationäre, teilstationäre oder StäB-Behandlung war signifikant geringer (45,3 % im Vergleich zu 59 % nach stationärer Behandlung) *[1226]*. Während in der AKtiV-Studie Patient:innen im StäB initial im Durchschnitt länger im StäB in Behandlung blieben als die stationär behandelte Vergleichsgruppe (37 Tage StäB im Vergleich zu 28 Tagen stationär), waren die direkten und indirekten Kosten nach 12 Monaten in beiden Gruppen vergleichbar, so dass StäB als kosteneffektiv eingeschätzt wurde *[1228]*.

Rationale

Die bisher vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit der Akutbehandlung einer psychischen Erkrankungsepisode im häuslichen Umfeld in Form von RCTs 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. In der Mehrheit der Fälle nahmen Patient:innen mit schizophrenen Erkrankungen an den Studien teil.

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Im Rahmen der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie (2014) *[488]* wurde die Effektivität der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld untersucht. Hierfür wurden sechs RCTs identifiziert *[489] [490] [491] [492] [493] [494]*, die auch Bestandteil des aktuellen Cochrane Reviews (s. unten) sind (Tabelle 20).

Tabelle 20: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Autor:innen Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Patient:innen Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontrollintervention	Länge des Follow-up's
Leitlinie **NICE 2014** *[365]*	6 RCTs • Pasamanick et al. 1964 • Stein et al. 1975 • Fenton et al. 1979 • Hoult et al. 1983 • Muijen et al. 1992 • Johnson et al. 2005 Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patient:innen in psychischer Krise und stationärer Behandlungs-notwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N = 851	-Crisis Resolution and Home Treatment team (k = 1) -Behandlung zu Hause mit Kriseninter-vention (k = 5)	Herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	4 bis 104 Wochen
Review **Murphy et al. 2015*** *[495]* **(Cochrane Review)**	8 RCTs • Pasamanick et al. 1964 • Stein et al. 1975 • Fenton et al. 1979 • Hoult et al. 1983 • Muijen et al. 1992 • Fenton et al. 1998 • Johnson et al. 2005 • Howard et al. 2010 Australien, Kanada, UK, USA	SMI-Patient:innen in psychischer Krise und stationärer Behandlungs-notwendigkeit (Schizophrenien, Depressionen, Angststörungen etc.) N = 1.144 (N = 41-250)	Crisis Resolution and Home Treatment team (k = 1) -Behandlung zu Hause mit Kriseninter-vention (k = 5) - Krisenhäuser (k = 2)	Herkömmliche stationäre multi-professionelle psychiatrische Behandlung	3 bis 24 Monate

* Alle Interventionen griffen auf ein multiprofessionelles Team (Psychiater:in, Psycholog:in, Pflege, Ergotherapeu:int, Sozialarbeiter:in) zurück. Behandlung fand innerhalb und außerhalb herkömmlicher Sprechzeiten statt. In 6 der Studien war das Teampersonal über 24h täglich erreichbar, zwei Studien sahen den Kontakt außerhalb der herkömmlichen Behandlungszeiten über einen Anrufbeantworter und die Hilfe über die Klinik und die Polizeistation vor.

Im Rahmen dieser Leitlinie wurde beurteilt, ob die Behandlung einer akuten psychischen Krise bei schwerer psychischer Erkrankung außerhalb eines herkömmlichen stationären Settings möglich und ausreichend sein kann. Daneben war die Behandlungszufriedenheit ein entscheidendes Kriterium. Die Ergebnisse verweisen bei geringer Studienqualität auf eine reduzierte stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit bis zu zwei Jahren und höhere Behandlungszufriedenheit bei den Patient:innen (Tabelle 21).

Die 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.*

Zusatzinformation: *In England wurde die Bereitstellung von CRHTs mit dem National Health Service Plan 2000 vorangetrieben. Explizites Ziel war die Vermeidung stationärer Aufnahmen. Es erfolgte in den Folgejahren eine flächendeckende Implementierung solcher Teams, die sich jedoch mehr oder weniger an den inhaltlichen Kriterien, wie beispielsweise 24-stündige Verfügbarkeit oder die Übernahme der Gatekeeping-Funktion an der Schnittstelle ambulant-stationär, orientierten [496]. Eine Evidenzbasierung auf nationaler Ebene fehlte zum Zeitpunkt der Einführung. Mit dem Ziel einer Verbesserung und stärkeren Vereinheitlichung des CRHT-Angebotes wurde in der Folge eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt. 15 Teams erhielten ein einjähriges Service-Improvement-Programm. Primäres Outcome war die Patientenzufriedenheit (Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-8), N = 375); weitere Outcomes umfassten die Behandlungskontinuität, stationäre Behandlungsraten und -dauer, die Arbeitszufriedenheit in den Teams sowie den allgemeinen Gesundheitszustand. Zudem sollte die Modelltreue gemessen werden. Dazu wurde im Vorfeld die CORE (Crisis Resolution Team Optimization and Relapse Prevention) CRT Fidelity Scale entwickelt, welche 39 Kriterien umfasst [497]. Die Intervention basierte auf einer gezielten Unterstützung der Teams, praktizierte Angebote stärker an das Modell anzupassen und so das Versorgungsangebot zu verbessern. Elemente hierbei waren externe Reviews, Teamsitzungen, Coaching, Supervision und Training, Bildung von Service-Improvement-Gruppen und ein Austausch zwischen den teilnehmenden Teams z. B. über Collaborative Learning Events [498]. Zehn Kontroll-CRTs erhielten keine zusätzliche Unterstützung. Der Medianwert des CSQ-8 bei der Nachuntersuchung lag in jeder Gruppe bei 28. Der bereinigte Durchschnittswert war in der Interventionsgruppe um 0,97 höher als in der Kontrollgruppe [95 % KI: - 1,02 bis 2,97], was jedoch nicht signifikant war (p = 0,34). In den Interventionsteams gab es weniger stationäre Einweisungen, eine geringere Inanspruchnahme stationärer Betten und eine bessere psychische Gesundheit der Mitarbeitenden. Die Modelltreue stieg in den meisten Interventionsteams und war beim Follow-up signifikant höher als in den Kontrollteams. Für andere Ergebnisse gab es keine signifikanten Auswirkungen [499].*

Systematische Übersichtsarbeiten

Die Arbeit der Cochrane Collaboration *[495]* schließt acht ältere Arbeiten ein *[489] [500] [490] [491] [492] [493] [494] [501]*. Sechs Arbeiten untersuchten einen aufsuchenden Ansatz während einer psychischen Krise, zwei der Arbeiten untersuchten die Effektivität von sog. Krisenpensionen *[501] [500]*. Die Autor:innen berücksichtigten in der Auswertung mögliche Unterschiede in der Ausgestaltung der Interventionen. Es zeigte sich, dass die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld ein praktikabler und akzeptabler Behandlungsansatz für schwer psychisch kranke Menschen ist. Gegenüber stationärer Standardbehandlung führte eine solche Behandlung zu einer reduzierten stationären Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit um 25 Prozent innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 6 Monaten (1 RCT; N = 369; RR = 0,75 [95 % KI: 0,50 bis 1,13]) und einer reduzierten stationären Behandlungszeit von ca. 17 Tagen im selben Beobachtungszeitraum (1 RCT; N = 257; MD = - 17,30 [95 % KI: - 27,80 bis – 6,80]).

Die Behandlungszufriedenheit bei Patient:innen und Angehörigen war überwiegend höher und die Wahrscheinlichkeit von Behandlungsabbrüchen nach 6 und 12 Monaten um ca. 25 % signifikant reduziert (6 Monate: 5 RCTs; N = 718; RR = 0,73 [95 % KI: 0,55 bis 0,97]; 12 Monate: 4 RCTs, N = 594; RR = 0,74 [95 % KI: 0,56 bis 0,98]). Das Belastungserleben der Angehörigen bezogen auf verschiedene Aspekte wie beispielsweise Störungen der Alltagsroutinen und des sozialen Lebens oder eigener körperlicher Beschwerden verringerte sich gegenüber den Familien in der Kontrollgruppe. Die Daten liefern zudem Hinweise, dass sich auch die Symptombelastung verringern ließ. Es sind keine nachteiligen Auswirkungen der Intervention bekannt (Tabelle 21). Ein Großteil der Ergebnisse basiert aufgrund der verschiedenen Outcome-Maße in den einzelnen Studien auf Einzelstudien.

Herausgestellt werden soll eine – bezogen auf den Review – vergleichbar jüngere randomisierte kontrollierte Studie aus Großbritannien zur Effektivität von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld bei 260 Patient:innen *[491] [502]*. Die Patient:innen der Kontrollgruppe wurden überwiegend durch ambulante gemeindepsychiatrische Teams, Aufnahme in ein Krisenhaus oder stationäre Behandlungseinheiten versorgt. In der Stichprobe der Kontrollgruppe war die Symptombelastung zu Beginn etwas höher. Die Patient:innen, die während ihrer akuten Krankheitsphase im häuslichen Umfeld behandelt wurden, wurden innerhalb der ersten acht Wochen signifikant seltener stationär aufgenommen. Der Effekt blieb auch nach sechs Monaten erhalten. Ein signifikanter Vorteil zugunsten der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld zeigte sich auch hinsichtlich der Dauer stationärer Behandlungstage. Bezogen auf Patientenzufriedenheit, Symptomschwere, Lebensqualität, soziales Funktionsniveau sowie Mortalität zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 22, Tabelle 23).

Tabelle 21: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aggregierte Evidenz)

	Metaanalyse **NICE-Leitlinie**	**Metaanalyse** **Cochrane Review**

	Schizophrenie	
	NICE 2014 *[365]*	**Murphy 2015** *[495]*
Merkmale klinischer Recovery		
¯ Sterbefälle		~
¯ Symptomschwere		++[1]
Allgemeinzustand		~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
soziale Funktionen		~
Beschäftigungssituation		~
¯ Wohnungslosigkeit		~
¯ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
Lebensqualität		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
¯ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++[1]
¯ stationäre Behandlungszeiten		++[1]
¯ Behandlungsabbrüche		++
Behandlungszufriedenheit, Patient:innen	++[1]	++[1]
Angehörigenbezogene Merkmale		
¯ erlebte Belastungen, Angehörige		++
Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++[1]
Kosteneffektivität		
Kosteneffektivität		++[1]

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion; Erhöhung; [1] basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

Zusatzinformation: *Eine weitere systematische Übersichtsarbeit untersuchte Aspekte der Implementierung von aufsuchender Akutbehandlung [503]. Berücksichtigt wurden hierbei sowohl RCTs, als auch naturalistische Studien sowie qualitative Arbeiten, Surveys und Leitlinien. Aus quantitativen Studien, in denen mindestens zwei CRHTs miteinander verglichen wurden, ergeben sich Hinweise auf eine Assoziation zwischen psychiatrischer Expertise im Team und der Reduktion stationärer Aufnahmen um 40 %. Die Mehrheit der Studien fand keine klaren Zusammenhänge hinsichtlich der Aspekte Teamorganisation, Ausdehnung der Behandlungszeiten und durch Pflege oder Psychiater:innen geleitetes Assessment (Evidenzgrad III). Vergleichsstudien (CRHT vs. TAU) verweisen auf eine reduzierte Zahl stationärer Aufnahmen sowie Dauer stationärer Behandlungen durch aufsuchende Akutbehandlung. In drei von fünf Studien zeigte sich eine höhere Patientenzufriedenheit. Für keinen der hier untersuchten Aspekte von CRHT (z. B. 24-Stunden-Service, Gatekeeping-Funktion, Personal-Patienten-Verhältnis, ärztliche Expertise, Multidisziplinarität) ließ sich ein konsistenter Effekt finden (Evidenzgrad III-Ib). Vorsichtig zu interpretierende Befunde verweisen auf einen Vorteil hinsichtlich reduzierter stationärer Inanspruchnahme bei 24-stündigem Service gegenüber reduzierter Behandlungszeit (Evidenzgrad III).*

Zusatzinformation: *Ein aktueller Scoping Review fasst Forschungsergebnisse zu Phänomenen im Zusammenhang mit CRTs in der englischen und skandinavischen Literatur zusammen. 129 Arbeiten wurden in die thematische Analyse aufgenommen; die wenigsten sind dabei RCTs. Es ließen sich folgende Ergebnisbereiche abbilden: (1) Merkmale von CRTs (k = 45), Beschreibung von Schlüsselprinzipien oder spezifischen Interventionen; (2) Implementierung von CRTs (k = 54); und (3) Wirkung von CRTs (k = 38). Zur Wirksamkeit wurden in zehn Studien die Ergebnisse von kontrollierten Studien mit und ohne Randomisierung berichtet. In der Mehrheit der Arbeiten handelte es sich um Ergebnismessungen vor und nach der Einführung einer CRT ohne Kontrollgruppe. Das häufigste Outcome war die Zahl der stationären Einweisungen, die sich gegenüber Standardversorgung verringern ließ. Die Patientenzufriedenheit war unter der Home-Treatment-Behandlung höher. Hinsichtlich der zentralen Prinzipien im Zusammenhang mit der aufsuchenden Behandlung, welche in der Hauptsache qualitativ erfasst wurden, zeichnete sich u. a. die Bedeutung psychosozialer Therapien und ihrer Angebote über die psychische Krise hinausgehend als bedeutsam ab sowie der Zugang zu praktischer Unterstützung, die Erreichbarkeit und Flexibilität des Teams sowie das Gefühl ernst genommen und verstanden zu werden und die Berücksichtigung der Perspektive der Angehörigen. Lt. Autor:innen wissen wir allerdings immer noch zu wenig über die notwendigen und wirksamen Elemente der aufsuchenden Arbeit [504].*

Aktuelle Einzelstudien

In der Studie von **Cornelis et al. (2022)** *[505]* wurde das Potenzial der häuslichen Intensivbehandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung während psychischer Krisen (N = 246) zur Reduzierung der stationären Behandlungstage und ihre klinische Wirksamkeit im Vergleich mit der üblichen Behandlung (stationär und im Anschluss herkömmlich ambulant) untersucht (Tabelle 22, Tabelle 23). Durchgeführt wurde eine zweiarmige, Zelen-kontrollierte (Zelen 1992), pragmatische randomisierte Studie in zwei Studienzentren.

Nach 12 Monaten betrug die durchschnittliche Anzahl der stationären Behandlungstage bei der intensiven Behandlung zu Hause 42,47 Tage (SD = 53,92) gegenüber 67,02 Tagen (SD = 79,03) bei der üblichen Behandlung, was einer Verringerung um 24,55 Tage (SD = 10,73) bzw. um 36,6 Prozent entspricht (p = 0,033). Hinsichtlich der Anzahl der wiederaufgenommenen Patient:innen zeigte sich nach 12 Monaten kein signifikanter Unterschied; ebenso wenig hinsichtlich der Anzahl stationärer Aufnahmen pro Patient/Patientin. Bezogen auf sekundäre Zielparameter wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Behandlungsoptionen nach 12 Monaten beobachtbar (Lebensqualität, Symptomschwere, Patientenzufriedenheit) *[505]*.

Es wurden 26 unerwünschte Ereignisse registriert, 23 (89 %) davon waren Suizidversuche. Es zeichnete sich hierbei kein Unterschied zwischen den Gruppen ab (HAT: N = 15 (8 %) vs. TAU: N = 5 (8 %); p = 0,950). Fünf der teilnehmenden Patient:innen starben an einem Suizidversuch (HAT: N = 3 (2 %) vs. TAU: N = 2 (3 %); p = 0,610). Es traten keine behandlungsbedingten Todesfälle auf *[505]*. Für eine Teilstichprobe wurden die Auswirkungen der intensiven häuslichen Behandlung auf die Selbstwirksamkeit untersucht, da Selbstwirksamkeit eng mit den Zielen von aufsuchender Krisenbehandlung verbunden ist.

Die Behandlung im häuslichen Umfeld zielt unter anderem darauf ab, das Vertrauen der Patient:innen in ihre eigene Fähigkeit zu stärken, die Kontrolle über die aktuelle Situation und psychische Gesundheit wieder zu übernehmen. Es wurden Daten von 142 Teilnehmenden verwendet. Insgesamt wurde kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die Selbstwirksamkeit (*Mental Health Confidence Scale*) festgestellt (B = - 0,08; SE = 0,15; p = 0,57); die Selbstwirksamkeit veränderte sich über den Zeitraum von 26 Wochen nicht (B = - 0,01, SE = 0,12, t(103,95) = - 0,06, p = 0,95). Die Ergebnisse sind mit einer gewissen Vorsicht zu betrachten. Dieser Studie fehlte es an ausreichender Power, um kleine Veränderungen in der Selbstwirksamkeit aufzuzeigen *[507]*.

Tabelle 22: Charakteristika Einzelstudien zur Wirksamkeit von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Autor:in/Jahr	Patientenpopulation • Anzahl (N) • Diagnose • Durchschnittliches Alter • Dauer der Erkrankung • Setting	Intervention • Ansatz • Module/Inhalte • Dauer/Follow-up	Kontrollgruppe
NEU **Cornelis et al. 2022** *[505]* Niederlande	• N = 246 • Schwere psychische Krisen (v. a. Psychosen, affektive Störungen u. a.) • 41 Jahre (Spanne 18-65; SD 12-68) • K.A. • Aufsuchend	• Intensive Behandlung zu Hause durch ein multidisziplinäres professionelles Team mit bis zu drei Behandlungs-kontakten am Tag an 7 Tagen die Woche und Gatekeeping-Funktion • Gemeinsame Behandlungsplanung; Pharmakotherapie, Tages-strukturierung, Psychoedukation, supportive Therapie, kurze KVT, soziale Arbeit, Angehörigenarbeit • Behandlung über die Zeit der psychischen Krise (6 Wochen); US/Follow-up 6 Wochen, 6 und 12 Monate nach Randomisierung	• Behandlung wie üblich (nach stationärer Behandlung: Low Intensity Crisis-Treatment mit bis zu 2 Behandlungskontakten pro Woche)
NEU **Stulz et al. 2020** *[508]* Schweiz	• N = 707 • breites Spektrum psychischer Störungen (ICD-10: F2-F6, F8-F9, Z), bei denen Krisen mit stationärer Indikation auftraten • 39,3 (12,5) vs. 39,7 (12,9) Jahre • K.A. • Aufsuchend	• Behandlung zu Hause durch ein multidisziplinäres Behandlungsteam • Individuelle Behandlung: Krisen-intervention, Pharmakotherapie, Psychoedukation, Kurzpsychotherapie und soziale Arbeit • Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit; i. d. R. einmal täglich für etwa 1 Stunde mit der Möglichkeit mehrerer Besuche pro Tag (oder Nacht); Follow-up: 24-Monate	• Herkömmliches Dienstleistungsmodell ohne häusliche Behandlungs-alternative zur stationären Versorgung (Tagesklinik oder Ambulanz nach stationärer Behandlung)

Eine weitere aktuelle Wirksamkeitsuntersuchung der Behandlung zu Hause als Alternative zur akuten stationären Behandlung bei akuter psychischer Krise stammt aus der Schweiz *[508]*. Auch hier sollte geprüft werden, ob und inwieweit eine häusliche Behandlung eine Verringerung der Krankenhausinanspruchnahme ermöglichen würde. Während einer einjährigen Einschlussphase wurden N = 707 allgemeinpsychiatrische Patient:innen mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit zufallsbedingt entweder einem neuen Versorgungsmodell mit Home-Treatment-Option als Alternative zur stationären Krankenhausbehandlung zugelost, oder die überwiegend notfallmäßig zugewiesenen Akutpatient:innen wurden einer Vergleichsbedingung ohne Home-Treatment-Möglichkeit zugeteilt (d. h. ausschließlich stationäre Krankenhausbehandlung).

Gemäß einem Single Randomized Consent Design nach Zelen *[506]* wurden dabei sämtliche stationär zugewiesenen Patient:innen noch vor ihrer formellen Zustimmung in eines der beiden Versorgungsmodelle mit bzw. ohne Home Treatment randomisiert; die informierte Zustimmung der Patient:innen wurde anschließend erst vor dem allfälligen Beginn einer Behandlung im häuslichen Umfeld eingeholt. Dank diesem Vorgehen konnte ein sehr breites Patientenspektrum inklusive psychiatrischer Notfallpatient:innen eingeschlossen werden, was die externe Validität (Generalisierbarkeit) der Befunde erhöht.

Dabei ließ sich in der Interventionsgruppe die durchschnittliche Anzahl der Krankenhaustage pro Patient:in innerhalb von 24 Monaten nach der Indexkrise, die eine Krankenhauseinweisung erforderlich machte (primärer Outcome), um 30,4 Prozent reduzieren (MW = 41,3 vs. 59,3; p < 0,001). Was die sekundären Ergebnisse betrifft, so unterschieden sich die durchschnittliche Gesamtbehandlungsdauer (Krankenhaustage + Tage der häuslichen Behandlung) pro Patient:in (MW = 50,4 vs. 59,3; p = 0,969) und die durchschnittliche Anzahl der Krankenhauseinweisungen pro Patient:in (MW = 1,86 vs. 1,93; p = 0,885) innerhalb von 24 Monaten nach der Indexkrise nicht statistisch signifikant zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der klinischen und sozialen Ergebnisse (*Health of the Nation Outcome Scales*: MW = 9,9 vs. 9,7; p = 0,652) oder der Zufriedenheit der Patient:innen mit der Versorgung (*Perception of Care Questionnaire*: MW = 0,78 vs. 0,80; p = 0,242).

Allerdings füllten nur etwa die Hälfte der Patient:innen den Zufriedenheits-Fragebogen vor Entlassung aus (Experimentalgruppe: 63,6 % vs. Kontrollgruppe 56,3 %). Während des 24-monatigen Studienzeitraums gab es drei suizidale Ereignisse (IG: N = 2 vs. KG: N = 1, während des stationären Aufenthalts) *[508]*. Die aufsuchende Behandlung während psychischer Krisen scheint die Inanspruchnahme von Krankenhausbetten auch unter Routinebedingungen zu verringern. Im Vergleich zu Patient:innen, die ausschließlich stationär behandelt wurden, war die Einbeziehung des HAT-Teams in die Patientenversorgung sowohl während der RCT als auch unter den Bedingungen der Routineversorgung mit einer deutlichen Verringerung der Krankenhaustage verbunden. Anders als während des RCT-Studienzeitraums war die Einbindung der HAT unter den Bedingungen der Routineversorgung jedoch mit längeren Gesamtbehandlungsepisoden (stationäre + HAT-Tage) verbunden. Verglichen wurden dabei Patient:innen, die während der RCT-Studienphase eine HAT erhielten, mit Patient:innen, die dieselbe HAT-Leistung erhielten, nachdem sie Teil der routinemäßigen psychiatrischen Versorgung im selben Einzugsgebiet geworden war *[510]*.

Tabelle 23: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aktuelle Einzelstudien)

	Cornelis et al. 2022 *[505]*; **Bararkatet al. 2021** *[507]*	**Stulz et al. 2020** *[508]*	**Johnson et al. 2005** *[491]*; **McCrone et al. 2009*** *[502]*
Mermale klinischer Recovery			
Psychische Symptombelastung	~	~	~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery			
Psychosoziales Funktionsniveau		~	~
Lebensqualität	~		~
Selbstwirksamkeitserleben	~		
Behandlungsassoziierte Merkmale			
Reduktion stationäre Behandlungszeiten	++	++	++
Anzahl stationäre Aufnahmen		~	++
Behandlungszufriedenheit	~	~	~
Unerwünschte Ereignisse			
Mortalität	~	~	~

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion; Erhöhung; *in Übersichtsarbeiten enthalten

Zusammenfassende Bewertung

Auch wenn die internationale Forschungsliteratur zu aufsuchenden Kriseninterventionsdiensten mittlerweile sehr umfangreich ist, besteht immer noch ein Bedarf an randomisiert kontrollierten Studien in diesem Bereich *[504]*. Das gilt insbesondere für den deutschsprachigen Raum *[1227]*. Allerdings liegt mit den Ergebnissen aus drei RCTs, eine davon wurde in der Schweiz durchgeführt, aktuelle Evidenz vor, die die älteren Befunde auch unter den heutigen, insgesamt verbesserten Versorgungsbedingungen stützt. Die häusliche Behandlung kann die Inanspruchnahme von stationären Behandlungen durch schwerkranke Patient:innen in akuten Krisen verringern und scheint zu vergleichbaren klinischen und sozialen Ergebnissen und zur Zufriedenheit der Patient:innen zu führen wie die stationäre Standardbehandlung *[508][505][491]*.

Bereits in den älteren Untersuchungen zeigte sich die Überlegenheit dieser Behandlungsform hinsichtlich einer Reduktion stationärer Behandlungszeiten und einer Verringerung künftiger stationärer Aufnahmen *[495][365]*. Zudem gab es Hinweise darauf, dass sich das Risiko eines Behandlungsabbruchs senken und die Behandlungszufriedenheit bei Patient:innen und Angehörigen erhöhen ließ. Die erlebten Belastungen bei den Angehörigen wurden reduziert. Durch die Verwendung von Kurzversionen und globalen Erhebungsinstrumenten werden subtile Variationen der klinischen Ergebnisse und der Zufriedenheit der Nutzenden möglicherweise nicht erfasst *[510]*. Möglicherweise führt

auch ein geringer Rücklauf in der Befragung zur Patientenzufriedenheit zu einer eingeschränkten Varianz der Einschätzungen *[510]*. Zudem müssen bei der Interpretation der Befunde auch Unterschiede in den Einschlusskriterien berücksichtigt werden *[510]*. Hinsichtlich weiterer betrachteter Zielgrößen wie Allgemeinzustand und psychische Gesundheit wurde auch in den frühen Studien eine Vergleichbarkeit mit Ergebnissen aus der herkömmlichen Behandlung beobachtet. Es zeigte sich zu keinem Zeitpunkt eine höhere Suizidalität. Aussagen zur Kosteneffektivität lassen sich nicht sicher ableiten.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 15 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Umsetzung einer Akutbehandlung“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Umsetzung einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in Deutschland sollte sich hinsichtlich der zentralen Programmelemente an dem international untersuchten evidenzbasierten Modell orientieren; gleichzeitig sollten Möglichkeiten einer flexiblen Anpassung an die jeweiligen örtlichen Rahmenbedingungen und Strukturen zulässig sein und dazu dienen, eine flächendeckende Implementierung zu erreichen.
Konsensstärke	**Starker Konsens (96 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise **Indikationsstellung für Behandlungen zu Hause in akuten Erkrankungsphasen**
Eine **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld** erfordert immer eine umfassende initiale Beurteilung durch alle Beteiligten. Eine intensive Vernetzung mit den traditionellen, in die Akutbehandlung einbezogenen Institutionen (psychiatrische Kliniken, Ambulanzen, niedergelassene Psychiater:innen, andere Leistungsanbieter:innen) ist erforderlich. Für die Entscheidung über eine Aufnahme sollten die Vorgeschichte, die Art der Krankheitsepisode, akute Gefährdungen, Einschränkungen der Selbstsorge und der Alltagsbewältigung und die Präferenzen der Patient:innen berücksichtigt werden. Ebenfalls wichtig für die Indikationsstellung sind informelle soziale und familiäre Kontakte sowie die soziale Unterstützung. Letzteres gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Bedeutung von Familie und sozialer Faktoren in Zusammenhang mit dem Verlauf psychischer Erkrankungen. Die Behandlung durch ein aufsuchendes Kriseninterventionsteam eröffnet hierbei besondere Möglichkeiten.

Zusatzinformation: Orientierung bei der Implementierung von Behandlungsteams für die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

International gibt hierbei die CORE CRT Fidelity Scale (National Institute for Health Research (NIHR)) [498] Orientierung. 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 [503] und c) eines nationalen Surveys mit CRT-Manager:innen entwickelt. Die Skala bildet 39 Items ab; jedes Item umfasst 5 Score-Kriterien für die Beschreibung der Interventionstreue. Folgende vier Bereiche werden beschrieben: (1) Zugang und Überweisung, (2) Inhalte und Bereitstellung von Behandlung, (3) Personal- und Teamabläufe, (4) zeitliche und räumliche Aspekte. In Referenz auf diese Skala wurde ein deutschsprachiges Manual erstellt (20210608_Manual-4_Crisis_Resolution_Team_online.pdf (recover-hamburg.de). Auch für das niederländische FACT-Modell liegt eine entsprechende Skala von Van Veldhuizen und Bähler vor, die von Lambert ins Deutsche übertragen wurde (https://fact-facts.nl/wp-content/uploads/2018/07-/17-Fact-Manual-Deutsch_inkl-Qualita%CC%88tssicherungskala 010817_print_Osterkuss.pdf).

*Außerdem hat eine AG unter der Leitung von Günther Wienberg im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums einen **Standard für „Gemeindepsychiatrische Zentren“ in Deutschland** entwickelt, der sich eng an den Empfehlungen des aktuellen Evidenzkapitels orientiert und sich nicht auf Niedersachsen beschränkt [521]. Ziel war die Definition eines Standards für Strukturen und Prozesse Gemeindepsychiatrischer Zentren, die eine mobile, multiprofessionelle, komplexe und intensive ambulante Versorgung von Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen zum Ziel haben. Genutzt wurde ein Mix-Method-Ansatz unter Einbeziehung aller relevanten Interessengruppen, einschließlich Expert:innen und Dienstleistern von drei ZfGP-Modellprojekten in Niedersachsen. Im Ergebnis umfasst eine Checkliste 12 binäre und obligatorische Merkmalen sowie eine Modelltreue-Skala mit 45 skalierten Elementen in 9 Dimensionen. Der Standard orientiert sich an der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“.*

9.3.3 Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung

Hintergrund

Im Folgenden werden Konzepte intensiv und längerfristig aufsuchender Behandlung beschrieben, die über eine Behandlung in akuten Erkrankungsphasen hinausgehen.

Im Zuge der Deinstitutionalisierung entwickelten Marx, Stein und Test *[494] [522]* Anfang der 1970er Jahre in den USA ein Konzept der gemeindenahen Versorgung, das sich an schwer psychisch kranke Menschen richtete und damals einem Paradigmenwechsel gleich kam. Schlüsselaspekt dieses Konzepts einer aufsuchenden (nachgehenden) gemeindepsychiatrischen Behandlung durch multiprofessionelle Teams (***Assertive Community Treatment, ACT***) bildet die Begleitung der Betroffenen in ihrem sozialen Umfeld. Ziel war es, Menschen mit schweren psychischen Störungen dahingehend zu unterstützen, Fähigkeiten für ein möglichst selbständiges Leben außerhalb von psychiatrischen stationären Institutionen zu entwickeln und zu erweitern. Seit fast 50 Jahren ist das *Assertive Community Treatment* eine tragende Säule der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in den Vereinigten Staaten und anderen Teilen der Welt *[523]*. Inzwischen hat dieser Ansatz zahlreiche Anpassungen, u. a. für spezielle Zielgruppen erfahren *[524] [525]* und ist beispielsweise auch als *Program for Assertive Community Treatment (PACT)* bzw. als *Continuous Treatment Teams* bezeichnet worden.

ACT zielt durch seinen „nachgehenden" Charakter darauf, die Kontakte zu den Betroffenen und damit Behandlungskontinuität aufrechtzuerhalten. Die Unterstützung zielt darauf, die psychisch kranken Menschen in ihren Selbstmanagementfertigkeiten in den verschiedensten Bereichen zu unterstützen. Die Leistungen von ACT sind deshalb vielfältiger Natur, sie umfassen die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und in der Arbeitswelt, Unterstützung bei der medikamentösen Behandlung, das Management in Krisensituationen, die Einbindung von Familienangehörigen, die Förderung allgemeiner Gesundheit, Hilfe und Unterstützung bei allen erforderlichen behördlichen Aktivitäten sowie die Erarbeitung von Problemlösestrategien und sozialen Fertigkeiten. ACT in seiner ursprünglichen Form ermöglicht alle Behandlungs- und Versorgungsleistungen „aus einer Hand" und ist deshalb auch als ein ***Direct Service Model*** zu verstehen. 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 Patient:innen *[524]*.

Ähnlich wie ACT wurde das ***Intensive Case Management (ICM)*** mit dem Ziel entwickelt, den Bedürfnissen von Hochnutzern bzw. -nutzerinnen des Versorgungssystems (*high service user*) gerecht zu werden *[526] [527]*. Kennzeichnend für ICM sind geringe Fallzahlen pro Mitarbeitenden, 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 Mitarbeitenden für ihre Patient:innen *[528]*. 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 *[530] [488]*. In der vorliegenden Leitlinie wird diesem Ansatz gefolgt, die internationale Evidenz entsprechend aufgeführt und der Fokus auf die Wirksamkeitsfaktoren gelenkt.

Zusatzinformation: *In einem Expertenforum wurden die wichtigsten Elemente des ACT-Versorgungsmodells hinsichtlich seiner Wirksamkeit mit Hilfe eines Konsensusprozesses herausgearbeitet, die sich drei Bereichen zuordnen lassen: (1) Stellenbesetzung, (2) organisatorische Komponenten sowie (3) Servicekomponenten [529] [531]. Der Schlüsselaspekt dieses Modells liegt in der Teambasiertheit. Charakteristisch ist ein multidisziplinäres Team, das die gemeinsame Verantwortung für alle betreuten Patient:innen trägt. ACT-Teams arbeiten überwiegend aufsuchend in Form von Hausbesuchen oder vereinbarten Visiten an anderen Orten im Lebensumfeld der Erkrankten. Es wird angestrebt, die Patient:innen kontinuierlich zu kontaktieren und den Kontakt bei bestehender Ambivalenz oder geringer Kooperation weiter zu intensivieren. Die Teammitglieder:innen versuchen, alle Betreuungsangebote, die ihre Patient:innen benötigen, selbst vorzuhalten, möglichst ohne diese an andere Institutionen und Leistungsanbieter zu verweisen. Fokussiert wird zudem eine kontinuierliche Unterstützung der Betroffenen über einen längeren Zeitraum, oft über Jahre, im Sinne einer Stabilisierung von Erfolgen. Andere spezielle Programmkomponenten sind der hohe Betreuungsschlüssel (ca. 1:10), die Erreichbarkeit der Teammitarbeitenden über 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche und die Möglichkeit täglicher Fallbesprechungen im Team. Als Ergebnis einer Expertenbefragung in Großbritannien schienen v.a. flexible Betreuungszeiten zwischen 6.00 und 21.00 Uhr an sieben Tagen in der Woche für die Effektivität von ACT wichtig zu sein [484]. Herausgestellt wurde auch die Bedeutung einer breiten fachlichen Expertise im multiprofessionellen Team bei einer integrierten Gesundheits- und sozialen Versorgung sowie guter Kooperation mit Primärversorgern. Konsens bestand über die große Relevanz von regelmäßigen aufsuchenden Angeboten.*

In den Niederlanden und in verschiedenen anderen europäischen Ländern hat sich der Ansatz des ***Flexible ACT (FACT)*** in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen weit verbreitet *[532]*. Hier kann eine längere gemeindepsychiatrische Behandlung als auch die Funktion der akuten Krisenintervention zur Vermeidung stationärer Aufenthalte durch dasselbe Team geleistet werden. 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 intensivierte 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 (*[533]*. Weniger qualitativ hochwertige Studien verweisen auf einige positive Befunde *[534] [535] [536] [537] [538] [539]*. Erfahrungen der Behandler:innen sind ebenfalls positiv *[540]*.

Im Rahmen der **Implementierung von FACT** in anderen europäischen Ländern wurden weitere Ergebnisse zur Umsetzbarkeit und Wirksamkeit generiert. Nielsen et al. (2021) *[541]* beispielsweise untersuchten in einer quasi-experimentellen, kontrollierten Propensity-Score-Matching-Studie die Auswirkungen von FACT auf die Ergebnisse der psychiatrischen Versorgung im Vergleich zur Behandlung durch Standard-Community-Mental-Health-Teams (CMHTs) oder Assertive-Community-Treatment-Teams (ACT) in Dänemark.

Dabei wurden 2.034 Personen behandelt und über 2 Jahre beobachtet. Die Anzahl der ambulanten Kontakte war bei Patient:innen in der FACT-Gruppe höher als in den Kontrollgruppen. Patient:innen, die FACT erhielten, wurden seltener in eine Klinik eingewiesen als die Patient:innen der Kontrollgruppen. Es gab keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Gesamtzahl der stationären Tage, die Anwendung von Zwang, Episoden von Selbstverletzung oder Todesfälle (Nielsen et al. 2021). Im Vergleich zur Behandlung durch ein ACT-Team (FACT, N = 74; ACT, N = 57) wiesen die durch ein FACT-Team behandelten Patient:innen eine schlechtere persönliche und soziale Funktionsfähigkeit auf als die

Patient:innen, die ACT-Teams zugewiesen wurden. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf die Zufriedenheit oder die Arbeitsbeziehung *[542]*.

In einer weiteren quasi-experimentellen Studie (mit Propensity-Score-Matching; FACT, N = 237; ACT oder ICM N = 237) aus Kanada wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei Notaufnahmen, Krankenhauseinweisungen oder stationären Tagen beobachtet. Während der vollständigen Umsetzung von FACT verzeichnete die FACT-Gruppe einen signifikanten Anstieg der Notaufnahmen im Vergleich zur Gruppe, die ACT oder ICM erhielt (Inzidenzrate = 1,65, 95 % KI = 1,02 bis 2,67), aber es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bei der Rate der Krankenhauseinweisungen oder der Anzahl der Tage im Krankenhaus beobachtet. Die Ergebnisse deuten lt. der Autor:innen auf allgemein vergleichbare Ergebnisse von FACT (im Vergleich zu ACT oder ICM) bei der Inanspruchnahme akuter psychosozialer Dienste hin *[543]*. Die Auswertung von Routinedaten in Salzburg mündete in Hinweisen auf eine kontinuierliche Abnahme der Krankenhausaufenthalte bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen, wobei die Gesamtaufenthaltsdauer und die Wiederaufnahmeraten zurückgingen und die Anzahl der Kontakte pro Jahr abnahm *[544]*.

Stark

Empfehlung 16 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende längerfristige Behandlung“**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit chronischen und schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus gehend, intensiv aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Praktische Informationen

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

In Deutschland gibt es aktuell **keine flächendeckende Umsetzung von intensiv aufsuchender Behandlung** in Form von ICM, ACT oder FACT in der Routinebehandlung. In den letzten 15 Jahren wurden in den verschiedensten Regionen erhebliche Anstrengungen unternommen, Innovationen in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen auch in Deutschland umzusetzen. Insbesondere im Rahmen einer sektorübergreifenden Versorgung wurden verschiedene Modellvorhaben implementiert und evaluiert (z.B. *[1460]*). Es realisieren auch Psychiatrische Institutsambulanzen oder Sozialpsychiatrische Dienste zentrale Aspekte von intensiv aufsuchender Behandlung. Es liegen einige Evaluationen vor.

Eine **Übersicht zu aufsuchenden psychiatrischen Behandlungsformen in Deutschland, Österreich und der Schweiz** verweist auf 14 Publikationen zu 10 Studien mit insgesamt 3.207 Patient:en, welche intensiv aufsuchend behandelt wurden *[1227]*. Neben 9 Kohortenstudien *[1461][1462][1463][1464][1465][1466][1467][1468][1469][1241][1217][1470][1229]* wurde eine RCT *[1471]* identifiziert. Letztere schloss Menschen älter als 64 Jahre mit einer schweren Depression ein. Personen, die zu Hause behandelt wurden, wiesen nach 3 und nach 12 Monaten deutlich weniger Depressionssymptome, eine bessere allgemeine Funktionsfähigkeit und eine höhere Lebensqualität auf. Im Laufe eines Jahres wurden sie seltener in Pflegeheime eingewiesen, verbrachten weniger Zeit in stationärer psychiatrischer Behandlung und die Kosten für die Behandlung waren geringer *[1471]*. In der ACCESS-III-Studie wurden Menschen mit einer ersten psychotischen Erkrankungsphase untersucht *[1217]*. Damit reduzieren sich die eingeschlossenen Studien für eine Betrachtung im vorliegenden Kapitel auf 8 Studien. Die in der Übersicht identifizierten Studien wurden unterschiedlich organisiert (durch Kliniken, niedergelassene Fachärzt:innen oder Anbieter psychosozialer Leistungen). Berichtet wurden im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollbedingungen (mehrheitlich TAU) signifikante positive Effekte auf verschiedene Outcomes (Symptomatik, Krankheitsschwere, Substanzmissbrauch, Remissionsrate, soziales Funktionsniveau, Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität, Arbeitssituation, Wohnsituation) *[1227]*. Zudem schien eine intensiv aufsuchende Behandlung gegenüber der stationären Behandlung kostengünstiger *[1227]*. Neben dem Fehlen eines randomisierten Designs wird die Aussagekraft der Befunde durch andere Limitationen (z.B. „Projektcharakter“, ausgewählte Populationen durch Zuweisungsbedingungen, Heterogenität der Interventionen und Kontrollbedingungen) eingeschränkt *[1227]*.

Hervorgehoben werden soll hier die ACCESS-Studie als Weiterentwicklung von ACT (sog. ***Therapeutisches Assertive-Community-Treatment-Modell, TACT***), die am Arbeitsbereich Psychosen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt wurde. Ziel des Hamburger Modells ist eine integrierte Versorgung (bzw. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V) dieser Patient:innen unter Gewährleistung von Behandlungskontinuität und Erhalt des gewohnten sozialen Umfeldes. Das Hamburger Modell ist ein sog. „Capitation-Modell“, d.h. das UKE als Hauptvertragsnehmer bekommt eine versichertenbezogene Jahrespauschale, mit der alle Leistungen finanziert werden *[1472]*. TACT erwies sich im Rahmen der ACCESS-I-Studie) gegenüber herkömmlicher Versorgung in einem 12-Monate-Zeitraum hinsichtlich krankheitsassoziierter Zielgrößen wie Symptomschwere, globales Funktionsniveau und Lebensqualität überlegen. Die Patient:innen in der Experimentalgruppe blieben länger in Behandlung, waren mit der vorgehaltenen Behandlung zufriedener, zeigten eine bessere Compliance hinsichtlich der medikamentösen Behandlung und erreichten eine bessere Adaptation in den Bereichen Arbeit und Wohnen. Eingeschlossen wurden Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis; darunter auch ersterkrankte Menschen *[1461]*. Die Ergebnisse

der Kostenanalyse zeigten, dass eine Behandlung im Hamburger Modell mit signifikant geringeren stationären Behandlungskosten bei erwartungsgemäß signifikant höheren ambulanten Kosten im Vergleich zur Standardbehandlung verbunden war, sodass sich die Gesamtbehandlungskosten beider Gruppen nicht signifikant unterschieden *[1462]*. Im Rahmen einer 24-monatigen Beobachtungsstudie (ACCESS-II-Studie) wurden neben Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N=92) auch Patient:innen mit einer schweren bipolaren Erkrankung (N=23) in der Routineversorgung behandelt *[1463]*. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit und –tage waren vor dem Hintergrund der Schwere der Erkrankungen gering ((0,9 %)/22,6 % der Patienten in (teil)/stationärer Behandlung; durchschnittliche Behandlungsdauer in Tagen: 11,6). Die Abbruchrate war mit 3,4 % ebenfalls sehr gering im 2-Jahres-Verlauf. Die Patient:innen gaben eine höhere Behandlungszufriedenheit gegenüber früheren Behandlungsangeboten an. Ebenso ließ sich eine Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik, der Funktionalität und der Lebensqualität im 2-Jahres-Verlauf beobachten. Die Beschäftigungsrate nahm zu (Schöttle et al. 2014). In einer Behandlungszeit über 4 Jahre konnte zudem eine Verringerung der unfreiwilligen Einweisungen im Vergleich zu den zwei Jahren vor der Aufnahme in das ACCESS-Modell nachgewiesen werden *[1473]*.

Ein weiteres Beispiel im Rahmen Integrierter Versorgung (IV) und Umsetzung von intensiv aufsuchender Behandlung *(assertive outreach*) gegenüber herkömmlicher Behandlung in verschiedenen ländlichen Regionen wurde in Niedersachsen untersucht. Die Behandlung umfasste die Implementierung ambulanter psychiatrischer Pflegestützpunkte und eine Standardisierung der Kooperation zwischen vorhandenen niedergelassenen Psychiatern und ambulanten Pflegediensten. Im Rahmen IV war es möglich, **bedarfsorientiertes Case Management**, 24-Stunden-Krisenservice, Behandlung zu Hause und Psychoedukation durch Pflegefachkräfte in Abstimmung mit dem behandelnden Psychiater anzubieten. Es wurden insgesamt 318 Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und schweren psychosozialen Beeinträchtigungen eingeschlossen. Psychosoziales Funktionsniveau und Psychopathologie verbesserten sich im Jahresverlauf stärker in der Interventionsgruppe. Allerdings verwiesen Selbstauskünfte der beteiligten Patient:innen hinsichtlich funktionaler Einschränkungen und medikamentöser Adhärenz auf ausbleibende Effekte zwischen den Gruppen. Unterschiedlich ausgeprägte Änderungssensitivität der Instrumente und eine mögliche Überschätzung des Effekts werden diskutiert *[1467]*.

Zitiert werden soll hier auch eine Erhebung (1.364 Patienten mit IV-Behandlung in 66 Arztpraxen) zur **Wirksamkeit der (ehemals) sog. Integrierten Versorgung (IV)** schwer psychisch kranker Menschen der Regionen Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Bremen, welche eine ambulante Komplexbehandlung (Behandlung durch psychiatrische Fachärzte, Haus- und Klinikärzte, psychiatrische Pflege, Soziotherapie (nur Berlin), sowie innerärztliche Qualitätszirkelarbeit, Orientierung an Behandlungspfaden und konzeptionelle Abstimmung mit den zuständigen Versorgungskliniken) ermöglicht. Das IV-Modell konnte durch ein komplexes ambulantes Leistungsangebot die stationäre Inanspruchnahme deutlich senken und eine Gewichtsverlagerung in eine niedrigschwellige umfassende Versorgungsstruktur realisieren, ohne dass dies aus GKV-Perspektive mit einer Kostensteigerung verbunden war. In die gesundheitsökonomische Analyse wurden 226 Patient:innen eingeschlossen. Die Anzahl der Krankenhaustage war in 18 Monaten während IV niedriger als in 18 Monaten vor IV (11,8 vs. 28,6 Tage, $p < 0,001$), die Ausgaben für stationäre Behandlung signifikant geringer (5.929 ± 13.837 Euro vs. 2.458 ± 6.940 Euro, $p < 0,001$), die Gesamtausgaben veränderten sich jedoch nicht signifikant (7.777 ± 14.263 Euro vs. 7.321 ± 7.910 Euro, $p = 0,65$). Die erhebliche Einsparung bei den stationären Ausgaben wurde durch die Mehrausgaben bei Medikamenten und die Ausgaben der ambulanten Komplexleistungen kompensiert *[1466]*.

Die ambulante Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland leidet vor allem unter der **Fragmentierung**. Damit sind zwei Hauptrisiken verbunden:

- dass Bezugspersonen mit einer oder mehreren Institutionen Beziehungen knüpfen, aber keiner der beteiligten Professionellen ausreichend flexibel und tragfähig genug ist, um ernste Krisen aufzufangen und das Versorgungssystem insgesamt letztverantwortlich koordinierend im Blick hat und
- dass umgekehrt Netzwerke geknüpft und gemanagt werden, aber keiner der Beteiligten mehr eine belastbare Beziehung zum Patienten/ zur Patientin aufnimmt und entsprechend in eine langfristige und tragfähige dialogische bzw. unter Einbeziehung der Angehörigen trialogische Beziehung tritt.

Das ambulante System steht also vor der **Herausforderung**, die verbindliche Verantwortung für die Gestaltung von Netzwerken und eine gute Beziehungsqualität mindestens in einer Person, möglichst aber in einem Team/Netzwerk personenbezogen zusammenzubringen. Das kann abhängig von der Schwere und Komplexität der Erkrankung unterschiedliche Namen tragen (*Intensive Case Management, ACT, Home Treatment* u .a.) und in unterschiedlichen Institutionen stattfinden (PIA, Gemeindepsychiatrische Zentren u. a.). Entscheidend ist, dass die Organisations- und Finanzierungsform ein **Höchstmaß an Flexibilität im Ressourceneinsatz** erlaubt. Flexibilität bezieht sich auf Ort, Zeit, Dauer und Setting. Die Tragfähigkeit hängt wesentlich davon ab, ob sie als Krisen-Intervention 24 Stunden verfügbar ist. Hier sind beispielsweise Modelle einer Besonderen Versorgung, die Ressourcen des Krankenhauses einbeziehen und von stationärer in ambulante Versorgung umschichten, hilfreich. Beziehungsqualität meint dabei auch eine gewisse Ausdauer im Ringen um Beziehung – vor und auch anstelle der Zuständigkeit eines rechtlichen Betreuers.

Seit 2015 fördert der **Innovationsfonds des G-BA** Modelle, die eine sektorübergreifende Versorgung unterstützen. Erfolgreich evaluierte Projekte sollen in die Regelversorgung übernommen werden. Beispielhaft verwiesen soll hierbei auf das Projekt „GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen“ sowie auf RECOVER.

NEU: Eine Evaluierung aufsuchender multiprofessioneller teambasierter Behandlung im Rahmen gemeindepsychiatrisch verankerter klinik-unabhängiger Teams erfolgt im Rahmen des Projektes **„GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen“ (**Ausgangspunkt – GBV) unter der Leitung von Nils Greve *[1295]*. Um die Wirksamkeit der leitliniengerechten Arbeit multiprofessioneller Teams mit Anker- und Lotsenfunktion, standardisiertem Assessment und Hilfeplanung, ambulantem Krisendienst, telefonischer Hotline, aufsuchender Krisenintervention, jederzeit mit Fachkräften besetzter Krisenwohnung sowie einer ärztlichen Bereitschaft gegenüber der Standardbehandlung zu untersuchen, wurde eine RCT in 12 Modellregionen und einer Nachbeobachtungszeit von 24 Monaten durchgeführt. Ergebnisparameter waren Empowerment, Zufriedenheit, Lebensqualität, ungedeckte Bedarfe und Kosten-Effektivität. Die

Ergebnisse liegen mittlerweile vor. Multiprofessionelle aufsuchende Teams haben das Potenzial, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihre Familien zu unterstützten. Eine solche Behandlung führt zur Klärung der individuellen Bedarfe und einer leistungsträgerübergreifenden Vernetzung passgenauer Hilfen. Es zeigten sich Vorteile der GBV gegenüber der Kontrollgruppe bezüglich Empowerment (primärer Outcome, EPAS Gesamtwert, d = 0,27) und weiterer sekundärer Ergebnisparameter (subjektiven Lebensqualität (WHOQOL-Bref Globalwert, d = 0,22), der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung (ZUF-8, d = 0,46) sowie der Bedarfsorientierung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsangebotes, d = 0,26) *[1474]*. Es fielen keine signifikanten Mehrkosten an in einem Zweijahreszeitraum. Es ergaben sich zudem Hinweise darauf, dass sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei längerer Laufzeit noch verbessern kann. Der Innovationsausschuss hat sich dafür ausgesprochen, die Erkenntnisse für die Gesundheitsversorgung zu nutzen und verschiedene Bundesministerien sowie den G-BA gebeten, eine Integration zu prüfen (GBV – Gemeindepsychiatrische Basisversorgung schwerer psychischer Erkrankungen – G-BA Innovationsfonds).

NEU: **RECOVER** steht für ein Sektor-übergreifend koordiniertes und Schweregrad-gestuftes Versorgungsmodell mit verschiedenen evidenzbasierten Bausteinen für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Kern ist ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team bestehend aus Fachärzt:innen, Ärzt:innen, Psycholog:innen/Psychotherapeut:innen, psychiatrischer Pflege, Sozialarbeitenden und Genesungsbegleitenden aus der Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychosomatischen Fachabteilungen, Allgemeinmedizin, Sexualmedizin/Forensik und einer Arbeitsintegrationsinstitution für Supported Employment (SE). Aufgaben liegen in (1) einer umfassenden biopsychosozialen Diagnostik, in der Indikationsstellung und Behandlungsplanung, (2) in einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und (3) in der Umsetzung des sektorenübergreifenden Behandlungsplans. Das Team arbeitet aufsuchend-nachgehend, hat eine 24 h-Notfallbereitschaft und behandelt Patient:innen bis zu einer Weiterbehandlung. Anhand der Erstuntersuchung erfolgt die weitere Therapie nach einem schweregradgestuften Modell mit vier Stufen (Lambert et al. 2019). Die Erprobung des sog. RECOVER-Modells erfolgte in einer durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projekts (Lambert et al. 2020). Der Innovationsausschuss sprach für das Projekt RECOVER keine Empfehlung aus (RECOVER – Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen – G-BA Innovationsfonds).

Ergänzende Hinweise (mod)

Strukturqualität

Die gemeindenahe 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/der Patientin
- 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 Patient:innen in Krisen in ihrem Lebensumfeld über die Dauer der akuten Krankheitsphase zu behandeln
- einer aufsuchenden und aktiv nachgehenden bzw. intensiven 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 (Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Angehörige psychiatrischer Pflege, Psycholog:innen und psychologische Psychotherapeut:innen sowie weitere Fachberufe, z. B. Ergotherapeut:innen, Sozialarbeitende, Sozialpädagog:innen, Sport- und Bewegungstherapeut:innen, Therapeut:innen der Künstlerischen Therapieansätze sowie Peermitarbeitende), wie sie auch in der stationären Behandlung Standard ist. Insbesondere im ambulanten Rahmen sind darüber hinaus Hausärzt:inne, also Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin bzw. hausärztlich tätige Fachärzt:inne für Innere Medizin und praktische Ärzt:innen an der Behandlung schwer psychisch kranker Patient:innen beteiligt. Sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde, zählen auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendpsychiater:innen dazu.

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

Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung, bei schwerer somatisch begründbarer psychischer Störung, bei ausgeprägtem aggressiven 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 und

gemeindepsychiatrische tätige Fachleute, durch fachärztlich geleitete Schwerpunktpraxen, auch im Rahmen von leistungssektorenübergreifenden Verträgen.

Mögliche Leistungen

Ein sowohl 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 Patient:innen orientieren. Die Umsetzung der komplexen Behandlung erfordert die Selbstbestimmung der Patient:innen und der Angehörige. Das Empowerment der Beteiligten und eine aktive Beteiligung auch im Sinne einer Partizipativen Entscheidungsfindung werden unterstützt. Zudem ist eine Behandlungskontinuität sicherzustellen.

Notwendigkeit von Vernetzung

Ambulante Leistungen und 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 verbindliche Regeln zur Koordination und Vernetzung derselben. Vernetzung muss sich dabei auf fünf Ebenen vollziehen: (1) Trägerübergreifende Vernetzung, (2) Vergütungssystemübergreifende Vernetzung, (3) Zielgruppenspezifische Vernetzung, (4) Regionale Vernetzung, (5) Strukturübergreifende Vernetzung *[90]*.

Die Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer müssen angemessen vergütet werden. Zudem sollten die zuständigen Verwaltungseinheiten (z. B. Kommunen) personelle und technische Ressourcen für die Organisation des Netzwerks bereitstellen (z. B. Digitale Plattformen).

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

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

Mit dem Index of Fidelity to ACT (IFACT) liegt eine der ersten Skalen vor (Tab. 7). 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 [531]. Benutzerfreundlich gilt die 28-Item Dartmouth ACT Scale (DACTS), mit deren Hilfe sich verschiedene Behandlungsmodelle abbilden lassen [556]. Mit dem Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) liegt eine vergleichbar 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 [557]. Bei der Entwicklung und Validierung der Teamwork in Assertive Community Treatment (TACT) scale 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 [558].

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Der, in der systematischen Recherche, identifizierte Cochrane-Review berücksichtigt 40 RCTs zu intensiven aufsuchenden Behandlungsformen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse verweisen auf eine reduzierte stationäre Behandlungsdauer von etwa 7 bis 10 Tagen pro Person über 12 Monate, eine geringere Anzahl an Studienabbrüchen und größere Behandlungskontinuität durch ICM gegenüber herkömmlicher Behandlung Es zeigten sich Vorteile im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnens; für andere Outcomes psychosozialer Funktionen blieben die Aussagen wenig aussagekräftig (berufliche Teilhabe, GAF). ICM scheint auch langfristig die stationäre Behandlungsdauer positiv zu beeinflussen.

In den hier aufgezeigten Metaanalysen und RCTs finden sich keine Hinweise hinsichtlich unerwünschter Effekte. Die Mortalität blieb vergleichbar, wenngleich sich tendenziell eher ein geringeres Mortalitätsrisiko unter der Bedingung ICM gegenüber herkömmlicher Behandlung zeigte *[469]*.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich Intensive Case Management (ICM) vs. herkömmliche Behandlung (TAU), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, z. T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit *[469]*

Evidenz1	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Sign. Reduktion stat. Behandlungszeiten durch ICM (24 Monate)
Gering (⊕⊕⊖⊖)	ICM senkt Risiko für einen Behandlungsabbruch sign. ggü. TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ICM erhöht die Wahrsch. für unabhängiges Wohnens sign.
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ICM erhöht die Behandlungszufriedenheit der Patient:innen sign.
	Vergleich Intensive Case Management (ICM) vs. Nicht-ICM (NICM), direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen *[469]*
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ICM senkt stat. Behandlungszeiten ggü. NICM nur sehr gering
Gering (⊕⊕⊖⊖)	ICM senkt Risiko für Behandlungsabbruch ggü. NICM sign.
Gering (⊕⊕⊖⊖)	ICM zeigt vergleichbaren Effekt auf Zufriedenheit (Pat) wie Nicht-ICM
	Vergleich von Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) vs. herkömmliche Behandlung (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (*[547]*)
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	RACT führt zu Verbesserung psychosozialer Funktionen
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	RACT führt zu Verbesserung psychiatr. Symptomatik
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	RACT führt zu Verbesserung des Wohlbefindens

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Die Abbruchraten sind signifikant reduziert vergleicht man intensive aufsuchende Behandlungsformen mit herkömmlicher Behandlung; sie sind tendenziell reduziert im Vergleich von ICM gegenüber weniger intensiver CM-Behandlung. Die Ergebnisse verweisen – z.T. auf Einzelstudien basierend - auf eine verbesserte Behandlungszufriedenheit bei Patient:innen; gegenüber weniger intensivem CM ist diese tendenziell verbessert.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Versorgungsalltag: Ansätze des ICM sind in Deutschland bisher nicht regelhaft implementiert. Bisher gibt es v. a. im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung Angebote, die sich mehr oder weniger an dem international entwickelten Modell orientieren und z. T. verschiedene evidenzbasierte Ansätze miteinander kombinieren. Mit dem positiv evaluierten GBV-Projekt wurde vom Innovationsausschuss des G-BA eine Prüfung der Nutzung der Erkenntnisse für die regelhafte Gesundheitsversorgung empfohlen.

Internationale Ergebnisse in Dieterich et al. (2017) *[469]* verweisen auf keine wesentlichen Unterschiede bezogen auf verschiedene Kostenbetrachtungen; es konnten nur wenige Daten in diesem Bereich ausgewertet werden. In der britischen REACT-Studie 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 Patient:innen größer *[502]*.

RECOVER – ein gestuftes, integriertes und (sektorenüber greifend)-koordiniertes Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen – war mit deutlich niedrigeren jährlichen Gesamtkosten (-22 %), Gesundheits- und Sozialkosten (-25 %) und Krankenhauskosten (-50 %) verbunden. Effektivitätsanalysen zeigten ein signifikant besseres Ergebnis für RECOVER mit den vollständig zugerechneten Daten. Die Kosten-Effektivitäts-Analysen zeigten deskriptiv, dass RECOVER mit einer Wahrscheinlichkeit von > 95 Prozent kosteneffektiv war. Die Behandlung in RECOVER führte zu erheblichen Kostensenkungen bei besserer Kosteneffektivität *[1244]*.

Rationale

Die Suche nach Effektivitätsstudien zu intensiven Formen einer aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung konzentrierte sich auf zwei internationale Ansätze (ACT, ICM). Eingeschlossen wurden hier lediglich 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 der Cochrane Review von Dieterich *[469]*, in den 40 RCTs aus 176 Artikeln eingeschlossen sind. Der Einschluss zusätzlicher Einzelstudien im Rahmen der vorliegenden Leitlinie führt in diesem Falle zu keiner erweiterten Aussage und wird deshalb an dieser Stelle vernachlässigt.

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

In der **britischen Behandlungsleitlinie für Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis** (NICE 2014) greifen die Autor:innen auf den Cochrane-Review von 2010 *[530]* zurück. Eine ergänzende Suche führte zu keinen zusätzlichen Treffern. Die Empfehlung der Leitlinie lautet, ICM dann zu berücksichtigen, wenn Behandlungsabbrüche drohen *[365]*.

In der **S3-Leitlinie Schizophrenie der DGPPN** wurden die Empfehlungen aus der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien" (2. Auflage) übernommen und adaptiert *[4]*.

Im Leitfaden der **European Psychiatric Association (EPA)** wird in Empfehlung 2 die Einführung einer intensiven aufsuchenden Behandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die häufig stationäre Versorgung in Anspruch nehmen und schwer zu vermitteln sind oder immer wieder aus der Versorgung aussteigen mit einem Empfehlungsgrad B empfohlen. ICM kann zu einer kürzeren stationären Behandlungszeit, niedrigeren Abbruchquoten und einem besseren sozialen Funktionsniveau bei schwer psychisch erkrankten Menschen im Vergleich zur Standardversorgung (einfache ambulante Termine) führen. Die Empfehlung wurde auf der Grundlage der Übersichtsarbeit und Metaanalyse von Dieterich et al. (2017) getroffen *[469]*.

Systematische Übersichtsarbeiten

Im Rahmen eines **Cochrane-Reviews** wurden die Auswirkungen von ICM in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen in der Gemeinde im Vergleich zu Nicht-ICM (Fallzahl größer als 20) und zur herkömmlichen ambulanten Behandlung untersucht. Die Übersichtsarbeit umfasst 7.524 Teilnehmende aus 40 RCTs (Tabelle 24, Tabelle 25).

ICM versus Standardbehandlung: Verglichen mit herkömmlicher Behandlung zeigte sich eine Überlegenheit der intensiven aufsuchenden Behandlung hinsichtlich der Dauer stationärer Behandlungstage. So ließ sich letztere über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten um durchschnittlich 0.86 Tage pro Monat senken (n = 3.595, 24 RCTs, MD -0,86, 95 % KI -1,37 bis -0,34, geringe Qualität der Evidenz). Die Studienergebnisse deuten auf eine Reduktion von Tagen pro Person im Krankenhaus von etwa 7 bis 10 Tagen pro Jahr hin. Der Effekt auf die stationäre Behandlungshäufigkeit ist allerdings gering. ICM verringerte die Anzahl der Personen, die die Studie vorzeitig verließen (n = 1.798, 13 RCTs, RR 0,68, 95 % KI 0,58 bis 0,79, Evidenz von geringer Qualität). Patient:innen in der ICM-Gruppe blieben eher in den psychiatrischen Diensten (n = 1.633, 9 RCTs, RR 0,43, 95 % KI 0,30 bis 0,61). Es zeigten sich Vorteile im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnens (n= 1.303, 5 RCTs, RR 0.80, 95 % KI 0.66 bis 0.97). Es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede hinsichtlich unerwünschter Ereignisse (Suizidale Ereignisse: n = 1.456, 9 RCTs, RR 0,68, 95 % KI 0,31 bis 1,51, Evidenz von geringer Qualität). Unsicherheiten bestehen in der Beurteilung von Effekten auf psychosoziale Outcomes (Arbeitslosigkeit: n = 1.129, 4 RCTs, RR 0,70, 95 % KI 0,49 bis 1,0, Evidenz von sehr geringer Qualität). Kurzzeitstudien zeigten eine größere Verbesserung des GAF-Endpunkts bei den Teilnehmenden der ICM-Gruppe im Vergleich zu den Personen in der Standardbehandlung (Kurzzeit: n = 797, 4 RCTs, MD 2,07, 95 % KI 0,28 bis 3,86). Dieser Effekt wurde durch die Langzeitdaten bestätigt (n= 818, 5 RCTs, MD 3,41, 95 % KI 1,66 bis 5,16). Die durchschnittliche klinische Bedeutsamkeit wird als gering eingeschätzt. Ein Großteil der Daten zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit von Patient:innen und Angehhörigen ließ sich nicht zusammenfassend betrachten, weil die Studien viele verschiedene Skalen zur Messung dieser Ergebnisse verwendeten, von denen zudem einige nicht validiert waren *[469]*.

Zusatzinfo: Untersuchungen zu Langzeiteffekten *wurden in der britischen REACT-Study aufgezeigt, in der die Effektivität von ACT gegenüber einer multiprofessionellen ambulanten Behandlung mit vorwiegender „Kommstruktur" (CMHT) untersucht wurde. Es zeigte sich eine vergleichbare Effektivität hinsichtlich stationärer Behandlungsnotwendigkeit, Symptomausprägung, sozialer Funktionen und Lebensqualität, aber ein deutlicher Vorteil durch ACT hinsichtlich des Beteiligung und der Behandlungszufriedenheit der Betroffenen [545]. Nach 10 Jahren zeigte sich ein signifikanter Vorteil stationärer Behandlungstage in der Gruppe derjenigen Patient:innen, die im Beobachtungsverlauf im ACT verblieben oder in ein ACT oder in einen forensisch geprägten Service wechselten gegenüber denjenigen Patient:innen, die im CMHT verblieben oder vom ACT in ein CMHT oder gar in die Primärversorgung wechselten [546] (**Evidenzgrad Ib**).*

ICM versus Nicht-ICM: Wenn ICM mit Nicht-ICM für das Ergebnis der Inanspruchnahme von Dienstleistungen verglichen wurde, gab es mäßig hochwertige Belege dafür, dass ICM wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen pro Monat (n = 2.220, 21 RCTs, MD -0,08, 95 % KI -0,37 bis 0,21, mäßig hochwertige Belege) oder in der durchschnittlichen Anzahl von Einweisungen (n = 678, 1 RCT, MD -0,18, 95 % KI -0,41 bis 0,05, mäßig hochwertige Belege) im Vergleich zu Nicht-ICM macht. Allerdings zeigten die Ergebnisse, dass ICM die Zahl der Teilnehmenden, die die Intervention vorzeitig abbrachen, verringern kann (n = 1.970, 7 RCTs, RR 0,70, 95 % KI 0,52 bis 0,95, Evidenz von geringer Qualität) und dass ICM bei der Verringerung der Sterbefälle durch Suizide wenig oder keinen Unterschied macht (n = 1.152, 3 RCTs, RR 0,88, 95 % KI 0,27 bis 2,84, Evidenz von geringer Qualität). Für das Ergebnis sozialer Funktionen bestand Unsicherheit über die Wirkung von ICM auf die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Nicht-ICM (n = 73, 1 RCT, RR 1,46, 95 % KI 0,45 bis 4,74, Evidenz von sehr geringer Qualität). Allerdings war das Baseline-Risiko der Patient:innen in den beiden Vergleichsgruppen hinsichtlich der stationären Behandlungstage in den letzten zwei Jahren vor Studienbeginn unterschiedlich (ca. 6 Tage pro Monat in der ICM-Gruppe vs. TAU sowie ca. 3.4 Tage pro Monat in der Nicht-ICM-Gruppe vs. ICM). Hieraus könnten sich z. B. Hinweise auf die Erkrankungsschwere und

erforderliche Behandlungsform ableiten lassen. Berücksichtigen muss man auch, dass die Autoren:innen bei der Definition der Einschlusskriterien auf einen einzigen berücksichtigten Unterschied zwischen den verschiedenen 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. Bei der Mehrzahl der Studien bestand ein hohes Risiko der selektiven Berichterstattung *[469]*.

Tabelle 24: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von intensiver aufsuchender Behandlung

Autoren **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Land**	**Diagnosen** **Anzahl**	**Intervention**	**Kontrollintervention**	**Studien- und Follow up**
Dieterich et al. 2017 *[469]*	40 RCTs [1] USA, Australien, Kanada, UK, Schweden, Dänemark, Niederlande	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungslosigkeit N=7.524	Intensive Case Management (ICM)*	Herkömmliche Behandlung (k=28) CM mit hohem Betreuungs-schlüssel (>20 Pat./pro Mitarbeiter, k=11) TAU und CM (k=1)	Studiendauer: Bis zu 6 Monaten (k=1) bis 12 Monate (k=9) bis 4 Jahre (k=29, MW = 23,5 Monate
Norden et al. 2012 *[547]*	Selektion von 6 RCTs Montero 2001 Malm 2003 Grawe 2006 Veltro 2006 Pioli 2006 Sungur 2011 Norwegen, Schweden, Spanien, Italien, Türkei	Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=400	Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)	Herkömmliche Behandlung	Mehrheitlich Follow-up bis zu 24 Monaten

*In der Mehrheit der Studien orientierte man sich in der Definition der Experimentalintervention an den Kriterien von ACT. Lediglich wenige Studien basierten auf dem CM-Ansatz. Die Fallzahlhöhe war kleiner 20 Patienten pro Mitarbeiter.

[1] Aberg-Wistedt-Sweden 1995, Audini-UK 1994, Bjorkman-Sweden 2002, Bond-Chicago1 1990, Bond-Indiana1 1988, Bush-Georgia 1990, Chan-Hong Kong 2000, Chandler-California1, Curtis-New York 1992, Cusack-North Carolina, Drake-NHamp 1998, Essock-Connecticut1 1995, Essock-Connecticut2 2006, Ford-UK 1995, Hampton-Illinois 1992, Harrison-Read-UK 2000, Herinckx-Oregon 1996, Holloway-UK 1996, Jerrell-SCarolina1 1991, Johnston-Australia 1998, Lehman-Maryland1 1994, Macias-Utah 1994, Marshall-UK 1995, McDonel-Indiana 1997, Morse-Missouri1 1992, Morse-Missouri3 2005, Muijen-UK2 1994, Muller-Clemm-Canada 1996, Okpaku-Tennessee 1997, OPUS-Denmark 1999, Pique-California 1999, Quinlivan-California 1995, REACT-UK 2002, Rosenheck-USA 1993, Salkever-SCarolina 1999, Shern-USA1 2000, Solomon-Pennsylvania 1994, Sytema-Netherlands 1999, Test-Wisconsin 1985, UK700-UK 1999.

Tabelle 25: Effekte von intensiver aufsuchender Behandlung (aggregierte Evidenz)

	Dieterich et al. 2017 *[469]*		**Norden et al. 2012** *[547]*
	ICM vs. Standardbehandlung	**ICM vs. CM**	**RACT**
Merkmale klinischer Recovery			
Symptomschwere	+/~[1]		++
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery			
soziale Funktionen (GAF)	++[4]		++
Beschäftigungssituation	+	~[1]	
unabhängiges Wohnen	++		

Lebensqualität / Wohlbefinden	+/~[1]	~	++
Behandlungsassoziierte Merkmale			
stationäre Behandlungen	+	~	
stationäre Behandlungszeiten	++	+	
Behandlungsabbrüche	++	++	
Behandlungszufriedenheit	++	+	++
Unerwünschte Ereignisse			
Sterbefälle	+	~	
Kosteneffektivität			
Kosteneffektivität	++[2]/~[3]	~	

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; [1]: Befund aus einer Einzelstudie repliziert, [2]: bezogen auf stationäre Behandlungskosten; [3]: bezogen auf andere oder alle direkten Gesundheitskosten; [4]: kaum von klinischer Bedeutsamkeit

Weitere Analysen zeigten, 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" (Variablenkoeffizient ‚Organisationstreue' -0,36, 95 % KI -0,66 bis -0,07; vgl. Tabelle 26). Allerdings erwies sich im Hinblick auf eine Reduktion stationärer Behandlungszeiten das Niveau der Nutzung stationärer Behandlung im Vorfeld von größerer Bedeutung. Je höher der Ausgangswert der Krankenhausnutzung in der Population ist, desto besser scheint ICM in der Lage, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen (Variablenkoeffizient ‚Ausgangswert der Krankenhausnutzung' -0,20, 95 % KI -0,32 bis -0,10). Kombiniert man diese beiden Variablen innerhalb des Modells, ist die „Organisationstreue" nicht mehr signifikant, aber das Ergebnis der „Basis-Krankenhausnutzung" hat immer noch einen signifikanten Einfluss auf die Zeit im Krankenhaus (Regressionskoeffizient -0,18, 95 % KI -0,29 bis -0,07, P = 0,0027) *[469]*. Die frühen Befunde von Burns et al. 2007 ließen sich hier demnach replizieren *[548]*.

Tabelle 26: Modelltreueskala (Index of Fidelity to Assertive Community Treatment (IFACT) *[531]*

Komponenten/Kriterien der Modelltreueskala zu ACT		
Teamkomponenten	**Struktur und Organisation**	**Servicekomponenten**
Fallzahlhöhe	Patient wird primär vom ACT-Team versorgt	Anzahl/Zeit in-vivo-Kontakte (im Lebensumfeld)
Teamgröße	Behandlung findet unabhängig/entfernt von Klinik statt	Anteil an Kontakten/Zeiten in professionell genutzten Räumlichkeiten
Psychiatrische Expertise	Geteilte Verantwortung im Team	Anzahl aller Kontakte/Zeiten (inkl. Lebensumfeld, telefonische Kontakte, mit Angehörigen, mit Anderen)
Psychiatrische Pflegeexpertise	Tägliche Teambesprechungen	
	Teamleiter ist gleichzeitig Case Manager	
	Verfügbarkeit täglich rund um die Uhr	
	Service ist zeitlich nicht limitiert	

Eine Analyse mithilfe eines quantitativen und qualitativen Ansatzes im Rahmen des REACT Trials unterstreicht die **Bedeutung von ACT-Prinzipien**. Obwohl alle beteiligten Mitarbeitenden beider Interventionen die aktive Teilnahme der Betroffenen an der Behandlung als primäres Ziel definierten, ist die ACT-Intervention vielgestaltiger, flexibler und höherfrequent und letztlich erfolgreicher hinsichtlich des Engagements von Betroffenen, welche v.a. oft auch schwer zu erreichen bzw. in Behandlung zu halten sind. Besonders bedeutsam erscheinen hierbei die Kriterien des geringen Caseloads und die geteilte Verantwortung der Teammitarbeitenden für alle Patient:innen, die einen intensiven Austausch im Team inkludiert. Der ACT-Ansatz ermöglicht zudem stärker als die CMHT-Behandlung die vorwiegende Behandlung an Orten des persönlichen Umfelds der Patient:innen unter Einbeziehung von Familie und der Möglichkeit alltagsrelevante Aspekte der Betroffenen stärker zu berühren *[549]* (**Evidenzgrad III**).

In einer weiteren Metaanalyse wurde die Effektivität einer Weiterentwicklung von ACT untersucht *[547]*. ***Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)*** unterscheidet sich von dem klassischen Ansatz durch den stringenten Einbezug der Nutzenden. Betroffene und Angehörige bzw. weitere vertraute Personen der Patient:innen 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 (Nordén et al. 2012a). In der Behandlung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erwies sich RACT hinsichtlich psychosozialer Funktionen (ES=0.93 [95 % KI: -0.10 bis 1.96], k=6, N=400), psychopathologischer Symptomatik (ES=0.57 [95 % KI: -0.10 bis 1.25], k=6, N=400) sowie allgemeinen Wohlbefindens (ES=1.16 [95 % KI: 0.26 bis 2.07], k=5, N=345) 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.

Zusatzinfo: *In einer aktuellen randomisierten kontrollierten Studie wurde überprüft, ob der* ***Einsatz von Ressourcengruppen (RGs) im Rahmen der flexiblen gemeindenahen Behandlung (FACT)*** *im Rahmen eines Nachbeobachtungszeitraumes von bis zu 18 Monaten positive Auswirkungen auf die Selbstbestimmung und die genesungsbezogenen Ergebnisse bei Menschen mit psychischen Erkrankungen hat. Dafür wurden 158 Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in 20 FACT-Teams in den Niederlanden nach dem Zufallsprinzip FACT plus RG vs. FACT as usual (1:1) zugewiesen. In der Bedingung FACT plus RG wählten die Patienten Mitglieder aus ihren informellen und formellen Netzwerken, um eine RG zu bilden, die sich vierteljährlich traf, um selbst formulierte Genesungsziele zu besprechen. Die RG wurde in die multidisziplinäre Unterstützung durch das FACT-Team integriert. In der FACT-as-usual-Behandlung waren Empowerment und die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen ebenfalls Teil der Betreuung, jedoch ohne die Struktur der RG. Die Analysen zeigten, dass die Randomisierung in die RG-Behandlung mit einem klinisch signifikanten Anstieg des Empowerments (Cohen d, 0,54; 95% CI, 0,21-0,86) und verbesserten Ergebnissen mit kleinen bis mittleren Effektgrößen in Bezug auf die Lebensqualität (Cohen d, 0,25; 95% CI, -0,07 bis 0. 56), persönliche Genesung (Cohen d, 0,38; 95% CI, 0,06-0,69), Qualität der sozialen Kontakte (Cohen d, 0,24; 95% CI, -0,07 bis 0,56), psychosozialen Einschränkungen (Cohen d, 0,29; 95% CI, -0,03 bis 0,60), allgemeine Funktionsfähigkeit (Cohen d, 0,30; 95% CI, -0,01 bis 0,62) und soziale Funktionsfähigkeit (Cohen d, 0,28; 95% CI, -0,04 bis 0,59) einherging. Hinsichtlich der psychopathologischen Symptome, der Häufigkeit der sozialen Kontakte und der Beschäftigung wurden keine Unterschiede zwischen den Bedingungen festgestellt. Im Vergleich zu FACT as usual waren die Teilnehmenden, die in der RG-Bedingung bei der zugewiesenen Behandlung blieben, nach 9 (Cohen d = 0,45; t135 = -2,62; P = .009) und 18 (Cohen d = 0,41; t116 = -2,22; P = .02) Monaten zufriedener mit der Behandlung. Die Befunde betonen die Bedeutsamkeit einer netzwerkorientierten Versorgung [550].*

Eine intensive aufsuchende Behandlung wurde auch in der **Behandlung spezifischer Personengruppen** mit einer schweren psychischen Erkrankung evaluiert.

Im **Evidenzkapitel zu unterstützten Wohnangeboten** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird die internationale Literatur zu Wohnangeboten gekoppelt mit ACT bzw. ICM für **Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit** vertieft. Bereits frühere Arbeiten konnten aufzeigen, dass ACT und Intensive Case Management hinsichtlich der Reduktion von Wohnungslosigkeit sowie stationärer Behandlungen und Behandlungszeiten effektiv sind [551]. Auch Coldwell und Bender (2007) untersuchten die Effektivität von aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung bei wohnungslosen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und fanden hinsichtlich der Reduktion psychischer Symptome signifikante Unterschiede zugunsten von ACT gegenüber Kontrollgruppen, welche eine herkömmliche Begleitung durch einen Case Manager erhielten. Die Wohnungslosigkeit konnte um 37 Prozent reduziert werden. Keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen zeigten sich hinsichtlich der Reduktion von Klinikaufnahmen [552].

Case Management mit einem starken Bezug zu *Assertive Community Treatment* in einer integrativen Form bezüglich spezifischer Interventionen bei **Menschen mit einer schweren psychischen Störung und Substanzmissbrauch** führte nicht durchgängig zu einem reduzierten Missbrauche oder einer reduzierten psychischen Symptomatik. Es gab aber Hinweise darauf, dass die Betroffenen mit dieser Form der Unterstützung ein höheres Engagement gegenüber der Behandlung zeigten, stationäre Behandlungszeiten reduziert werden konnten, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wuchs und die Lebensqualität der Patient:innen insgesamt verbessert werden konnte [553].

In einem Cochrane Review wurden die Auswirkungen psychosozialer Interventionen zur Reduzierung des Substanzkonsums bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Standardversorgung ausgewertet. Es wurden 41 RCTs eingeschlossen, dabei konnten nur wenige der Daten für die Analysen genutzt werden. Die Autor:innen schlussfolgern, dass es bisher keine qualitativ hochwertigen Belege dafür gebe, dass eine bestimmte psychosoziale Behandlung der Standardbehandlung in Bezug auf wichtige Ergebnisse wie den Verbleib in der Behandlung, die Verringerung des Substanzkonsums oder die Verbesserung der psychischen Gesundheit oder des Allgemeinzustands von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Substanzmissbrauch überlegen ist. Sowohl durch Integrierte Versorgungsmodelle (ACT) im Vergleich zur Standardversorgung (36 Monate) wurden keine eindeutigen Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen in Bezug auf Behandlungsabbrüche (RR 1,09, [95 % KI 0,82 bis 1,45]; N = 603; k = 3; Evidenz von geringer Qualität), Mortalität (RR 1,18, [95 % KI 0,39 bis 3,57]; N = 421; k = 2; Evidenz von geringer Qualität), Alkoholkonsum (RR 1,15, [95 % KI 0,84 bis 1,56]; N = 143; k = 1; Evidenz von geringer Qualität), Substanzkonsum (Drogen) (RR 0,89, [95 % KI 0,63 bis 1,25]; N = 85; k = 1; Evidenz von geringer Qualität), Global Assessment of Functioning (GAF) Scores (MD 0,40, [95 % KI -2,47 bis 3,27]; N = 170; k = 1; Evidenz von geringer Qualität) oder die allgemeine Lebenszufriedenheit (QOLI) Scores (MD 0,10, [95 % KI -0,18 bis 0,38]; N = 373; k = 2; Evidenz von mittlerer Qualität) beobachtbar, als auch durch eine Nicht-integrierte Versorgung (ICM) im Vergleich zur Standardversorgung in Bezug auf die Anzahl der Behandlungsabbrüche nach 12 Monaten (RR 1,21, [95 % kI 0,73 bis 1,99]; N = 134; k = 3; Evidenz von sehr geringer Qualität) [554]. In der neuen S3-Leitlinie Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung (AWMF-Registernummer: 038-027) der DGPPN, welche parallel erarbeitet wird, stehen Menschen mit komorbider Störung im Mittelpunkt.

Die Evidenzlage zur Effektivität von ACT bei **Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und psychischen Störungen** ist deutlich schwächer [555].

Zusammenfassende Bewertung

Der, in der systematischen Recherche, identifizierte Cochrane-Review berücksichtigt 40 RCTs zu intensiven aufsuchenden Behandlungsformen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Der Großteil der Arbeiten ist über 25 Jahre alt. Die Ergebnisse verweisen auf eine reduzierte stationäre Behandlungsdauer von etwa 7 bis 10 Tagen pro Person über 12 Monate, eine geringere Anzahl an Studienabbrüchen und größere Behandlungskontinuität durch ICM gegenüber herkömmlicher Behandlung Es zeigten sich Vorteile im Bereich Wohnen durch ICM im Sinne einer höheren Wahrscheinlichkeit unabhängigen Wohnens; für andere Outcomes psychosozialer Funktionen blieben die Aussagen wenig aussagekräftig (berufliche Teilhabe, GAF). Ein Großteil der Daten zur Lebensqualität und zur Zufriedenheit ließ sich nicht zusammenfassend betrachten [469]. ICM scheint auch langfristig die stationäre Behandlungsdauer positiv zu beeinflussen [546].

Wenn ICM mit Nicht-ICM verglichen wurde, gab es mäßig hochwertige Belege dafür, dass ICM wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen oder in der durchschnittlichen Anzahl von Einweisungen im Vergleich zu Nicht-ICM macht. Allerdings zeigten die Ergebnisse auch hier, dass ICM die Zahl der Teilnehmenden, die die Intervention vorzeitig

abbrachen, verringern kann. Für das Ergebnis sozialer Funktionen bestand Unsicherheit über die Wirkung von ICM auf die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Nicht-ICM *[469]*.

Hinsichtlich der z. T. uneinheitlichen Ergebnisse werden sich annähernde Konzepte im Versorgungsalltag, unterschiedlich hohe Schwellen zur stationären Behandlungsinanspruchnahme und Aspekte der Modelltreue diskutiert *[548][530][1245][1141]*. So wurde wiederholt deutlich, dass die Dauer stationärer Behandlungen mit einer höheren Programmtreue zum *Assertive Community Treatment-Ansatz* korreliert; eine bedeutsamere Rolle spielt allerdings die Nutzung stationärer Behandlungen im Vorfeld. Je höher der Ausgangswert der Krankenhausnutzung in der Population ist, desto besser scheint ICM in der Lage, die Verweildauer im Krankenhaus zu verkürzen *[469]*.

Insgesamt stellt die intensiv aufsuchende Behandlung einen wirksamen Ansatz im Rahmen der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen dar. Bei entsprechender Indikation, v. a. häufiger stationärer Behandlungsnutzung, können verschiedene Ergebnisparameter sowie die Behandlungskontinuität verbessert werden. Als wirksam haben sich auch Weiterentwicklungen des Ansatzes (sog. *Resource Group Assertive Community Treatment (RACT)*, *[547]* sowie die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit durch ACT/ICM (**Evidenzkapitel zu unterstützten Wohnangeboten**) erwiesen.

Stark

Empfehlung 17 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Intensiv aufsuchende Behandlung bei Wohnungslosigkeit“**
Empfehlungsgrad **A**	Die Möglichkeit der intensiven aufsuchenden Versorgung soll Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit zur Verfügung stehen.
Evidenz	Verweis auf Wohnstudien (Housing First) → **Wohnen mit mobiler Unterstützung**
Konsensstärke	**Konsens (88 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 18 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Aufgabe multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teams“**
Empfehlungsgrad **EK**	Wesentliche **Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams** soll neben einer personenzentrierten Behandlung und Rehabilitation die gemeinsame Zuständigkeit des Teams für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und die Versorgungskontinuität sichern. Unter Einbezug des sozialen Umfeldes soll sich die Versorgung durch die multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams an den individuellen Erfordernissen orientieren; da wo möglich, sollen stationäre Behandlungen* vermieden werden.
Konsensstärke	**Konsens (82 %)** **Abstimmungsergebnis vom 06.12.2023**

** Im Sinne der Forderung nach einer „Behandlung, ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden, wobei 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 sollte und eine notwendige stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung gegebenenfalls ohne Verzögerung eingeleitet werden sollte.*

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise (mod)
Strukturqualität Die gemeindenahe 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/der Patientin
- 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 Patient:innen in Krisen in ihrem Lebensumfeld über die Dauer der akuten Krankheitsphase zu behandeln
- einer aufsuchenden und aktiv nachgehenden bzw. intensiven 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 (Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Angehörige psychiatrischer Pflege, Psycholog:innen und psychologische Psychotherapeut:innen sowie weitere Fachberufe, z. B. Ergotherapeut:innen, Sozialarbeitende, Sozialpädagog:innen, Sport- und Bewegungstherapeut:innen, Therapeut:innen der Künstlerischen Therapieansätze sowie Peermitarbeitende), wie sie auch in der stationären Behandlung Standard ist. Insbesondere im ambulanten Rahmen sind darüber hinaus Hausärzt:inne, also Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin bzw. hausärztlich tätige Fachärzt:inne für Innere Medizin und praktische Ärzt:innen an der Behandlung schwer psychisch kranker Patient:innen beteiligt. Sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde, zählen auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendpsychiater:innen dazu.

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

Bei akuter Selbst- und Fremdgefährdung, bei schwerer somatisch begründbarer psychischer Störung, bei ausgeprägtem aggressiven 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 und gemeindepsychiatrische tätige Fachleute, durch fachärztlich geleitete Schwerpunktpraxen, auch im Rahmen von leistungssektorenübergreifenden Verträgen.

Mögliche Leistungen

Ein sowohl 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 Patient:innen orientieren. Die Umsetzung der komplexen Behandlung erfordert die Selbstbestimmung der Patient:innen und der Angehörige. Das Empowerment der Beteiligten und eine aktive Beteiligung auch im Sinne einer Partizipativen Entscheidungsfindung werden unterstützt. Zudem ist eine Behandlungskontinuität sicherzustellen.

Notwendigkeit von Vernetzung

Ambulante Leistungen und 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 verbindliche Regeln zur Koordination und Vernetzung derselben. Vernetzung muss sich dabei auf fünf Ebenen vollziehen: (1) Trägerübergreifende Vernetzung, (2) Vergütungssystemübergreifende Vernetzung, (3) Zielgruppenspezifische Vernetzung, (4) Regionale Vernetzung, (5) Strukturübergreifende Vernetzung *[90]*.

Die Koordinations- und Kommunikationsleistungen der Leistungserbringer müssen angemessen vergütet werden. Zudem sollten die zuständigen Verwaltungseinheiten (z. B. Kommunen) personelle und technische Ressourcen für die Organisation des Netzwerks bereitstellen (z. B. Digitale Plattformen).

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

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

Mit dem Index of Fidelity to ACT (IFACT) liegt eine der ersten Skalen vor (Tab. 7). 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 [531]. Benutzerfreundlich gilt die 28-Item Dartmouth ACT Scale (DACTS), mit deren Hilfe sich verschiedene Behandlungsmodelle abbilden lassen [556]. Mit dem Tool for Measurement of Assertive Community Treatment (TMACT) liegt eine vergleichbar 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 [557]. Bei der Entwicklung und Validierung der Teamwork in Assertive Community Treatment (TACT) scale 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 [558].

9.4 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 *[559]*. Es ergab sich die Notwendigkeit einer Behandlungskoordination oder auch eines Unterstützungsmanagements *[560]*. So wurde gegen Ende der 70er Jahre in den USA das Konzept des Case Managements (CM) entwickelt *[561]*. CM kann in erster Linie als Strategie verstanden werden, die verschiedenen Versorgungsangebote beizumessen und zu koordinieren. Insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen sollte ein CM die sinnvolle und bedarfsgerechte Nutzung erforderlicher medizinischer, psychiatrischer und psychosozialer Hilfen ermöglichen *[564]*. CM bildet damit ein Angebot über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg und ist vor dem Hintergrund eines oftmals komplexen und fragmentierten Versorgungssystems international auch heute noch von Interesse.

CM umfasst ein breites Aufgabenspektrum. Dabei lassen sich verschiedene Formen von CM nicht scharf gegeneinander abgrenzen. Trotz der Unterschiede zwischen den verschiedenen Ansätzen sind **gemeinsame Prinzipien** von CM definiert worden *[565]*:

- Gestaltung der Behandler:in-Patient:in-Beziehung als Kernkomponente von CM,
- Erhalt von Behandlungskontinuität,
- Erreichbarkeit von Serviceleistungen,
- Individuelle bedarfsgerechte Unterstützung,
- Förderung von Unabhängigkeit im Alltag der Patient:innen,
- Sicht auf die Interessen der Patient:innen und entsprechende Versorgung.

In seiner elementarsten Form (**Brokerage Case Management** oder Makler Modell) übernimmt ein Case Manager bzw. eine Case Managerin die Beurteilung der individuellen Hilfebedarfe der Patient:innen, entwickelt mit diesen einen Hilfeplan, sorgt für eine Sicherstellung der erforderlichen Hilfen, überprüft deren Umsetzung hinsichtlich Qualität und Passung und hält den Kontakt zu den Patient:innen aufrecht *[566]*.

Thornicroft (1991) *[565]* definierte verschiedene Achsen, auf denen die **Charakteristika von Case Management** (z. B. Verantwortungsübernahme, Frequenz der Kontakte, Berufsgruppen, Spezialisierungen, Betreuungsschlüssel) in seiner Anwendung beschrieben werden können. Damit wurde deutlich, dass die konzeptionelle Breite des Begriffes, die Vielfalt der Achsen und die Schwierigkeit einer Operationalisierung einerseits für das (anhaltende) Interesse an CM (umfassender Ansatz von offensichtlicher Relevanz, Fehlen erkennbarer Nachteile), aber andererseits auch für dessen kritische Beurteilung (zu unbestimmt, ohne Störungsspezifik, administrativ überfrachtet) verantwortlich sind (*[565]*.

Ein Nachteil des Brokerage Case Management wurde darin gesehen, dass einzelne Case Manager:innen den Zugang zu und die Koordination der Versorgung oft nicht sicherstellen konnten, weil es ihnen an administrativer und finanzieller Kompetenz oder Verantwortung fehlte. Außerdem hatten viele Case Manager:innen oftmals keine Erfahrung in der klinischen Praxis oder in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen *[465]*. Daher wurden in der Folge differenziertere Modelle entwickelt, die zum Teil Überschneidungen zeigten und dennoch einen unterschiedlichen Schwerpunkt setzten. Mueser grenzte sechs **Modelle von Case Management** gegeneinander ab *[528]*.

Während im Rahmen von Brokerage Case Management (Tabelle 27) v. a. die Navigation durch das komplexe und unübersichtliche gemeindepsychiatrische Versorgungssystem entscheidend war *[568]*, umfasst das Aufgabenspektrum eines **Clinical Case Managements** mehr Funktionen; v. a. in der Anwendung von patientenzentrierten Interventionen wie Psychoedukation, Fertigkeitentraining und psychotherapeutische Interventionen sowie in kontextbezogenen Ansätzen (Einbezug der Familie und anderen Helfer:innen, Erhalt und Pflege der sozialen Netzwerke etc.) *[569]*.

Mit dem **Ressourcen- oder Stärken-Modell** *[570] [571]* richtete sich der Fokus verstärkt auf die individuellen Stärken der Patient:innen. Wichtige Elemente umfassen zudem die Beziehungsgestaltung zwischen den Beteiligten, die Selbstbestimmung der Patient:innen, den expliziten Alltagsbezug

und die Nutzung der unmittelbaren sozialen Umgebung als Ressource, eine aufsuchende Tätigkeit sowie die Überzeugung, dass kontinuierliches Lernen, Wachsen und Veränderungen auch bei schwerer psychischer Erkrankung möglich sind *[572]*. Das Stärken-Modell wird in seiner spezifischen Ausrichtung in einen engen Zusammenhang mit **Kapitel Recovery** gebracht *[207] [573]*.

Das **Rehabilitationsmodell** *[574] [575]* betont ebenfalls die Bedeutung der individuellen Bedürfnisse und Ziele der psychisch kranken Menschen bei der Planung und Umsetzung der Versorgungsleistungen. Eine Besonderheit dieses Ansatzes ist die starke Gewichtung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die es den Betroffenen ermöglichen, persönliche Ziele und eine dauerhafte Integration in das unmittelbare soziale Umfeld zu erreichen.

Tabelle 27: Merkmale verschiedener gemeindenaher Versorgungsmodelle nach Mueser (1998) *[528]*

	Gemeindenahe Versorgungsmodelle					
Programm-Merkmal	**Nichtintensive Modelle**		**Intensive Modelle**			
	Makler Modell	**Klinisches Case Management**	**Stärken Modell**	**Rehabilitations Modell**	**ACT**	**Intensive Case Management**
Betreuungs-schlüssel	1:50 (?)	1:30+	1:20-30	1:20-30	1:10	1:10
Aufsuchende Versorgung	selten	selten	gelegentlich	gelegentlich	oft	oft
Geteilte Verantwortung	nein	nein	nein	nein	ja	nein
24-Stunden Absicherung	nein	nein	nein	nein	oft	oft
Betonung von Fer-tigkeitentraining	nein	niedrig	mittelmäßig	hoch	mittelmäßig (?)	mittelmäßig (?)
Frequenz der Kontakte	niedrig	mittelmäßig	mittelmäßig	mittelmäßig	hoch	hoch
Ort der Kontakte	Institution	Institution	Gemeinde	Institution / Gemeinde	Gemeinde	Gemeinde
Integration der Interventionen	niedrig	mittelmäßig	niedrig (?)	niedrig (?)	hoch	hoch (?)
Direkte Versorgunsleistungen	niedrig	mittelmäßig	mittelmäßig	mittelmäßig	hoch	hoch
Zielpopulation	SMI	SMI	SMI	SMI	SMI / Hoch-nutzer	SMI / Hochnutzer

Erläuterungen: SMI Schwere psychische Erkrankungen; ACT Assertive Community Treatment; (?) Unklare Definition

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts wurde im Hinblick auf die Unterstützung von sehr schwer beeinträchtigten Personen mit chronischen psychischen Erkrankungen das Program for Assertive Community Treatment entwickelt *[494] [522]*. Während beim **Assertive-Community-Treatment-Ansatz** (ACT) Teamarbeit und die gemeinsame Verantwortung des Teams gegenüber einer Gruppe von Patient:innen im Vordergrund stehen, behält der Case Manager bzw. die Case Managerin anderer Ansätze die professionelle Autonomie und individuelle Verantwortlichkeit für die zu begleitenden Patient:innen *[574]*.

Ähnlich wie ACT wurde das **Intensive Case Management** (ICM) mit dem Ziel entwickelt, den Bedürfnissen von Hochnutzer:innen des Versorgungssystems zu begegnen *[526] [527]*. Kennzeichnend für ICM sind geringe Fallzahlen pro Mitarbeiter:in, aufsuchende Arbeit sowie Angebote trainierender Ansätze, wie z. B. ein Training von Alltagsfertigkeiten. Der Unterschied zum Konzept des ACT liegt auch hier in der Modellkomponente der geteilten bzw. autonomen Verantwortung der Mitarbeitenden für ihre Patient:innen *[528]*. Da sich in der Praxis die Konzepte immer weiter angenähert haben, werden beide Ansätze heute unter ICM subsumiert *[469]*. Die Autor:innen legen hierbei den Fokus auf die Betreuungsintensität, die pro Betreuer:innen unter 20 Patient:innen liegt. Andere Gemeinsamkeiten stützen sich auf das gemeindepsychiatrische Setting, auf Patient:innen mit hohem Unterstützungsbedarf oder auf die Schwerpunktsetzung praktischer Inhalte *[467]*. Unterschiede finden sich hingegen in der deutlich geringeren Betonung des Teamansatzes *[468]*. Ansätze von ICM und ihre Weiterentwicklungen werden an anderer Stelle der Leitlinie behandelt.

Schwach

Empfehlung 19 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung: „Case Management“
Empfehlungsgrad B	Case Management sollte Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und mit hoher Inanspruchnahme von stationärer Behandlung angeboten werden.
Konsensstärke	Starker Konsens (97 %) Abstimmungsergebnis vom 23.05.2024

Praktische Informationen

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

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 und damit verbundene besondere Erfordernisse nach einem höheren Koordinierungsaufwand. Letztere gelten insbesondere für besonders schwer erreichbare Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung, um eine ganzheitliche und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.

In Deutschland wird der Case-Management-Ansatz genutzt, wenngleich die Situation insgesamt wenig übersichtlich ist. 2005 hat sich in Deutschland die Deutsche Gesellschaft für Care- und Casemanagement (DGCC) gegründet, um die konzeptionelle Entwicklung und Implementierung von CM auch hierzulande zu unterstützen. Zentrale Aspekte werden auch hier mit der Beziehungsgestaltung, der aktiven Beteiligung der Betroffenen bei der Auswahl der Hilfen, der Koordination dieser und mit der Berücksichtigung der individuellen, familiären und sozialräumlichen Ressourcen mit dem Ziel, ein selbstbestimmtes Leben der Betroffenen zu unterstützen, definiert *[560]*. Psychiatrisches CM wurde erstmals im Rahmen eines Modellprojekts in München implementiert und evaluiert *[88]*. Zudem führte die APK CM als Methode bei der Implementierung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanens ein.

Insgesamt gibt es **vielfältige Modelle der Koordinierung psychiatrischer Hilfen durch verschiedene Berufsgruppen** (z. B. durch Ärzte und Ärztinnen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, psychiatrische Pflegepersonen, Sozialarbeiter:innen). Die Absprachen zur Hilfekoordination sind dabei wenig vereinheitlicht und eine Qualitätsüberprüfung erschwert. Die Soziotherapie nach § 37a SGB V (Kapitel **Matrix des deutschen Versorgungssystems**) ist dem Konzept von CM verpflichtet. CM kann auch im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX eine Möglichkeit bieten, Teilhabeplanung und Leistungen zur Teilhabe koordiniert im Sinne einer Fallsteuerung umzusetzen. Laut SGB IX haben die Leistungsträger der Eingliederungshilfe die Fallsteuerung bei der Umsetzung von CM zu übernehmen *[562]*.

Auch von einigen Krankenkassen wird Case Management eher als Fallsteuerung oder administrative Begleitung des Individuums durch Ärzte und Ärztinnen des Medizinischen Dienstes (MDK) oder Versicherungsangestellte bzw. Sozialarbeiter:innen der Krankenkassen verstanden *[563]*. Explizit 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 Patient:innen. Ebenso wenig können die Aufgaben der Koordination im Rahmen einer möglichen rechtlichen Betreuung übernommen werden.

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. Die oben zitierte randomisierte Studie von Puschner et al. (2011) *[582]* beschreibt eine zeitlich sehr umschriebene Versorgung im Sinne eines Entlass-Managements. Allerdings wurden Projekte Integrierter Versorgung (heute besondere Versorgung) verschiedener Krankenkassen evaluiert, die auch Case-Management-Module beinhalten *[87]*.

Definition

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 im Rahmen klinischer Studien in Deutschland kaum untersucht.

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 den Patient:innen 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 der Patient:innen zur Wahrung der eigenen Interessen im erforderlichen Rahmen.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Case Management bleibt trotz theoretisch definierter Ansätze ein heterogenes Konstrukt und wird in der Praxis und in den vorliegenden klinischen Studien unterschiedlich genutzt. Dieser Aspekt erschwert eine allgemeine Bewertung der Wirksamkeit von Case Management. Gegenüber intensiven Formen bleibt CM hinsichtlich einiger Outcomes, insbesondere der Beteiligung an der Behandlung und der Behandlungszufriedenheit sowie der stationären Behandlungszeiten mindestens tendenziell unterlegen *[469]*. Gegenüber herkömmlicher Behandlung zeigten sich geringe positive Effekte durch CM hinsichtlich der psychiatrischen Symptomatik, psychischer und allgemeiner Lebensqualität sowie eine Reduktion stationärer Behandlungstage. Ein großer Effekt wurde auf die Behandlungszufriedenheit sichtbar *[576]*.

Eine besondere Bedeutung hat möglicherweise ein **Stärken-orientierter Ansatz** *[588]*; allerdings stehen auch hier zuverlässige Befunde aus *[584]*. Bei der Umsetzung von CM sollten die Bedarfe der Betroffenen berücksichtigt und die einzelnen Komponenten einer gemeindenahen Versorgung integriert erbracht werden *[588]*.

Es gibt zudem Hinweise aus einer älteren Arbeit, dass unter bestimmten Voraussetzungen (geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hoher Inanspruchnahme von stationären Behandlungen durch den Patienten/die Patientin) Case Management im Sinne einer bedarfsorientierten Versorgung hilfreich sein kann *[548]*. Bei Studien mit **hoher Krankenhausnutzung zu Studienbeginn** war es wahrscheinlicher, dass ICM die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen reduzierte (Koeffizient -0,23; 95 % CI -0,36 bis -0,09). Die Wahrscheinlichkeit, dass Case-Management-Teams im Sinne des Assertive-Community-Treatment-Modells die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen reduzieren, war größer (Koeffizient -0,31; 95%CI -0,59 bis -0,03), aber dieses Ergebnis war in Sensitivitätsanalysen weniger robust *[548]*.

Keine unerwünschten Ergebnisse bekannt, eher tendenziell reduzierte Mortalitätsrate durch Suizide durch ICM vs. CM *[469]*

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Intensive Case Management vs. Nicht-intensives Case Management, direkte Evidenz aus RCTs *[469]*
Evidenz1	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	geringere stat. Behandlungszeiten: tendenzieller Unterschied zugunsten ICM vs. nicht-intensivem CM (nicht-sign.)
	weniger Behandlungsabbrüche: sign. Unterschied zugunsten ICM vs. nicht-intensivem CM
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich von Nicht-intensivem Case Management vs. Herkömmlicher Versorgung, direkte Evidenz aus RCTs *[576]*
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Psychiatrische Symptomschwere: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Psychische Lebensqualität: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Globale Lebensqualität: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	geringere stat. Behandlungszeiten: sign. Effekte zugunsten des CM bei geringer Effektstärke

	höhere Patientenzufriedenheit: Großer Effekt zugunsten der CM-Gruppe

[1] Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Reduktion von Behandlungsabbrüchen: sign. Unterschied zugunsten ICM vs. nicht-intensivem CM *[469]*

Erhöhung von Patientenzufriedenheit: Großer Effekt zugunsten der CM-Gruppe vs. Herkömmlicher Behandlung *[576]*

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Zuverlässige Daten liegen nicht vor.

Versorgungsalltag: In Deutschland wird der Case-Management-Ansatz vielfältig genutzt. Eine Umsetzung ist möglich über die Leistung der Soziotherapie nach SGB V und über die Assistenzleistung zur persönlichen Lebensplanung nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX.

Rationale

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

„Für Patienten mit Bipolaren Störungen“ wird in der **S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen** mit einer Empfehlungsstärke B empfohlen: „Ansätze des beziehungsorientieren Case Management“ auszubauen und anzubieten. „Dabei kommt dem Aspekt der Verbindlichkeit und der bedarfsweise nachgehenden Hilfegewährung besondere Bedeutung zu. Insbesondere die Vorgehensweise des Assertive Community Treatment (aufsuchende, teambasierte, gemeindenahe Versorgung) sollte angeboten werden. Die Versorgung von Patienten mit Bipolaren Störungen in akuten Phasen durch Kriseninterventions- und Home Treatment Teams sollte außerdem angestrebt werden. Entsprechende Angebote sollten ausgebaut werden.“ Damit betonen die Leitlinienautor:innen eine teambasierte Perspektive in der aufsuchenden Behandlung.

Systematische Übersichtsarbeiten

Verwiesen wird hier auf das Cochrane Review zur Effektivität von ICM *[469]* und den **Vergleich zwischen ICM und CM mit höherem Betreuungsschlüssel** (mehr als 20 Patient:innen pro Case Manager:in) bezogen auf ihre Wirksamkeit (**Kapitel Intensive aufsuchende Behandlung**). Wenn Nicht-ICM mit ICM für das Ergebnis der Inanspruchnahme von Dienstleistungen verglichen wurde, gab es mäßig hochwertige Belege dafür, dass CM wahrscheinlich einen geringen Unterschied zugunsten von ICM oder gar keinen Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl von Krankenhaustagen pro Monat oder in der durchschnittlichen Anzahl von Einweisungen im Vergleich zu ICM macht.

Zudem zeigte sich, dass ICM die Zahl der Teilnehmenden, die die Intervention vorzeitig abbrachen gegenüber CM verringern kann. Für das Ergebnis sozialer Funktionen bestand Unsicherheit über die Wirkung von ICM auf die Arbeitslosigkeit im Vergleich zu Nicht-ICM. Allerdings war das Baseline-Risiko der Patient:innen in den beiden Vergleichssets hinsichtlich der stationären Behandlungstage in den letzten zwei Jahren vor Studienbeginn unterschiedlich (ca. 6 Tage pro Monat in der ICM-Gruppe vs. TAU sowie ca. 3.4 Tage pro Monat in der Nicht-ICM-Gruppe vs. ICM). Hieraus könnten sich z. B. Hinweise auf die Erkrankungsschwere und erforderliche Behandlungsform ableiten lassen. Berücksichtigen muss man auch, dass die Autoren:innen bei der Definition der Einschlusskriterien auf einen einzigen berücksichtigten Unterschied zwischen den verschiedenen 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. Bei der Mehrzahl der Studien bestand ein hohes Risiko der selektiven Berichterstattung *[469]*.

Tabelle 28: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von nicht-intensivem Case Management

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studien- und Follow up
Dieterich et al. 2017 *[469]*	40 RCTs [1] USA, Australien, Kanada, UK, Schweden,	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch	Intensive Case Management (ICM)*	Herkömmliche Behandlung (k=28) CM mit hohem Betreuungs-schlüssel (>20 Pat./pro Mitarbeiter, k=11)	Studiendauer: Bis zu 6 Monaten (k=1) bis 12 Monate (k=9)

	Dänemark, Niederlande	und Wohnungs-losigkeit N=7.524		TAU und CM (k=1)	bis 4 Jahre (k=29, MW = 23,5 Monate(
Lim et al. 2022 *[576]*	28 Studien, davon 12 RCTs[2] in Metaanalyse USA, Schweden, Indien, Israel, Iran, U.K., Deutschland, Dänemark, Ungarn	Schwere psychische Erkrankungen, z.T. komorbider Substanzmissbrauch und Wohnungs-losigkeit N=3.960	Case Management* (definiert durch Bedarfserhebung, Behandlungs-planung und -koordination)	Herkömmliche ambulante Behandlung	Dauer der Interventionen (Durchschnitt) aller Studien (k=28): 16,3 Monate (SD=14.6)

*CM konnte auch spezifische Angebote enthalten, z.B. Psychoedukation, Fertigkeitentraining, Beratung und durch verschiedene Professionen erbracht werden (häufig durch Angehörige der Psychiatrischer Pflege sowie Sozialarbeiter:innen)

[1] Aberg-Wistedt-Sweden 1995, Audini-UK 1994, Bjorkman-Sweden 2002, Bond-Chicago 1990, Bond-Indiana1 1988, Bush-Georgia 1990, Chan-Hong Kong 2000, Chandler-California1, Curtis-New York 1992, Cusack-North Carolina, Drake-NHamp 1998, Essock-Connecticut1 1995, Essock-Connecticut2 2006, Ford-UK 1995, Hampton-Illinois 1992, Harrison-Read-UK 2000, Herinckx-Oregon 1996, Holloway-UK 1996, Jerrell-SCarolina1 1991, Johnston-Australia 1998, Lehman-Maryland1 1994, Macias-Utah 1994, Marshall-UK 1995, McDonel-Indiana 1997, Morse-Missouri1 1992, Morse-Missouri3 2005, Muijen-UK2 1994, Muller-Clemm-Canada 1996, Okpaku-Tennessee 1997, OPUS-Denmark 1999, Pique-California 1999, Quinlivan-California 1995, REACT-UK 2002, Rosenheck-USA 1993, Salkever-SCarolina 1999, Shern-USA1 2000, Solomon-Pennsylvania 1994, Sytema-Netherlands 1999, Test-Wisconsin 1985, UK700-UK 1999,

[2] Bjorkman, 2002, Chatterjee, 2014, Gelkopf, 2016, Kilbourne, 2012, Kilbourne, 2013, Litchenberg, 2008, Malakouti, 2016, Marshall 1995/Gray, 1997, Puschner, 2011, Simon, 2005/Simon, 2006, Speyer, 2016/Jakobsen, 2017, Varga, 2018

Lim et al. (2022) *[576]* untersuchten die Wirksamkeit von nicht-intensivem und nicht-teambasierten CM gegenüber herkömmlicher ambulanter Behandlung ohne CM. Die eingeschlossenen Modelle waren heterogen; nicht in allen Studien orientierte man sich an einem konzeptualisierten Modell aus der internationalen Literatur. Neben dem Stärkenmodell *[577] [578]* und dem Klinischen CM *[579][580]* wurde in den eingeschlossenen RCTs auch die Wirksamkeit des sog. Social-Service-Modells *[581]* untersucht. Es zeigten sich geringe positive Effekte durch CM hinsichtlich der psychiatrischen Symptomatik (11 RCTs, Hedges' g = 0.15, p = 0.03, hohe Heterogenität I^2 = 63,4 %, p = 0.002), psychischer (3 RCTs, Hedges' g = 0.26, p = 0.04) und allgemeiner Lebensqualität (5 RCTs, Hedges' g = 0.13, p = 0.002) sowie eine Reduktion stationärer Behandlungstage (4 RCTs, Hedges' g = 0.16, p = 0.002). Ein großer Effekt wurde auf die Behandlungszufriedenheit sichtbar (2 RCTs, Hedges' g = 0.92, p < 0.001). Die Behandlungskosten waren in der Kontrollgruppe größer (3 RCTs, Hedges' g = 0.26, p = 0.04, hohe Heterogenität I^2 = 87,1 %, p = 0,005) *[576]*.

Eingeschlossen wurde in Lim et al. (2022) *[576]* auch eine Studie aus Deutschland. Darin untersucht wurden die Auswirkungen einer bedarfsorientierten Entlassungsplanung in der Behandlung sog. Vielnutzer:innen psychiatrischer Gesundheitsdienste (N = 491) auf die Anzahl und Dauer psychiatrischer stationärer Behandlungsepisoden (primär) sowie auf die Inanspruchnahme ambulanter Dienste, auf Bedürfnisse, Psychopathologie, Depression und Lebensqualität (sekundär). Den Teilnehmenden an der Interventionsgruppe, wurde eine manualisierte, bedarfsorientierte Entlassungsplanung und -begleitung angeboten, die in zwei miteinander verknüpften Sitzungen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus und drei Monate danach durchgeführt wurde. Die Ergebnisse wurden zu vier Messzeitpunkten über einen Zeitraum von 18 Monaten nach der Entlassung bewertet. Die Analysen zeigten keinen Effekt der Intervention auf primäre oder sekundäre Ergebnisse. Die Autor:innen argumentieren, dass eine teambasierte gemeindenahe Versorgung für Menschen mit anhaltenden und schweren psychischen Erkrankungen vorteilhafter sein könnte *[582]*.

Tabelle 29: Effekte von nichtintensivem Case Management aus aggregierter Evidenz

	Dieterich et al. 2017 *[469]*	**Lim et a. 2022** *[576]*
	ICM vs. CM	CM vs. TAU
Merkmale klinischer Recovery		
Symptomschwere		++
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
Beschäftigungssituation	~[1]	
Lebensqualität	~	++
Behandlungsassoziierte Merkmale		
stationäre Behandlungen	~	~
stationäre Behandlungszeiten	+	++
Behandlungsabbrüche	++	

Behandlungszufriedenheit	+	++
Unerwünschte Ereignisse		
Sterbefälle	~	
Kosteneffektivität		
Kosteneffektivität	~	-

++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe+: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; [1]: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

Zusätzliche Evidenz aus Aggregationen von Studien mit verschiedenen Studiendesigns (Nicht-RCTs)

Stärkenmodell: 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) *[583]*. Ein weiterer kritischer Überblick über die Wirksamkeit von stärkenbasierten Ansätzen in psychosozialen Einrichtungen *[584]* verweist auf positive Ergebnisse aus sieben Studien hinsichtlich der Hospitalisierungsraten, des Beschäftigungs- und Bildungsniveaus sowie der intrapersonellen Ergebnisse wie Selbstwirksamkeit und Hoffnungsgefühl. Allerdings fußten lediglich zwei der eingeschlossenen Studien auf einem RCT-Design *[577] [585]*. Auch hier scheint die Modelltreue einen bedeutenden Einfluss auf die Outcomes (Klinikaufenthalte, Beschäftigungsraten) zu haben *[586]*. In einer kanadischen Studie konnte gezeigt werden, dass das Stärkenmodell bei hoher Implementierungstreue stärkere Arbeitsbündnisse zwischen Betroffenen und Fallmanager:innen fördern und zu größeren Verbesserungen hinsichtlich Lebensqualität, Hoffnung und Funktionsfähigkeit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beitragen kann *[587]*.

Harvey et al. 2022 *[588]* analysierten die Effektivität verschiedener gemeindenaher Versorgungsmodelle in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen hinsichtlich ihres klinischen, funktionalen und persönlichen Recovery-Prozesses. Die narrative Synthese wurde von Forschenden mit eigener Krisenerfahrung geleitet. Die Arbeit entspricht nicht den definierten Einschlusskriterien dieser Leitlinie, soll an der Stelle aber erwähnt werden, da die berücksichtigten Outcomes von Interesse sind. Die Autor:innen räumen dabei ein, dass der Begriff "Versorgungsmodell" zwar nicht allgemein definiert ist, aber im Allgemeinen die multidimensionale Art und Weise beschreibt, wie Gesundheitsdienste erbracht werden (Systemintervention). Definiert sein sollten in einem solchen Modell sowohl strukturelle Komponenten (Wie wird die Versorgung gestaltet?) als auch inhaltliche Komponenten (Was wird angeboten?) *[588]*.

In der narrativen Synthese zwischen 2016 bis 2021 erschienener qualitativer und quantitativer Studien wurde deutlich, dass das im Nachbarkapitel beschriebene Modell des **Intensive Case Managements (ICM)** hinsichtlich seiner Evidenzbasis **gegenüber dem CM oder der integrierten gemeindebasierten Versorgung** besser etabliert ist. Insbesondere hinsichtlich eines klinischen und funktionalen Recovery erwiesen sich intensive Versorgungsmodelle als wirksam. In dieser Übersicht wurden auch 10 Studien zu weniger intensiven integrierten gemeindenahen Modellen identifiziert. Case Management umfasste in diesen Studien typischerweise eine Bedarfsermittlung, erweiterte pharmakologische und soziale Interventionen, Monitoring, integriert mit einer Reihe von begleitenden Interventionen, z. B. in Form von Peer-Support, Interventionen zur körperlichen Gesunderhaltung, Fertigkeitentraining oder kognitivem Training *[588]*. Eine der eingeschlossenen Studien kam aus Deutschland *[589]*. Hinsichtlich der persönlichen Recovery zeigten stärkenorientiertes Case Management *[578]* und Case Management mit Peer-Unterstützung *[590]* positive Ergebnisse, einschließlich auf die Lebensqualität. Es wurden signifikante Verbesserungen bei der funktionellen *[591] [592] [593]* und der klinischen *[593] [591]* Genesung durch ein nicht-intensives Case Management mit integrierten Erweiterungen beobachtbar. Integrierte Modelle, die gleichzeitig die körperliche und psychische Gesundheit und die soziale Versorgung in den Blick nehmen, seien für die Nutzenden sehr akzeptabel und haben das Potenzial, die Dauer der Einbindung zu verlängern *[590]*. Ein stärkerer Einbezug an der Behandlung wirkte sich positiv auf die klinische und funktionelle Genesung aus *[594]*. Letztlich kommen die Autor:innen zu dem Schluss, dass die Notwendigkeit eines multidisziplinären Teamansatzes (Integration verschiedener Angebote oder explizit teambasiert) wahrscheinlich erforderlich ist, das gilt auch für den Einbezug der Perspektive der Nutzenden. Es bestehe weiterer Forschungsbedarf, um Empfehlungen für eine bestmögliche Versorgung schwer psychisch kranker Menschen hinsichtlich ihrer Recovery ableiten zu können *[588]*.

9.5 Evidenzkapitel: Psychoedukation

Hintergrund

Xia et al. (2011) *[595]* 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 *[595]*. Grundsätzlich gibt es verschiedene Wege der Wissenserweiterung hinsichtlich Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten für Patient:innen, die auch an verschiedenen Stellen in dieser Leitlinie adressiert werden (**Evidenzkapitel Peer-Support, Mediengestützte Edukation und Selbsthilfe**). In diesem Kapitel soll auf **manualisierte psychoedukative Interventionen in einem direkten Kontakt** zwischen Betroffenen und Angehörigen und Behandelnden fokussiert werden, die primär auf eine Wissenserweiterung zielen.

Wissenserweiterung durch Psychoedukation ist auch in Zusammenhang mit dem in Deutschland zunehmend an Interesse gewinnenden Konzepts von **Health Literacy** zu sehen. Allerdings ist dieses wesentlich umfassender und bisher nicht einheitlich definiert. Vogt et al. (2016) *[104]* geben eine ausführliche Übersicht über Meilensteine der internationalen Entwicklung des Konzepts. Health Literacy kann auf der einen Seite ganz verschiedene *Fähigkeiten* einschließen, „die Menschen motivieren und [ihnen] ermöglichen, eigenständig Zugang zu [relevanten] Informationen zu finden, diese zu verstehen und so zu nutzen, dass sie zur *Gesundheitserhaltung und -förderung* beitragen." Hierin wird ein entscheidender Bestandteil von *Empowerment* gesehen. Auf der anderen Seite kann Health Literacy Aspekte der Gestaltung des Gesundheitssystems, um beispielsweise den Zugang zu relevanten Informationen und ein Navigieren durch das System zu erleichtern, umfassen. In Deutschland wurde Health Literacy zunächst unter dem Begriff „Gesundheitskompetenz" eingeführt; auch hier fehlt es an einer verbindlichen Konzeption, an wissenschaftlicher Evaluation und an geeigneten Interventionen *[104]*.

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." *[596]*.

Der **Begriff „Psychoedukation"** wurde erstmals durch Anderson et al. (1980) *[597]* in Zusammenhang mit einer Kombination von informativer Aufklärung der Patient:innen über die Erkrankung und die medikamentöse Behandlung in Verbindung mit Ansätzen eines Fertigkeitentrainings und einer Angehörigenberatung verwendet. Die Notwendigkeit der Entwicklung psychoedukativer Ansätze ergab sich aus der Zunahme verschiedener Interventionsmöglichkeiten, was eine größere Entscheidungskompetenz und Mitwirkungsfähigkeit der Betroffenen erforderte. Aufgrund der großen Bedeutung der Angehörigen, deren persönlicher Belastungen und der Notwendigkeit, Fähigkeiten zu unterstützen, mit der Erkrankung und allen damit verbundenen Herausforderungen innerhalb der Familie umzugehen, entwickelten sich aus verschiedenen Bestrebungen heraus Konzepte, in denen Angehörige einen aktiveren Part übernahmen (→ **Evidenzkapitel Familien- und Angehörigeninterventionen**). Bei McFarlane et al. (2003) *[598]* findet sich eine frühe Aufzeichnung über eine Reihe verschiedener psychoedukativer Familieninterventionsmodelle.

Parallel zu den Entwicklungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum hat sich in Deutschland ein psychoedukatives Behandlungsverfahren etabliert, das die essentiellen Informations- und Copingelemente in ein Programm von 8 bis 10 Gruppensitzungen integriert. Im Rahmen der 1996 gegründeten **Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"** wurden zunächst Konzepte zur Behandlung der Schizophrenie und schizoaffektiven Störungen erarbeitet. Grundsätzliche Prinzipien der Psychoedukation gelten darüber hinaus jedoch auch zur Behandlung anderer psychiatrischer Krankheitsbilder und lassen sich ferner in diagnoseübergreifende Programme übertragen. Inzwischen existiert auch eine Fülle an Manualen störungsspezifischer Psychoedukation bei Angststörungen, Bipolaren Störungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen und komorbiden Störungen sowie zur Psychoedukation diagnoseübergreifender Gruppen. Zudem wurden spezielle Ansätze für verschiedene Settings (z. B. berufliche Rehabilitation, Wohnungslosenhilfe) entwickelt *[596]*.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 20 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Informiertheit als Grundlage"**
Empfehlungsgrad **EK**	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 gesundungsfördernden Verhaltens. Menschen mit Migrationshintergrund sollten diese Informationen unter Berücksichtigung des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds erhalten können.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Stark

Empfehlung 21 **Geprüft**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Psychoedukation"**
Empfehlungsgrad **A**	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.
Konsensstärke	Konsens

Praktische Informationen

In diesem Kapitel wurden Studien und Übersichtsarbeiten vorgestellt, in denen die Effektivität manualisierter psychoedukativer Interventionen in einem direkten Kontakt zwischen Betroffenen und Angehörigen sowie Behandlelnden 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. 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.

Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum

Ein in Deutschland konzipiertes und evaluiertes psychoedukatives Behandlungskonzept erwies sich bezogen auf verschiedene Zielgrößen auch über einen längeren Zeitraum hinweg als wirksam *[1248][1249]*. In einer anderen Studie wurde deutlich, dass erst durch eine Kombination von Psychoedukation mit weiteren Ansätzen (Kognitive Therapie, Angehörigenarbeit) Effekte auf die Rückfallrate gegenüber einer Freizeitgruppe sichtbar werden; die allerdings bis zu 5 Jahren anhielten *[1250]*. Gegenüber KVT erwies sich Psychoedukation gleichwertig oder unterlegen *[1251][1252][1253][1254]* [1]. Die Studien werden im Folgenden kurz beschrieben.

In einer Multicenter-Studie in München mit 236 Patienten (**Psychose Informations Projekt, PIP**) wurden die Langzeiteffekte von kurzen bifokalen Psychoedukationsgruppeninterventionen (8 Sitzungen) bei Patient:innen mit Schizophrenie und deren Angehörigen untersucht *[1248][1249]*. Die Patient:innen der Kontrollgruppe erhielten eine herkömmliche Behandlung in Form von medikamentöser Behandlung und monatlichen motivierenden Gesprächen. Nach dem vierten Follow-up-Jahr erfolgte die Weiterbehandlung durch einen niedergelassenen Facharzt/eine Fachärztin für Psychiatrie. Nach 12 und 24 Monaten zeigten sich deutliche Vorteile in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe bezogen auf behandlungs- und krankheitsassoziierte Merkmale. Innerhalb von 12 Monaten erfolgten für 21 Prozent der Patient:innen aus der Experimentalgruppe stationäre Wiederaufnahmen im Vergleich zu 38 Prozent wiederaufgenommener Patient:innen aus der Kontrollgruppe. Nach 24 Monaten betrug die durchschnittliche Aufnahmerate 41 Prozent in der Informationsgruppe und 58 Prozent in der Kontrollgruppe. Dabei schien die Anzahl vorausgegangener psychotischer Episoden einen starken Einfluss auf die Häufigkeit stationärer Wiederaufnahmen zu haben. Nach 24 Monaten war die Anzahl von stationären Behandlungstagen in der Kontrollgruppe doppelt so hoch im Vergleich zur Experimentalgruppe. Die durch die Behandelnden eingeschätzte Compliance schien deutlich höher in der Informationsgruppe. Psychopathologische Symptome waren innerhalb der Informationsgruppe auch nach 24 Monaten signifikant reduziert und das soziale Funktionsniveau erhöht. Sieben Jahre nach Intervention (Substichprobe von N = 48) blieb die durchschnittliche Anzahl stationärer Wiederaufnahmen pro betroffener Person in der Experimentalgruppe signifikant reduziert (54 % vs. 88 %). Dabei erwies sich auch die Zeit bis zur ersten stationären Wiederaufnahme in Abhängigkeit von der Intervention zugunsten der Psychoedukationsgruppe signifikant unterschiedlich. Nach sieben Jahren betrug die durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungstage in der Experimentalgruppe 75 Tage im Vergleich zu 225 Tagen in der Kontrollgruppe. Ausgehend von einer durchschnittlichen stationären Behandlungspauschale pro Tag von ca. 250 € in Deutschland, ließen sich innerhalb des betrachteten Zeitraumes von sieben Jahren die anfallenden stationären Behandlungskosten um ca. 37.500 € pro Patient:in reduzieren. Es gab nach sieben Jahren keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der psychopathologischen Symptomatik bzw. der sozialen Funktionen sowie der Lebensqualität.

Zusatzinformation: Die Münchner Kolleg:innen untersuchten in einer weiteren randomisierten Studie den Einfluss kognitiver Funktionen und der Psychopathologie auf den Wissenserwerb durch Psychoedukation (Munich Cognitive Determinants of Psychoeducation and Information in Schizophrenic Psychoses (COGPIP) Study). Dabei wurden 116 Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und langer Erkrankungsdauer zufällig einem neurokognitiven Training oder der Kontrollgruppe (TAU: stationäre Routinebehandlung und psychosoziale Therapien ohne kognitives Training in vergleichbarem zeitlichen Umfang) zugewiesen. Unmittelbar im Anschluss erfolgte eine manualisierte Psychoedukation (8 Sitzungen, bifokal); beobachtet wurden die Patient:innen über 9 Monate. Neben dem krankheitsbezogenen Wissen zu Baseline erwiesen sich kognitive Funktionen (insbesondere verbale Lern- und Merkfähigkeit) im Rahmen von Psychoedukation hinsichtlich des Erwerbs von Krankheitswissen prädiktiv; nicht so das Ausmaß der psychopathologischen Symptomatik. Entgegen den Erwartungen zeigte das vorgeschaltete kognitive Training keinen signifikanten Effekt *[1255]*. Die kognitiven Funktionen hatten keine Vorhersagekraft hinsichtlich weiterer Outcomes (Compliance, stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit im 9-Monats-Verlauf) *[1256]*.

Im Rahmen der **Münsteraner Studie** wurden 191 ambulante Patient:innen mit einer schizophrenen Erkrankung und einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 8,3 Jahren nach Entlassung aus einer stationären Behandlung untersucht. Die Patient:innen wurden fünf verschiedenen Behandlungsbedingungen zugeordnet.

Positive Effekte wurden erst durch eine Kombination von Psychoedukation, Kognitiver Therapie und Angehörigenarbeit deutlich. Alleinige Psychoedukation erwies sich gegenüber der Kontrollintervention (Freizeitgruppe mit vergleichbarer Intensität) nicht überlegen. Nach zwei Jahren betrug die Rückfallrate im kombinierten Interventionssetting 24 Prozent, in der Kontrollgruppe dagegen 50 Prozent (Psychoedukationsgruppe: 44 %). Mit Hilfe der Brief Psychiatric Rating Scale ließen sich ebenfalls Vorteile innerhalb der Therapiegesamtgruppe finden, die jedoch die Signifikanz knapp verfehlten. Vorteile zeigten sich in den Bereichen psychosozialer Funktionen und behandlungsrelevanter Einstellungen (Hornung et al. 1999b; Buchkremer et al. 1997). Fünf Jahre nach Interventionsende zeigten sich anhaltende Vorteile bezogen auf die Anzahl der Patient:innen mit stationärer Behandlungsindikation (Psychoedukatives Training, kognitive Verhaltenstherapie und Angehörigenberatung: 41 % bzw. Kontrollintervention: 68 %), nicht jedoch bezogen auf psychopathologische Symptome und soziale Funktionen *[1250]*.

Zusatzinformation: Im Rahmen einer RCT wurde der Einfluss der Erkrankungsdauer vor Studienbeginn auf die Effekte einer psychoedukativen Intervention bei Patient:innen mit einer Schizophrenie untersucht *[1257]*. Als Zielgröße wurde die Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme innerhalb von fünf Jahren definiert. Patient:innen mit einer langen Erkrankungsdauer (mehr als sieben Jahre) schienen nicht von einer psychoedukativen Intervention zu profitieren, ebenso wenig Patient:innen mit einer sehr kurzen Erkrankungsdauer (weniger als fünf Jahre). Grundsätzlich wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass eine Erkrankungsdauer von weniger als sieben Jahren, stärker noch eine mittlere Erkrankungsdauer von fünf bis sieben Jahren, die Wirksamkeit einer Psychoedukation hinsichtlich der Reduktion von stationären Wiederaufnahmen erhöht. Die Autor:innen argumentieren, dass schizophren erkrankte Menschen mit einer sehr langen Erkrankungsdauer aufgrund verhafteter dysfunktionaler Annahmen schwerer durch psychoedukative Interventionen erreichbar seien, hingegen Patient:innen in einem sehr frühen Krankheitsstadium möglicherweise dazu neigen, die eigene Erkrankung zu verkennen.

Bechdolf und Kollegen verglichen die **Effekte einer 16 Sitzungen umfassenden kognitiven Verhaltenstherapie im Gruppenformat (KVT) gegenüber den Effekten eines psychoedukativen Gruppenprogramms (PE)** über acht Sitzungen bei 88 stationär behandelten Patient:innen mit der Diagnose einer Schizophrenie in einer akuten Erkrankungsphase. Das Psychoedukationsprogramm umfasste wissensvermittelnde Inhalte zur Erkrankung und Rückfallprävention. Die KVT-Gruppe fokussierte auf die Erweiterung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien sowie auf eine verstärkte Rückfallprävention. Während sich in einem Follow-up-Zeitraum von sechs Monaten signifikante Unterschiede hinsichtlich der Anzahl stationär wiederaufgenommener Patient:innen zuungunsten von PE zeigten, wurden nach 24 Monaten keine deutlichen Unterschiede bezogen auf die Anzahl stationär wiederaufgenommener Patient:innen evident. Auf deskriptiver Ebene zeigte sich jedoch, dass weniger Patient:innen der KVT-Gruppe (21.8 %) stationär wiederaufgenommen wurden und durchschnittlich 71 Tage weniger in stationärer Behandlung verweilten sowie eine höhere Compliance aufwiesen. Auf Symptomebene fanden sich für beide Gruppen positive Effekte in einem Prä-Post-Vergleich, nicht jedoch in einer Gegenüberstellung der beiden Gruppen *[1252][1253]*. In einer Sekundäranalyse wurde deutlich, dass sich die Lebensqualität über fast alle untersuchten Domainen über einen Beobachtungszeitraum von sechs Monaten in beiden Gruppen signifikant verbesserte; es zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede *[1254]*.

Ziel einer weiteren Studie war die Untersuchung der **Wirksamkeit von KVT bei Patient:innen mit wiederholter depressiver Phase in aktueller Remission gegenüber Psychoedukation**. Es ist anzunehmen, dass es sich hierbei bei der Mehrheit der Betroffenen um schwer psychisch kranke Menschen im Sinne der Zielgruppe der vorliegenden Leitlinie handelte; viele der Betroffenen waren bereits über viele Jahre erkrankt und blickten auf häufige stationäre Aufenthalte zurück. Innerhalb eines 12-monatigen Follow-up-Zeitraumes zeigten sich keine Vorteile durch eine der beiden Interventionen hinsichtlich des Rückfallrisikos (KVT: 51 % vs. PE: 60 %) sowie der Zeit bis zum nächsten Rückfall (Median: KVT: 607 Tage vs. PE: 531 Tage). Allerdings wurde ein Zusammenhang zwischen der Intervention und der Anzahl vorausgegangener Episoden beobachtet. Erst bei fünf oder mehr Episoden im Vorfeld wurde ein signifikanter positiver Effekt durch KVT hinsichtlich des Rückfallrisikos evident; dieses war unter der KVT-Bedingung um 38 Prozent reduziert *[1251]*.

Im Rahmen einer postalischen Umfrage zur Häufigkeit und Durchführung von Psychoedukation bei Schizophrenie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2003 wurde deutlich, dass lediglich ein Fünftel der Patient:innen und etwa jeder 50. Angehörige Psychoedukation erhalten *[1258]*. In 84 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Kliniken (Rücklaufquote von 54 %) wurde Psychoedukation bei Schizophrenie üblicherweise als Gruppenintervention mit bis zu 10 Patient:innen einmal pro Woche über 50 bis 60 Minuten in 8 bis 12 Sitzungen durchgeführt. Angehörigengruppen wurden 14-tägig für 6 bis 15 Teilnehmende in sieben Sitzungen angeboten. Die Mehrheit der Antwortenden griff dabei auf Manuale zurück. Fehlendes Personal (35 %) sowie mangelnde zeitliche Ressourcen (29 %) wurden als Hauptursachen für eine fehlende Implementierung von Psychoedukation benannt.

In einer Folgeerhebung fünf Jahre später lag die Responserate bei 58 Prozent. 93 Prozent der Einrichtungen boten zum Befragungszeitpunkt psychoedukative Angebote an. Diese adressierten hauptsächlich Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (86 %) sowie depressive Erkrankungen (67 %), seltener Angststörungen (18 %) oder Abhängigkeitsstörungen (17 %). 25 Prozent der Einrichtungen boten diagnoseunspezifische Gruppen an. Unter der 10 %-Schwelle liegend wurden weitere diagnosespezifische Interventionen (u. a. Persönlichkeitsstörungen, bipolare Störungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, Komorbidität von Schizophrenie und Sucht, ADHS und frühe Psychosen) angeboten. Der Psychoedukation wird nach der Pharmakotherapie (99 %) und der Ergotherapie (95 %) die größte Relevanz zugeordnet. Im Vergleich zur ersten Erhebung wird ein Anstieg von Psychoedukation deutlich *[1259]*.

Ein weiterer Survey untersuchte die Verbreitung von Gruppenpsychoedukation für Angehörige von Patient:innen mit der Diagnose einer depressiven Erkrankung in stationärer Akutbehandlung in Deutschland (Responserate: 50.2 %). Etwa ein Drittel aller Kliniken (35.4 %) bot eine entsprechende Intervention an. Schätzungen zufolge erhielt circa ein Angehöriger von fünf im Jahre 2011 ein psychoedukatives Gruppenangebot. In 78 Prozent der Fälle wurde der erkrankte Angehörige nicht einbezogen. Ungefähr ein Drittel der Angebote fand in manualisierter Form statt. Die Anzahl der Sitzungen war eher gering. Gründe für fehlende Angebote wurden in erster Linie mangelnden Ressourcen zugeschrieben *[1475]*.

Auch im ambulanten Setting hat sich Psychoedukation bisher nicht regelhaft etablieren können. Angebote an Institutsambulanzen und Polikliniken können im Rahmen des pauschal vergüteten ärztlich-psychologischen Leistungskataloges durchgeführt werden. Eingeschränkte Möglichkeiten ergeben sich für den niedergelassenen Vertragsarzt bzw. die Vertragsärztin oder den psychologischen Psychotherapeuten bzw. die psychologische Psychotherapeutin hinsichtlich der Abrechnung psychoedukativer Interventionen *[1261]*. Chancen für psychoedukative Angebote dürften sich im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V *[1262]* oder der Psychotherapie-Richtlinie eröffnen.

[1] Die hier aufgeführten Studien wurden in der Mehrheit in den vorgestellten Metaanalysen berücksichtigt. Aufgrund der Bedeutsamkeit dieser Studien für diese Leitlinie sollen hier die wichtigsten Ergebnisse aufgeführt werden.

Ergänzende Hinweise

Rahmen zur Durchführung von psychoedukativen Gruppeninterventionen

- 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 trialogischen 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 Betroffenen, alle 1 bis 3 Wochen bei Angehörigen
- Einverständniserklärung der Betroffenen 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 Patient:innen zu jedem Zeitpunkt der Intervention Rechnung zu tragen
- Adäquate und regelmäßige Reflexion des Interventionsprozesses durch Supervision oder Intervision
- Leitung und Ko-Leitung unter der Voraussetzung erforderlicher Qualifikationen: Psychoedukative Gruppen wurden schwerpunktmäßig im klinischen Kontext, zunehmend aber auch in unterschiedlichen ambulanten Behandlungs- und Versorgungszusammenhängen von einer Breite unterschiedlicher Berufsgruppen durchgeführt. Psychoedukation ist z. B. auch im Rahmen von Psychiatrischer häuslicher Krankenpflege nach SGB V umsetzbar. 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.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Evidenz zur Effektivität von (manualisierter) Psychoedukation liegt v. a. für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Es finden sich auch zahlreiche Studien zur Psychoedukation bei bipolarer Erkrankung. Für andere schwere psychische Störungen liegt weit weniger Evidenz vor. Da diagnoseunabhängige psychoedukative Konzepte für die praktische Versorgung von größter Relevanz sind, werden sie in diesen Leitlinien besonders berücksichtigt, auch wenn die wissenschaftliche Evidenz hierfür schwach ist.

Unerwünschte Ereignisse sind nicht systematisch evaluiert.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

Zur Bewertung wurden ausnahmslos RCTs bzw. systematische Reviews und Metaanalysen von RCTs berücksichtigt. Formal handelt es sich daher um Evidenz mit dem Evidengrad Ia-Ib.

Allerdings ist die Studienqualität als überwiegend moderat bis schwach einzuschätzen, somit muss ein Bias in der Mehrheit der Studien angenommen werden (s. Leitlinienreport 2. Auflage). Die Stichprobenumfänge der Untersuchungen waren z. T. klein. Die Beobachtungszeiträume lagen mit wenigen Ausnahmen zwischen 6 und 24 Monaten. Trotz zahlreich existierender RCT's lassen sich aufgrund der Heterogenität der Studien hinsichtlich Intervention, Format, Zielgruppe, Dauer etc. und untersuchten Outcomes oft nur einige der Zielgrößen in einer quantitativen Analyse poolen.

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung. Verwiesen wird an der Stelle auf das Neue Kapitel der Leitlinie zu Familien- und Angehörigeninterventionen.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Die Abbruchraten schwanken in den einzelnen Studien erheblich. Allerdings ist aus dem Großteil der bisher vorliegenden Studien nicht ersichtlich, dass die Abbruchraten in den Interventionsgruppen überwiegen. Familieninterventionen haben eher noch einen förderlichen Aspekt, Abbruchraten sinken tendenziell.

Ressourcen

Versorgungsalltag: Psychoedukation ist noch nicht regelhaft etabliert. PE wird eher im stationären Behandlungssetting als im ambulanten Sektor angeboten. Neben zahlreichen störungsspezifischen Ansätzen findet sich in der Praxis auch ein störungsübergreifendes Vorgehen. Patientenfokussierte Psychoedukation findet häufiger statt; Angehörige werden seltener in spezifische Interventionen einbezogen.

Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Psychoedukation liegen kaum vor. Die wenigen Analysen verweisen unter dem Aspekt der Reduktion von Rückfällen und stationären Wiederaufnahmen auf eine mögliche Kosteneffektivität. Bei Pharoah et al. (2010) *[602]* findet sich eine entsprechende Analyse. Die Autoren 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.

In Großbritannien untersuchten Camacho et al. (2017) *[1246]* die Kosteneffektivität von 21 Sitzungen andauernder Gruppenpsychoedukation (N = 153) gegenüber unstrukturierter Peer-unterstützter Gruppe über eine vergleichbare Anzahl von Sitzungen (N = 151) in der Behandlung von Patient:innen mit bipolarer Störung (vgl. *[619]*). Psychoedukation verursacht zunächst höhere Kosten, die sich aber v. a. auf eine höhere und intendierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, weniger durch die direkten mit dem Programm verbundenen Kosten zurückführen ließen. Unter dieser Voraussetzung ist Psychoedukation möglicherweise kosteneffektiver. Mit knapp £ 11 zusätzlicher Kosten ließe sich ein Rückfall durch Psychoedukation gegenüber Peer-Support-Gruppe verhindern. Gegenüber TAU führe Psychoedukation bereits durch eine reduzierte und verzögerte Rückfallwahrscheinlichkeit um 15 % bzw. 10 % zu einer höheren Kosteneffektivität. Die Daten sind laut Autoren mit Vorsicht zu interpretieren.

Die einzige identifizierte Studie zur Kosteneffektivität von Familienpsychoedukation gegenüber TAU allein bei Major Depression (N = 57) liegt von Shimodera et al. (2012) vor. Hingegen die Patient:innen der Interventionsgruppe während

eines 9-monatigen Follow-up-Zeitraumes 272 rückfallfreie Tage verbrachten, waren es unter der Kontrollbedingung mit 214 Tagen signifikant weniger. Unter der Bedingung von US$ 20 Mehrkosten für die Intervention für einen rückfallfreien Tag sei eine höhere Kosteneffektivität der Intervention wahrscheinlich *[1247]*.

Rationale

Abgrenzung von Psychoedukation in dieser Leitlinie

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

Aufgrund der breiten Anwendung 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.

In der aktuellen Auflage der Leitlinie erfolgte **keine umfassende Überarbeitung des folgenden Kapitels** und eine Übernahme der Empfehlungen. Die vorliegende S3-Leitlinie betrachtet psychosoziale Interventionen und verfolgt dabei eine didaktische Abgrenzung von primär psychotherapeutischen Ansätzen. Es wird deshalb primär Evidenz aufgeführt, die auf Studien mit psychoedukativen Behandlungsansätzen basiert. Die neue Auflage der Leitlinie wird durch das Kapitel **Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten** ergänzt. Dort werden Studien mit dem Fokus auf Familien- und Angehörigeninterventionen explizit abgebildet. Häufig untersucht wurden dabei psychoedukative Ansätze.

Aggregierte Evidenz zu Psychoedukation

Leitlinien

In der **S3-Leitlinie zur Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis** der DGPPN (Version von 2025) wird Psychoedukation unter Einbezug von Angehörigen mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. 2019 bestand hier noch eine Empfehlung, die nun in zwei Teile gegliedert worden ist. 2019 waren sowohl die bifokale als Psychoedukation als auch die Psychoedukation unter Einbeziehung der Familien/Vertrauenspersonen in einer Empfehlung genannt. Anhand der aktuellen Evidenz hat die Leitliniengruppe eine sicherere Evidenz für die Psychoedukation unter Einbeziehung der Angehörigen gesehen, während die Evidenz für die bifokale Psychoedukation als unsicherer eingestuft worden ist. Beide Vorgehensweisen hatten jedoch einen positiven Wirksamkeitsnachweis.

Die Leitliniengruppe der **S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression** „verzichtet bewusst auf eine Empfehlung zu Schulungen für Patient:innen mit depressiven Störungen, da psychoedukative Inhalte nicht losgelöst von therapeutischen Interventionen betrachtet werden können. Sie gehören zum Standard in der Behandlung depressiver Patient:innen und sind integraler Bestandteil jedes therapeutischen Gesamtkonzepts, ob im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung, bei psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Basisbehandlungen (Gesprächsleistungen außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie) oder bei anderen niedrigschwelligen Angeboten, internet- und mobilbasierten Angeboten oder aber im Rahmen einer Richtlinien-Psychotherapie.“ *[3]*.

Systematische Übersichtsarbeiten

Die Evidenz zu psychoedukativen Ansätze ist vergleichsweise umfangreich. Bei Betrachtung der relevanten Übersichtsarbeiten zeigt sich, dass es erwartungsgemäß Überschneidungen hinsichtlich der eingeschlossenen Studien gibt. Alle hier aufgeführten Übersichtsarbeiten und Einzelarbeiten schlossen (nahezu) ausschließlich Studien ein, in denen Psychoedukation in einer direkten und interaktiven Form darauf zielte, Informationen zu vermitteln, Betroffene und möglicherweise deren Angehörige zu unterstützen und dabei individuelle Bedürfnisse zu betrachten. Mehrheitlich wurden Betroffen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht. Zunehmend finden sich Studien, in denen Patient:innen mit bipolarer Erkrankung behandelt wurden; seltener Patient:innen mit anderen psychischen Erkrankungen. Hinsichtlich der Kontrollinterventionen (TAU, Wartegruppe, (un)spezifische Kontrollinterventionen), Setting (v. a. ambulant und stationär), Dauer von Behandlung (eine Sitzung bis 5 Jahre) und Follow-Up ergibt sich eine breite Varianz. Deutlich wird hier auch die oben beschriebene Breite an Interventionen. Psychoedukative Interventionen in Gruppen überwogen in den selektierten Arbeiten. Psychoedukation fand in uni- und bifokaler Form statt; zudem wurden reine Angehörigengruppen bzw. spezielle familienfokussierte Ansätze untersucht. Bezogen auf methodische Aspekte wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien bei strenger Qualitätsbewertung berücksichtigt.

Pitschel-Walz et al. (2001) *[599]* untersuchten **Effekte der Einbeziehung von Angehörigen im Rahmen psychoedukativer Interventionen bei Patient:innen mit Schizophrenie** hinsichtlich der Reduktion von Rückfallraten vor (Tabelle 30). Unter den Angehörigen befanden sich in der Mehrheit der Fälle Eltern (50 %-100 %). Eine Behandlung unter Einschluss von Familienangehörigen zeigte sich bezogen auf die Rückfallwahrscheinlichkeit einer herkömmlichen Behandlung innerhalb der ersten beiden Jahre überlegen (ES = 0.20). Interventionsprogramme, die sich über mehr als drei Monate erstreckten, schienen dabei gegenüber den Kurzzeitinterventionen deutlich von Vorteil. Die Untersuchung der Effektivität einer kombinierten Intervention, die gleichermaßen auf Familien und Patienten ausgerichtet ist (bifokaler Ansatz) wies ebenso auf eine höhere Wirksamkeit gegenüber einer standardisierten medizinischen Versorgung hinsichtlich einer Reduktion des Rückfallrisikos hin (ES=0.18) *[599]*.

Die **Effektivität von Familieninterventionen** unter Einschluss von Studien, die neben psychoedukativen Elementen auch andere Interventionen wie Problemlöse- und Krisenmanagementstrategien, Beratung und aufsuchende Ansätze bei Patient:innen mit Schizophrenie und verwandten Störungsbildern betrachteten untersuchten Pilling et al. (2002) *[600]*. Familieninterventionen erwiesen sich bezogen auf die Höhe des Rückfallrisikos innerhalb der ersten 12 Monate der Behandlung gegenüber allen anderen Kontrollinterventionen signifikant überlegen. Der Vorteil war noch deutlicher, wenn Familieninterventionen ausschließlich der herkömmlichen Behandlung gegenübergestellt wurden. Dabei schien der Effekt umso größer in Studien mit Einzel-Familieninterventionen gegenüber der Betrachtung aller Studien nach Einschluss zusätzlicher Studien mit Gruppen-Familieninterventionen. Ebenso ließ sich die Anzahl stationärer Wiederaufnahmen durch Familieninterventionen reduzieren, wobei auch hier der Effekt durch Einzel-Familieninterventionen größer war. Zwei Jahre nach Interventionsende gab es keine Hinweise mehr für die Effektivität von Familieninterventionen. Hinsichtlich der Suizidalität ergaben sich keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen. Die Untersuchung familienrelevanter Zielgrößen zeigte zwar, dass das subjektive Belastungserleben innerhalb der Familie durch Familieninterventionen gegenüber herkömmlicher Behandlung vergleichbar blieb, dass aber allein die Betrachtung von Einzel-Familieninterventionen und herkömmlichen Behandlungsansätzen signifikante Vorteile durch diese Familienansätze aufzeigt. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen Familien- und Kontrollinterventionen hinsichtlich der Anzahl von Behandlungsabbrüchen, jedoch schienen Gruppen-Familieninterventionen mit einer signifikant höheren Nicht-Compliance assoziiert als Einzel-Familieninterventionen. Familieninterventionen erwiesen sich insgesamt jedoch bezogen auf die Medikamentencompliance wirksamer als alle anderen Kontrollinterventionen *[600]*.

Lincoln et al. (2007) *[601]* wiesen hinsichtlich des Rückfallrisikos bzw. des Risikos stationärer Wiederaufnahmen einen mittelstarken **Effekt durch Psychoedukation** unmittelbar nach Interventionsende gegenüber Kontrollinterventionen nach (ES=0.53). Der Effekt nahm über die Zeit sukzessive ab und verlor nach 12 Monaten an Signifikanz. Darüber hinaus konnte durch psychoedukative Interventionen ein deutlich größerer krankheitsbezogener Wissenserwerb am Ende der Intervention erreicht werden (ES=0.48). Hinsichtlich Symptomreduktion, sozialem Funktionsniveau und Compliance bezüglich der medikamentösen Behandlung wurden keine signifikanten Effekte evident. Die Autoren untersuchten zudem den Einfluss des Interventionsformats hinsichtlich des Einbezugs von Familien und beobachteten Vorteile durch den Einbezug der Familie gegenüber alleiniger patientenfokussierter Psychoedukation *[601]*.

In einem älteren Cochrane Review wurde die **Effektivität von Familieninterventionen** in Familien mit einem Familienangehörigen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht *[602]*. Ein Großteil der Interventionen enthielt eine psychoedukative Komponente und fokussierte auf eine Veränderung der familiären Atmosphäre und die Reduktion von Krankheitsrückfällen (Tabelle 30). Betrachtet werden hier ausschließlich die Befunde aus den Studien, in denen gegenüber TAU verglichen wurde. Familieninterventionen führten zu einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit im 1-Jahres-Follow-Up (N = 2.981, 32 RCTs, RR = 0,55 [95 % CI: 0,5 bis 0,6]) und reduzierten die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen (N = 481, 8 RCTs, RR = 0,78 [95 % CI: 0,6 bis 1,0]). Die Compliance hinsichtlich der medikamentösen Behandlung wurde unterstützt (N = 695, 10 RCTs, RR = 0,60 [95 % CI: 0,5 bis 0,7]; Behandlungsabbrüche wurden nicht negativ beeinflusst, mittelfristig eher reduziert gegenüber TAU. Hinsichtlich der Effekte auf Familien-spezifische Outcomes blieben die Befunde wenig stringent und beruhten aufgrund unterschiedlicher Skalen hauptsächlich auf Einzelergebnissen und Studien mit geringer Stichprobengröße *[602]*.

Das Cochrane Review zur Effektivität von **Psychoedukation bei Menschen mit schizophrener Erkrankung** schloss 44 RCTs ein *[595]*. Die Interventionen variierten, beinhalteten aber alle Wissensvermittlung, Support und Vermittlung von Managementstrategien vor (Tabelle 30). In mindestens 13 der Studien wurden Angehörige aktiv einbezogen. Es zeigen sich Vorteile durch Psychoedukation hinsichtlich der Compliance, der Rückfallreduktion, einschließlich der stationären Wideraufnahmerate und – Behandlungsdauer (Reduktion stationärer Behandlungstage um ca. 8 Tage pro Jahr). Ebenso deutete sich ein Effekt auf die psychopathologische Symptomatik an. Subgruppenanalysen (kurz/Standard und Gruppen-/Singleformat) blieben ohne klare Ergebnisse *[595]*.

Weitere systematische Betrachtungen zu **Familien-Kurzzeit-Interventionen** *[603]*, **psychoedukativen Kurzzeit-Interventionen** mit einer Sitzungszahl kleiner zehn bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[604]* sowie Geschwisterinterventionen *[605]* blieben in ihren Ergebnissen wenig aussagekräftig.

Ein systematisches Review mit Metaanalyse liegt von Bond und Kollegen vor *[606]*. Der Fokus liegt hier allein auf

Psychoedukation in der Behandlung von Menschen mit bipolarer Erkrankung in stabilisierter Erkrankungsphase unter Berücksichtigung sehr verschiedener Ansätze kann zu einer Reduktion des Rückfallrisiko in jede Phase (k = 7, OR = 1.98 [95 % CI: 1.09 bis 3.58], p = 0.024) gegenüber TAU bzw. unspezifischer Kontrollintervention führen. Bei differenzierter Betrachtung scheint Psychoedukation eher einen Rückfall in eine manische Krankheitsphase zu verhindern (k = 8, OR = 1.68 [95 % CI: 0.99 bis 2.85, p = 0.06); die Reduktion von Rückfällen in eine depressive Krankheitsphase erwies sich nicht signifikant. Gruppenangebote erwiesen sich effektiv (k = 5, OR = 2.80 [95 % CI: 1.63 bis 4.82], p < 0.001), nicht so Psychoedukation im Einzelsetting. Möglicherweise sind psychoedukative Angebote über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten oder mit einer höheren Stundenzahl (> 20) effektiver. Psychoedukation trägt dazu bei, die Adhärenz der medikamentösen Behandlung und die Kenntnisse über diese zu verbessern. Effekte hinsichtlich Symptomatik, Lebensqualität und psychosoziale Funktionen blieben inkonsistent.

Oud et al. (2016) *[607]* untersuchten die Effektivität verschiedener psychotherapeutischer und psychosozialer Interventionen bei Patient:innen mit bipolarer Störung, in der Mehrheit vom Typ I und in unterschiedlichen Krankheitsphasen, u. a. zu **psychoedukativen Interventionen im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting**. Insgesamt schlussfolgerten die Autor:innen, dass für nahezu alle betrachteten psychotherapeutischen und psychosozialen Ansätze Evidenz für die Reduktion von Rückfallereignissen und stationären Wiederaufnahmen sowie für die Reduktion der depressiven Symptomatik vorliegt. Für andere Outcomes blieb die Befundlage wenig konklusiv. Die Studienqualität schätzen die Autoren als sehr schwach bis moderat ein.

Tabelle 30: Überblick aggregierte Evidenz zur Wirksamkeit von Psychoedukation

Autor:innen Jahr	Inkludierte Primärstudien	Patient:innen • Diagnose	Interventionen • Art der Intervention	Kontrollinterventionen	Länge Follow-Up

	• **Anzahl** • **Land**	• **Anzahl (N)** • **Alter in Jahren** • **Erkrankungsdauer/ stationäre Behandlungen** • **Setting**	• **Format der Intervention** • **Dauer** • **Einbezug Angehöriger**		
Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patient:innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis					
Pitschel-Walz et al. 2001 *[599]* *Familien-interven-tionen*	• 25 RCTs[1] • K. A.	• Überwiegend Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • Min: N = 23; Max: N = 418 • Durchschnittliches Alter: 16 bis 40 • Durchschnittliche Anzahl stationärer Behandlungen: 1 bis 7 • Ambulantes Setting: 62 %	• Psychoedukativ ausgerichtete Familieninterventionen • Kurzzeit- vs. Langzeitinterventionen • 2 Wochen bis 4 Jahre • In allen Studien, Angehörige der eingeschlossenen Patient:en waren zumeist Eltern (50 bis 100 %)	• TAU: k = 12 • Psychosoziale Patienten-Intervention in der KG: psychoedukative Intervention, Social Skills Training, supportive oder kognitive PT	Bis 24 Monate
Pilling et al. 2002 *[600]* *Familien-interven-tionen*	• 18 RCTs[2] • K. A.	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • N = 1.467 • 31,2 • 6,3 Jahre • K. A.	• Familiensitzungen mit mind. einer der folgenden Komponenten: PE; Ansätze zum Problemlösen und zum Krisenmanagement • Single-Familien-Intervention vs. Mehrfamilienintervention • (Mind.) 6 Wochen bis zu 2 Jahren • Familienintervention unter Einschluss des erkrankten Angehörigen: k = 11, Ausschluss: k = 4, partieller Ausschluss: k = 3	• TAU: k = 8 • Aktive Kontrollintervention: k = 10	12 Monate, 4 bis 15 Monate, 1 bis 2 Jahre
Lincoln et al. 2007 *[601]* *Psycho-edukation*	• 18 RCTs[3] • China: K = 4, Deutschland und Schweiz: k = 3, Großbritannien: k = 5, Griechenland: k = 1, USA und Kanada: k = 3, Skandinavien: k = 2	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • N = 1.534 • MW = 30,5 [SD: 4,9] • MW = 75,8 Monate [SD: 43,2] • Stationär: k = 2, ambulant: k = 11, Kombination: k = 5	• PE als Schlüsselelement der Intervention (mind. 50 % der Behandlungszeit), Fördern von Wissen über Erkrankung, Behandlung und Cooping • Gruppenformat (k = 12), Einzelformat (k = 2), unklar (k = 4) • Patientengruppe: MW = 27,8 Wochen [SD: 18,5]; Angehörigen-/Familiengruppen: MW = 36,8 Wochen [SD: 18,4] mit mittlerer Sitzungszahl von 11,8 [SD: 14,4] • K = 13	• TAU: k = 39 • Wartegruppe: k = 2 • Aktive unspezifische Intervention: k = 6 (Freizeitgruppen, supportive Rehabilitation)	Bis 12 Monate

Pharoah et al. 2010 *[602]* *Familien-interventionen*	• 53 RCTs[4] • Australien: k = 2, Kanada: k = 1, Europa: k = 12, China: k = 28, USA: k = 10	• 100 % Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis in k = 52 • N = 5.767 (Range: 23 bis 528) • Alter im Mittel über 41 Studien: ca. 32 Jahre • Erkrankungsdauer im Mittel über 18 Studien ca. 6 Jahre bzw. im Mittel ca. 2,8 stationäre Aufenthalte im Vorfeld bei 12 Studien, k = 3 Ersterkrankungen • K. A.	• Familieninterventionen mit psychoedukativer Komponente in vielen RCTs mit dem Ziel der Rückfallreduktion und veränderter Familienatmosphäre • K. A. • Durchschnittliche Dauer: 6 Wochen bis 3 Jahre • Einschluss Patient:in: k = 13, Ausschluss Patient:in: k = 8, beide Modalitäten: k = 1	• TAU: k = 42 • Aktive unspezifische Intervention: k = 5 (z. B. supportive Rehabilitation, Gruppendiskussionen) • Spezifische Kontrollintervention: k = 7	Bis zu 3 Jahren
Xia et al. 2011 *[595]* *Psycho-edukation*	• 44 RCTs[5] • China: k = 32, Frankreich: k = 1, USA: k = 3, Kanada: k = 1, Deutschland: k = 2, Großbritannien: k = 3, Dänemark: k = 1, Malaysia: k = 1	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • N = 5.412 (Min: 20, Max: 286) • Mehrheit zwischen 18 und 60 Jahren • > 2 Jahre: k = 20; < 2 Jahre: k = 6; unklar: k = 18 • Stationär: k = 26, ambulant: k = 10, Teilstationär: k = 1, unklar: k = 7	• Kurz-Psychoedukation (k = 13), Standard-Psychoedukation (k = 22), unklar (k = 9) • Gruppenformat (k = 17), Einzelformat (k = 6), Mischformat (k = 13), unklar (k = 8) • Durchschnittliche Dauer: 12 Wochen (Min: 1 Sitzung, Max: 5 Jahre) • K = 13	• TAU (Psychopharmakotherapie, psychosoziale Rehabilitation, supportive Therapie): k = 39 • Wartegruppe: k = 1 • Aktive unspezifische Intervention: k = 1 • Psychotherapie: k = 2 • Herkömmliche Edukation: k = 4	3 Monate bis 5 Jahre
Okpokoro et al. 2014 *[603]* *Familien-interventionen (kurz)*	• 4 RCTs[6] • USA: k = 2, Indien: k = 1, Großbritannien: k = 1	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • N=163 (Min: 23, Max: 200) • Alter im Mittel über 4 Studien: ca. 34 Jahre • Erkrankungsdauer zwischen 7,9 und 10 Jahren in 3 Studien • Stationär: k = 1, ambulant: k = 1, stationär und ambulant: k = 2	• Jede Familienintervention von kurzer Dauer (< 5 Sitzungen oder 3 Monate Dauer) mit edukativer Komponente • 4 Sitzungen über 4 Wochen (k = 2), 1-Tages-Workshop über 6 Stunden (k = 1), Teilnahme an mind. 3 Sitzungen über 4 Wochen (k = 1) • K = 4 (N = 110 in 3 Studien zwischen 23 und 67 Jahren alt)	• TAU (k = 3) • Postalische Information (k = 1)	1 bis 12 Monate
Zhao et al. 2015 *[604]* *Psycho-edukation (kurz)*	• 20 RCTs[7] • China: k = 10, Italien: k = 1, Deutschland: k = 3, Großbritannien: k = 2, Dänemark: k = 1, Malaysia: k = 1, Pakistan: k = 1, Jamaica: k = 1	• Menschen mit SMI (schizophrene Erkrankungen) • N = 2.337 (Min: 30; Max: 286) • Mehrheit zwischen 18 und 60 Jahren • > 2 Jahre: k = 11; < 2 Jahre: k = 0; unklar: K = 9	• Kurz-Psychoedukation (< 10 Sitzungen, k=20) • Gruppenformat (k = 13), Einzelformat (k = 3), Mischformat (k = 3), unklar (k = 1) • Durchschnittliche Dauer: 12 Wochen bis max. 12 Monate (Min: 1 Sitzung; Max: 8 Sitzungen)	• TAU (Psychopharmakotherapie, psychosoziale Rehabilitation, Routinebehandlung, Gesundheitserziehung): k=19 • KVT: k = 1	6 Monate bis 5 Jahre

		• Stationär: k = 10, ambulant: k = 8, unklar: k = 2	• K = 6		
Sin et al. 2015 *[605]* *Psycho-edukation* *Geschwister*	• 14 RCTs, davon 1 RCT, in dem Daten für Geschwister separat dargestellt werden (Chien 2007) • China: k = 1	• Geschwister von Patienten mit Schizophrenie • N = 84 Angehörige, davon N = 9 Geschwister (10,7 %) • Angehörige: MW = 40,6 Jahre [SD: 7,2] • Patienten: MW = 3,6 Jahre [SD: 1,8] • Ambulant: k = 1	• Kein Kurzformat • Gruppenformat (k = 1) • 18 Sitzungen über 36 Wochen • Psychoedukation für Angehörige und Betroffene (k = 1)	• TAU (ambulante psychiatrische Behandlung und Familienbegleitung)	12 Monate
Psychoedukation und Familienpsychoedukation mit psychoedukativer Komponente bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen					
Bond und Anderson 2015 *[606]*	• 16 RCTs[8] • K.A.	• Bipolare Störungen (Typ II: Anteil in Einzelstudien: 2 % bis 34 %, k = 2: ausschließlich Typ I) • Median: 70 • K. A. • K. A. • Ambulant: k = 13, stationär: k = 2	• Klassische Informationsvermittlung und komplexere Ansätze • Gruppenformat (k = 8), Einzelformat (k = 5), Kombination (k =2), Online-Format (k = 1)[1] • 2 bis 21 Sitzungen • Psychoedukation für Patienten (k = 15); Familien-PE (k = 1)	• TAU (k = 7) • Unspezifische Kontroll-intervention (k = 6) • Spezifische aktive Kontrollintervention: k = 4	k.A.
Oud et al. 2016 *[607]*	• Selektion von 23 RCTs[9] • Iran: k = 2, Großbritannien: k = 2, Türkei: k = 1, Kanada: k = 1, USA: k = 9, Australien: k = 2, Spanien: k = 4, Niederlande: k = 1, Irland: k = 1	• Bipolare Störungen (Typ I: Anteil in Einzelstudien: 72 % bis 100 %) • Min = 26, Max = 204 • Alter: Min: 26 Jahre, Max: 49 Jahre • K. A. • K. A.	• Patienten-PE/Einzelformat (k = 5), Patienten-PE/ Gruppenformat (k = 5) • Familien-PE (Patienten & Angehörige) (k = 4), Familien-PE (Angehörige) (k = 5), spezieller familienfokussierter Ansatz (FFT) (k = 4)	• TAU (k = 17) • KVT/Gruppe (k = 1) • Andere aktive Kontrollintervention: k = 5 • Warteliste: k = 1	Kein Follow-Up bis 124 Monate
Chatterton et al. 2017 *[608]*	• 41 RCTs (45 Artikel) insgesamt, davon: • K = 12 PE[10] (Brasilien: k = 1, Australien: k = 2, Spanien. K = 2, Türkei: k = 2, Iran: k = 1, Taiwan: k = 1, GB: k = 2, USA: k = 2 • K = 4 PE kombiniert mit	• Bipolare Störungen (k = 33 Type I und II sowie Zyklothymia) • N = 3.119 • Durchschnittliches Alter: 38,8 Jahre (SD:10,7) • K. A. • K. A.	• PE (k = 12), PE kombiniert mit KVT (k = 4), Family-Focused Therapy (PE, Training sozialer Fertigkeiten, Problemlösetraining, k = 3), Angehörigen PE (PE u.a. Ansätze ausschließlich für Angehörige, k = 5), PRISM (PE und mobile telefonische Applikation, k = 1) • Gruppenformat (k = 16), Einzelformat (k = 6), Familienformat (k = 3), Online-Format (k = 1)	• TAU (k = 19) • Aktive Kontrollintervention (z. B. unspezifische Gruppensitzungen, PE als Kontrolle bei KVT & PE, PE und Paper and Pencil Stimmungsmanagement bei PRISM, k = 6)	6 Wochen bis 5 Jahre

	KVT[11] (Spanien: k = 1, Australien: k = 1, Kanada: k = 2) • K = 1 PRISM[12] (USA) • K = 3 Family-Focused Therapy [13] (USA:k = 3) • K = 5 Angehörigen-PE[14] (Iran: k = 1, Irland: k = 1, USA: k = 1, Spanien: k = 1, Niederlande: k = 1		• 1-10 Sitzungen (k = 12), 11-53 Sitzungen (k = 13) über 5-6 Wochen bis zu 9 Monaten Dauer • Einbezug Angehörige unklar über alle Studien		
Angehörigenpsychoedukation: Diagnoseübergreifender Ansatz					
Yesufu-Udechuku et al. 2015 *[609]* *Psycho-edukation Angehörige*	• 21 RCTs à Selektion von 13 RCTs[15] • China: k = 3, Chile: k = 1, Iran: k = 2, Groß-britannien: k = 2, Irland: k = 1, Kanada: k = 1, Spanien: k = 1, USA: k = 1, Australien: k = 1	• Angehörige von Patienten mit SMI (Schizophrenien und bipolare Störungen) • N = 972 Angehörige (Min: N = 45; Max: N = 225) • Alter Angehörige 50,7 Jahre im Mittel über 10 Studien • K. A. • K. A.	• Psychoedukation oder psychoedukativ ausgerichtete Familieninterventionen • Gruppenformat (k = 11), Einzelformat (k = 2) • Durchschnittlich 11 Sitzungen (Min: 6, Max: 18) • Interventionen für Familien und Angehörige (ohne Patienten)	• Jegliche Kontrollintervention	Behand-lungsende, bis zu 6 Monaten, > 6 Monate

Erläuterungen: k Anzahl Studien, SMI Schwere psychische Erkrankungen, TAU Herkömmliche Behandlung, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation, PRISM Personalized Real-Time-Intervention for Stabilizing Mood; [1] Diese Studie wurde nicht in die Meta-Analyse eingeschlossen.

[1] Buchkremer 1997, Cranach 1981, Falloon 1982, 1985, Goldstein 1978, Hogarty 1986, 1991, Hogarty 1997, Kelly & Scott 1990, Kissling 1996, Pitschel-Walz 1998, Leff 1982, 1985, Leff 1990, Linszen 1996, McFarlane 1996, Posner 1992, Randolph 1994, Ro-Trock 1977, Schooler 1997, Spencer 1988, Spiegel & Wissler, 1987, Tarrier 1988, 1989, Telles 1995, Vaughan 1992, Xiong 1994, Zastowny 1992, Zhang 1994

[2] Bloch 1995, Buchkremer 1995, Falloon 1982, Glynn 1992, Goldstein 1978, Hogarty 1986, 1997, Leff 1982, 1989, Linszen 1996, MacFarlane 1995, Posner 1992, Schooler 1997, Tarrier 1988, Vaughan 1992, Xiong 1994, Zhang 1994

[3] Atkinson 1996, Bäuml 1996, Browne 1996, Chien 2004, 2005, Fries 2003, Herz 2000, Hornung 1995, 1999, Leavy 2004, Leff 1982, Li & Arthur 2005, Merinder 1999, Posner 1992, Ran 2003, Rund 1994, Shin & Lukens 2002, Tarrier 1988, Tomaras 2000, Xiong 1994

[4] Barrowclough 2001, Bloch 1995, Bradley 2006, Buchkremer 1995, Carra 2007, Chen 2005, Chien 2004, Dai 2007, De Giacomo 1997, Du 2005, Dyck 2002, Falloon 1981, Fernandez 1998, Glynn 1992, Goldstein 1978, Gong 2007, Guo 2007, Herz 2000, Hogarty 1986, Hogarty 1997, Leavey 2004, Leff 1982, Leff 1989, Leff 2001, Li 2004, Li 2005a, Linszen 1996, Liu 2003, Liu 2007, Luping 2007, Lv 2003, Magliano 2006, Mak 1997, McFarlane 1995, Merinder 1999, Posner 1992, Qiu 2002, Ran 2003, Randolph 1994, Schooler 1997, Shi 2000, Szmukler 2003, Tan 2007, Tarrier 1988, Vaughan 1992, Wang 2006, Xiang 1994, Xiang 2005, Xiong 1994, Zhang 1994, Zhang 2006a, Zhang 2006b, Zhou 2007

[5] Liu 2004, Zhang 2004, Hornung 1995, Razali 1995, Merinder 2000, Li 2003, Zhang 2006, Chan 2007, Lv 2007, Dai 2007, Chan 2009, McPherson 1996, Li 2005, Herz 2000, Li 2004, Dong 2006, Zhang 2008, Zhu 2008, Tarrier 1988, Jiang 2004, Chabannes 2005, Vreeland 2006, Atkinson 1996, Chien 2007, Wang 2008, Fu 2003, Zeng 2003, Zhang 2003, Goulet 1993, Glick 1993, Bäuml 1996, Zhou 2005, Chen 2005, Xie 2006, Zhang 2007, Gao 2001, Sun 2005, Zhao 2007, Zeng 2007, He 2008, Huang 2008, Wang 2008, Hu 2008, Li 2008

[6] Barber 1988; Shinde 2005; Smith 1987; Youssef 1987

[7] Liu 2004, Torn 1999, Zhang 2004, Aguglia 2007, Bäuml 2007, Bechdolf 2004, Chan 2007, 2009, Coyle 1988, Dai 2007, Hornung 1995, Li 2003, Lv 2007, Merinder 1999, Razali 1995, Zhang 2006, Cunningham 2001, Macpherson 1996, Nasr 2009, Li 2005

[8] Dogan & Sabanciogullari 2003, D'Souza 2010, Javadpour 2013, Lobban 2010, Peet & Harvey 1991, Perry 1999, Smith 2011, Castle 2010, Colom 2003, 2009, De Barros Pellegrinelli 2013, Eker & Harkin 2012, Parikh 2012, Rea 2003, Torrent 2013, Zaretsky 2008

[9] Javadpour 2013, Lobban 2010, Perry 1999, Dogan 2003, Parikh 2012, Sajativic 2009, Castle 2010, Torrent 2013, Colom 2003, Clarkin 1998, D'Souza 2010, Glick 1993, Miller 2004, Bordbar 2009, Van Gent 1991, Madigan 2012, Perlick 2010, Reinares 2008, Miklowitz 2000, 2007, Miller 2004, Rea 2003

[10] Cardoso 2015, Castle 2010, Colom 2003, 2009, Dogan & Sabanciogullari 2003, D'Souza 2010, Eker & Harkin 2012, Javadpour 2013, Lin 2015, Perry 1999, Sajatovic 2009, Simon 2005, Smith 2011

[11] Gonzalez-Isasi 2010, 2014, Lauder 2015, Van Dijk 2013, Zaretsky 2008

[12] Depp 2015

[13] Miklowitz 2000, 2003, Miller 2004, Rea 2003

[14] Bordbar 2009, Madigan 2012, Perlick 2010, Reinares 2008, Van Gent & Zwart 1991

[15] Cheng & Chan 2005, Chien & Wong 2007, Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar 2007, Koolaee & Etemadi 2009, Leavey 2004, Madigan 2012, Posnor 1992, Reinares 2004, Sharif 2012, So 2006, Solomon 1996, Szmukler 1996, Szmukler 2003

Tabelle 31: Effekte von psychoedukativen Interventionen aus aggregierter Evidenz bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

	Pitschel-Walz et al. 2001 *[599]*	**Pilling et al. 2002** *[600]*	**Lincoln et al. 2007** *[601]*	**Pharoah et al. 2010** *[602]*	**Xia et al. 2011** *[595]*	**Okpokoro et al. 2015** *[603]*	**Zhao et a. 2015** *[604]*
Intervention vs. Kontrollbedingung	Familienintervention vs. TAU	Familienintervention vs. TAU, aktive Kontrollintervention	PE vs. TAU, Wartegruppe, aktive Kontrollintervention	Familienintervention vs. TAU	Psychoedukation vs. TAU	Familienintervention (kurz) vs. TAU	Psychoedukation (kurz) vs. TAU
Anzahl Primärstudien	k=25	k=18	k=18	k=53	k=44	k=4	k=20
Merkmale klinischer Recovery							
Symptomschwere			+	?	++	+[1]	++[1]
Depressionsschwere							++[1]
Angstsymptome							++[1]
Compliance, Medikation		++	~	++	++		++
Rückfallrisiko	++	++	++	++	++		++
Stationäre Wiederaufnahme	++	++	++	++	++	~[1]	~
Stationäre Behandlungszeiten				++[1]	++[1]		
Merkmale funktionaler Recovery							
Psychosoziales Funktionsniveau			~	++	?[1]		?[1]
Merkmale persönlicher Recovery							
Lebensqualität					?[1]		
Wissen			++		?[1]		++
Krankheitseinsicht				~[1]	~[1]		
Behandlungsassoziierte Merkmale							

Behandlungszufriedenheit					?[1]			~[1]
Behandlungsabbrüche		~			++	~[1]	~[1]	~
Unerwünschte Ereignisse								
Unerwünschte Ereignisse					~	~		~
Merkmale Angehörige								
Belastungserleben		++			?		+[1]	
High expressed emotion		~			?		+[1]	
Wissen, Akzeptanz							++[1]	

Erläuterungen: PE Psychoedukation, TAU Treatment as Usual; ++ Signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe, + Tendenzielle Überlegenheit in Interventionsgruppe, ~ Ergebnis vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Interventionsgruppe; ? Heterogene Befunde in verschiedenen Studien bzw. unzureichende Befundlage; [1] Befunde resultieren aus Einzelstudien

Tabelle 32: Effekte von psychoedukativen Interventionen aus aggregierter Evidenz bei Menschen mit einer bipolaren / schweren psychischen Störung

	Bipolare Störungen							**Schwere psychische Störungen**
	Bond & Anderson 2015 *[606]*	**Oud et al. 2016** *[607]*		**Chatterton et al. 2017** *[608]*				**Yesufu-Udechuku et al. 2015** *[609]*
Intervention vs. Kontrollbedingung k=Anzahl Primärstudien	PE vs. TAU bzw. unspezifische KI k=16	Familien-PE vs. TAU k=7	FFT vs. PE, Collaborative Care oder TAU k=3	Psychoedukative Angehörigeninter-ventionen vs. TAU k=5	PE vs. TAU k=12	FFT vs. TAU k=3	PE & KVT vs. TAU k=4	PE (Angehörige) vs. jede KI k=13
Merkmale klinischer Recovery								
Symptomschwere	~							
Depressivität		++[1]	+[1]	~	~	~	~	
Manische Symptome		++[1]	~[1]	~	~	~	++	
Zeit Erkrankungsrückfall								
Medikat. Compliance/ Adhärenz	++[1] (Gruppenformat)			~	++	+	++	
Rückfallrisiko	++ (alle Phasen)	++[1] (k=3, Follow-Up)	++[1]	++	+	+	~	
Stationäre Wiederaufnahme		++[1]	++[1]					
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery								
Psychosoziales Funktionsniveau				~	~	~	++	
Lebensqualität								~ (Angehörige)1

Behandlungsassoziierte Merkmale		
Behandlungszufriedenheit		~ (Angehörige)1
Behandlungsabbrüche	~	
Merkmale Angehörige		
Belastungserleben		++

Erläuterungen: TAU Treatment as Usual, KI Kontrollintervention, FFT Family Focused Therapy, ++ Signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe, + Tendenzielle Überlegenheit in Interventionsgruppe, ~ Ergebnis vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Interventionsgruppe, [1] Befunde resultieren aus Einzelstudien; [2] in 2 der Studien keine Reduktion des Rückfallrisikos für depressive Episoden

Mit Hilfe einer Meta-Regression wurde die Effektivität psychosozialer Interventionen als zusätzliche Therapie in der Behandlung bipolarer Erkrankungen auf die Rückfallrate, die depressive und manische Symptomatik, auf globale Funktionen und Adhärenz hin untersucht *[608]*. Allein **psychoedukative Angehörigen- bzw. Familieninterventionen** trugen dazu bei, Erkrankungsrückfälle in eine depressive oder manische Episode signifikant zu reduzieren. Die Risikoreduktion betrug 39 Prozent (k = 2, RR = 0,61 [95 % CI: 0,44 bis 0,86) gegenüber TAU. Durch Family Focused Therapy, Psychoedukation allein und KVT konnte das Risiko gegenüber TAU lediglich tendenziell reduziert werden. Psychoedukation allein sowie in Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie kann zu einer Verbesserung der Adhärenz (Medikation) führen und das Risiko der Nonadhärenz um 73 bzw. 86 Prozent reduzieren. Letztere Kombination (PE plus KVT) kann ebenso die manische Symptomatik reduzieren und das psychosoziale Funktionsniveau verbessern. Keine der untersuchten Interventionen hatte einen signifikanten Effekt auf die depressive Symptomatik. Weiterführende Analysen zeigten auf, dass das Rückfallrisiko bei psychiatrischer Komorbidität zu Baseline höher ist. Größere Effektstärken hinsichtlich der Reduktion der manischen Symptomatik und der Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus mit zunehmendem Beobachtungszeitraum geben Hinweise auf eine höhere Effektivität der Interventionen über die Zeit. Die Studienqualität ist insgesamt als moderat einzustufen *[608]*.

Psychoedukation bei Erkrankungen mit einem störungsübergreifenden Fokus – aggregierte Evidenz

Im Rahmen dieser systematischen Übersichtsarbeit wurde die Effektivität verschiedener psychosozialer Interventionen, die sich explizit an **Angehörige schwer psychisch kranker Menschen** (in erster Linie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie bipolare Erkrankungen) richten, untersucht *[609]*. Für die vorliegende Leitlinie wurden die Ergebnisse zu psychoedukativen Interventionen betrachtet (Tabelle 30). Primärer Outcome-Parameter waren die Erfahrungen der Angehörigen im Umgang mit ihren erkrankten Angehörigen. Erhoben wurden hier in erster Linie die mit der Erkrankung verbundenen erlebbaren Belastungen für die Angehörigen. Für diese quantitative Analyse konnten 8 RCTs mit 428 Angehörigen eingeschlossen werden. 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). Effekte auf andere Outcomes resultieren aus Einzelstudien und waren vergleichbar *[609]*.

Psychoedukation bei Erkrankungen mit einem störungsübergreifenden Fokus – Evidenz aus Einzelstudien

Insbesondere für schwere psychische Erkrankungen lassen sich unabhängig von der Grunderkrankung zahlreiche Gemeinsamkeiten finden, dies sind v. a. beeinträchtigte psychosoziale Funktionen und deren Relevanz hinsichtlich des hohen Risikos der Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben einhergehend mit Stigmatisierungserfahrungen. Dies betrifft aber auch das **biopsychosoziale Krankheitskonzept** und das damit zahlreiche Faktoren beinhaltende Bedingungsgefüge sowie Aspekte des Krankheitsverlaufes, welcher hier ein chronischer verbunden mit stabilen Phasen und immer wiederkehrenden Rückfällen ist. Psychoedukation zielt neben der Vermittlung krankheits- und behandlungsassoziierter Informationen v. a. auch auf die Vermittlung eines funktionalen Krankheitskonzeptes und die Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen ab. Hierin ist insbesondere bei schwer psychisch kranken Menschen ein bedeutender Ansatzpunkt zu sehen. Neben diesen inhaltlichen Aspekten lassen sich auch versorgungsrelevante Aspekte (z. B. zu wenige Patient:innen mit gleicher Diagnose in einem Behandlungssetting) anführen, die die Frage nach der Relevanz eines diagnoseunabhängigen Ansatzes aufwerfen. Eine Übersicht findet sich bei Rabovsky et al. (2016) *[610]*. Mit dem von Maren Jensen Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrtausends entwickelten Programms ist danach der Beginn diagnoseunabhängiger Psychoedukation zu sehen. Dieses liegt heute in einer Weiterentwicklung als Hamburger Modell vor *[611]*. Mit dem Basler Modell existiert basierend auf einem bifokalen Ansatz ein zweites deutschsprachiges Manual *[612]*.

Das Basler Modell wurde im Rahmen einer explorativen randomisierten und kontrollierten Studie mit einjährigem Follow-Up evaluiert *[613]*. Eingeschlossen wurden 82 Patient:innen mit verschiedenen Diagnosen, langer Erkrankungsdauer und deutlichen Einschränkungen in stationärer Behandlung. Hinsichtlich der Rehospitalisierungsrisiken zeigte sich ein tendenzieller Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, deren Teilnehmende an einer sozialen Gruppe mit unterschiedlichen Inhalten und Aktivitäten teilgenommen hatten. Darüber hinaus zeigte sich für die Teilnehmenden der Psychoedukationsgruppe ein signifikant verbesserter Compliance-Score nach drei Monaten sowie positive Effekte auf die Psychopathologie, die Lebensqualität und die Krankheitseinsicht. Allerdings waren diese statistisch nicht signifikant. Die Droup-Out-Analyse verweist auf eine höhere Suizidrate in der Kontrollgruppe.

Psychoedukation bei schweren affektiven Erkrankungen – Evidenz aus Einzelstudien

In der 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie wurde auch zusätzlich nach aktuellen RCTs gesucht, in denen Menschen mit schweren affektiven Erkrankungen behandelt wurden. Diese werden hier lediglich benannt.

Es konnten **6 RCTs zu psychoedukativen Angeboten für Patient:innen mit bipolarer Erkrankung** in stabiler Erkrankungsphase bzw. für deren Angehörige identifiziert werden. Die Interventionen und Kontrollbedingungen waren heterogen. Drei der Studien richteten sich ausschließlich an Angehörige *[614] [615] [616]*. Mit zwei Ausnahmen *[617] [616]* wurden alle Interventionen in Gruppen angeboten. Bei den Kontrollinterventionen

handelte es sich um Wartegruppe bzw. TAU *[615] [614] [616]*, Einzelpsychoedukation *[618]*, Psychoedukation in Form von manualisierter Selbsthilfe *[617]* und Peer-Support *[619]* (Tabelle 33). Die Ergebnisse sind in Tabelle 34 dargestellt.

Im Rahmen der **psychoedukativen Angebote für Angehörige** zeigten sich durch Gruppenangebote positive Effekte auf das Wissen, Belastungserleben und die krankheitsbezogene Selbstwirksamkeit bei den Angehörigen im Follow-Up *[615] [614]*. Individuelle Angehörigen-PE schien keine Effekte zu haben *[616]*.

Entgegen der Erwartung, dass Psychoedukation in einem direkten Austausch größere Effekte als vergleichbare Inhalte über ein Manual im Selbsthilfeformat hat, zeigte sich lediglich ein größerer Wissenserwerb durch **Face-to-Face-PE** nach 3 Monaten, der allerdings mit einem besseren Wohlbefinden über einen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten verbunden war *[617]*.

An Betroffene gerichtete **Gruppenpsychoedukation** über einen Zeitraum von 2 Jahren führte zu einer Reduktion von Krankheitsrückfällen und einer Verlängerung der rückfallfreien Zeit. Nach 8 Jahren war immer noch ein Effekt sichtbar, dieser war jedoch abhängig von einem komorbiden Substanzmissbrauch. Für Patient:innen in der Experimentalgruppe ohne Komorbidität ergab sich die längste rückfallfreie Zeit *[618]*.

Gegenüber einem unstrukturierten Peer-Support schien **Gruppenpsychoedukation** nur dann einen zusätzlichen Effekt zu haben, wenn Psychoedukation in einem frühen Erkrankungsstadium durchgeführt wurde (nicht mehr als 7 Episoden). Morriss und Kollegen (2016) *[619]* untersuchten dabei die Effekte einer strukturierten Gruppenpsychoedukation (N = 153, offene Gruppe, 21 Sitzungen) gegenüber einem unstrukturierten Peer-Support (N = 151, 21 Sitzungen) bei Menschen mit langjähriger bipolarer Erkrankung (4 Wochen ohne akute Symptomatik). Für beide Interventionen wurde ein Manual adaptiert bzw. erstellt; das Psychoedukationsmanual orientierte sich an dem Manual von Colom und Mitarbeitern. Die Patientenpräferenz hinsichtlich der Intervention unterschied sich nicht zwischen den Gruppen; allerdings war die Teilnahme an der Gruppe signifikant höher unter der Bedingung Psychoedukation (14 vs. 9 Sitzungen). Nach 96 Wochen kam es bei 58 Prozent der Patientïnnen in der PE-Gruppe zu einem Rückfall in eine akute Erkrankungsphase; gegenüber 65 Prozent der Patient:innen in der Peer-Support-Gruppe. Die mittlere Zeit bis zum Rückfall betrug 67 Wochen respektive 48 Wochen in der Peer-Support-Gruppe (p = 0,217). Ein signifikanter Einfluss durch Psychoedukation auf die rückfallfreie Zeit zeigte sich nur in der Patientengruppe mit vergleichsweise weniger Krankheitsepisoden (1 bis 7). Allerdings schien Psychoedukation die Rückfallwahrscheinlichkeit in eine manische Episode bei allen Patient:en zu reduzieren (25 % vs. 35 %, p = 0,049); nicht in eine depressive Episode. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich psychischer und physischer Symptome; allerdings schien sich im Bereich psychosozialer Funktionen/zwischenmenschliche Beziehungen ein früherer Effekt durch Psychoedukation einzustellen. Ergänzende qualitative Daten verweisen auf die Bedeutsamkeit von „Wissenssteigerung" (bezogen auf die Krankheit im Allgemeinen aber auch auf individuelle Aspekte) sowie von „Menschen wie ich" und damit verbundenen Themen von Isolation, Stigma und Teilen ähnlicher Erfahrungen in beiden Gruppen. Einige der Befragten führten die geringere Teilnahme am Peer-Angebot auf die mangelnde Strukturierung des Angebotes zurück *[619]*.

Berücksichtigt wurden weiterhin drei Studien zur Effektivität von **Psychoedukation bei Patienten mit schwerer depressiver Erkrankung**. Bei den eingeschlossenen Patient:innen handelte es sich um chronisch psychisch kranke Menschen mit teilweise ausgeprägten Beeinträchtigungen und langjähriger Erkrankungsdauer. Im Rahmen der Studien wurde Psychoedukation im Gruppenformat angeboten und gegenüber TAU verglichen *[620] [621] [622]*. In einer der Studien wurden ausschließlich Angehörigengruppen ohne den Einbezug der Patienten untersucht *[621]*. An Angehörige gerichtete Gruppenpsychoedukation erwies sich effektiv hinsichtlich der Reduktion von Rückfällen in akute Krankheitsphasen (8 % vs. 50 %) und war durchaus in der Lage, die Zeit bis zu einem nächsten Rückfall eines erkrankten nahen Angehörigen zu reduzieren *[621]*. Gruppenpsychoedukation für Patient:innen konnte ebenfalls das Zeitintervall in einen nächsten Rückfall vergrößern (274 vs. 221 Tage) und zudem die allgemeine Symptomschwere und die depressive Symptomatik reduzieren sowie das psychosoziale Funktionsniveau verbessern *[620]*. In einer weiteren Studie ließen sich diese Ergebnisse hinsichtlich Depressionsschwere und stationärer Behandlungsbedürftigkeit nicht bestätigen. Allerdings wurden hier eine geringere Dropoutrate und höhere Compliance sowie eine verbesserte Inklusion in den Arbeitsmarkt evident *[622]*.

Tabelle 33: Charakteristika von Einzelstudien zur Wirksamkeit von Psychoedukation aus der 2. Auflage der Leitlinie

Autor/Jahr	Patient:innen • Anzahl (IG/KG) • Diagnose • Erkrankungsdauer (in Jahren) • Alter (in Jahren) • Setting	Intervention • Art der Interventionen • Dauer	Kontrollgruppe	Dauer des Follow-Up
Diagnosegruppenübergreifende Psychoedukation				
Rabovsky et al. 2012 *[613]* (Schweiz)	• N = 82 (40/42) • F2 (68,3 %), F3 (20,7 %), F4 (2,4 %), F6 (8,5 %) • MW: 11.0 [±9,3] • MW: 38.0 [±10,4] • Stationär	• Offenens psychoedukatives Gruppenprogramm für Patienten plus TAU, bei Einverständnis parallele Angehörigengruppe • Patientengruppe: 10 Sitzungen a 45 bis 60 min., 2x wöchentlich; Angehörigengruppe (geschlossen): 5 Sitzungen a 90 Minuten, 2x wöchentlich	• Offene soziale Gruppe (Patientengruppe z. B. Training sozialer Fertigkeiten, gemeinsame Aktivitäten, Konzentrationsübungen, Angehörigengruppe: Entspannung und Stressmanagement) plus TAU • Patientengruppe: 90 bis 120 Minuten 1x wöchentlich;	• 12 Monate

			Angehörigengruppe: 4 bis 5 Sitzungen, 1 bis 2x wöchentlich	
Wirksamkeitsstudien bei schweren affektiven Erkrankungen				
Kolostoumpis et al. 2015 *[615]* (Griechenland)	• N = 80 Angehörige • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung (Typ I: 64 % und Typ II: 36 %) • Dauer der Erkrankung: MW = 13,8 [±3,4] Jahre • Alter der Angehörigen: MW: 53,3 Jahre • Ambulant	• Psychoedukation für Angehörige / Gruppenformat + Standardmedikation bei erkrankten Angehörigen • 7 Sitzungen a 120 Minuten Angehörige: 6 % Partner:innen, 71 % Eltern, 19 % Geschwister	• TAU: Standardmedikation bei erkrankten Angehörigen allein	• 6 Monate
Bilderbeck et al. 2016 *[617]* (Großbritannien)	• N = 121 (60/61) • Bipolare Störung Typ I (65 %), Bipolare Störung Typ II (35 %) • Erkrankungsbeginn mit ca. 20 Jahren (Range: 4 bis 47) • 44 Jahre (Range: 16 bis 76) • Ambulant	• Direkte Psychoedukation + Standardmedikation • 5 individuelle Sitzungen in 12 Wochen	• Psychoedukation im Selbsthilfeformat (Manual) + Standardmedikation • Arbeit mit dem Manual über 12 Wochen	• 12 Monate
Kallestad et al. 2016 *[618]* (Norwegen)	• N = 85 (42/43) • Bipolare Störung Typ I, Hypomanische Phase • Stationäre Aufenthalte im Vorfeld: Median 1,5 • MW: 38,1 (±13,0) Jahre • Stationär und ambulant	• Gruppenpsychoedukation + TAU • 10 wöchentliche Sitzungen, im Anschluss 8 Booster-Sitzungen über 2 Jahre	• Individuelle Psychoedukation + TAU • 3 Sitzungen	• 8 Jahre
Hubbard et al. 2016 *[614]* (Australien)	• N = 32 Angehörige (18/14) • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung • K. A. • Alter der Angehörigen: 48,1 (±15,2) • Ambulant	• Psychoedukation für Angehörige / Gruppenformat • Kurzformat: 2 Sitzungen a 150 Minuten Angehörige: 34 % Partner:innen, 56 % Eltern, 3 % Geschwister	• Warteliste	• 1 Monat
De Souza et al. 2016 *[616]* (Brasilien)	• N = 53 Angehörige (25/28) • Von Menschen mit bipolarer Erkrankung • MW: PE: 6,4 [±4,3] vs. TAU: 6.0 [±5,4] Jahre • MW: 44,1 [±12,1] • Ambulant	• Psychoedukation für Angehörige • 6 individuelle Sitzungen 1 bis 2x wöchentlich a 90 Minuten Angehörige: ca. 58 % Mütter, ca. 28 % Partner:innen	• TAU	• 6 Monate
Morris et al. 2017 *[619]* (Großbritannien)	• N = 304 (153/151) • Bipolare Erkrankung (Typ I: 75 % vs. 85 %)	• Strukturierte Gruppenpsychoedukation • 21 wöchentliche Sitzungen a 2 Stunden	• Unstrukturierter Peer-Support • 21 wöchentliche Sitzungen a 2 Stunden	• 24 Monate

	• Anzahl vorausgegangener Episoden: 1-7: 14 % vs. 12 %; 8-19: 33 % vs. 30 %; ≥20: 54 % vs. 58 % • MW: PE: 44,2 [±11,1] vs. Peer-Support: 46,5 [±11,4] • Ambulant			
Shimazu et al. 2011 *[621]* (Japan)	• N = 57 (25/32) • Major Depression • MW: PE: 11,6 [±2,7] vs. TAU: 11,0 [±2,0] Jahre • MW: PE: 59,2 [±14,6] vs. TAU: 60,9 [±13,0] Jahre • Ambulant	• Gruppenpsychoedukation für ein Familienmitglied • 4 Sitzungen alle 2 Wochen a 90 bis 120 min. Angehörige: Partner:innen (N = 46), Eltern (N = 5), Kinder (N = 3)	• TAU allein (ambulante psychiatrische Behandlung)	• 9 Monate
Morokuma et al. 2013 *[620]* (Japan)	• N = 34 (18/14) • Major Depression • MW: 36,8 Monate • MW: 42,8 Jahre • Ambulant (Praxis)	• Gruppenpsychoedukation • 6 wöchentliche Sitzungen a 90 Minuten	• TAU allein (ambulante psychiatrische Behandlung)	• 9 Monate
Aagaard et al. 2017 *[622]* (Dänemark)	• N = 80 (42/38) • Rezidivierende Depression mit ausgeprägter Symptomatik und deutlichen Beeinträchtigungen • MW (Dauer seit erster stationärer Aufnahme): 1,7 Jahre (bis 33 Jahre) • MW: 48 Jahre • Ambulant	• Gruppenpsychoedukation • 8 Sitzungen a 2 Stunden	• TAU (ambulante Behandlung in Community Mental Health Centern) allein	• 24 Monate

Tabelle 34: Effekte von Psychoedukation aus Einzelstudien

	Bipolare Störungen						**Major Depression**			**Diagnoseü greifend Ansatz**
	Angehörigen-PE			**Patienten-PE**			**Angehörigen-PE**	**Patienten-PE**		**Patienten- + Angehörig PE**
Anzahl eingeschlossenePatient:innen/ Angehörige (N)	**Kolostoumpis et al. 2015** **N = 80**	**Hubbard et al. 2016** **N = 32**	**De Souza et al. 2016** **N = 53**	**Bilderbeck et al. 2016** **N = 121**	**Kallestad et al. 2016** **N = 85**	**Morriss et al. 2016** **N = 304**	**Shimazu et al. 2011** **N = 57**	**Morokuma et al. 2013** **N = 34**	**Aagaard et al. 2017** **N = 80**	**Rabovsky al. 2012** **N = 82**
Follow-Up	Gruppen-PE vs. TAU 6 Monate	Gruppen-PE vs. Warteliste 1 Monat	Individuelle PE vs. TAU 6 Monate	Face-to-Face PE vs. PE-Manual 12 Monate	Gruppen-PE vs. Individuelle PE Behand-lungsende	Gruppen-PE vs. Peer-Support	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 9 Monate	Gruppen-PE vs. TAU 2 Jahre	Gruppen-PE soziale Grup 12 Monat

						96 Wochen				
Merkmale klinischer Recovery										
Symptomschwere				~		~		++		+
Depressionsschwere								++	~	
Rückfallrisiko & stationäre Wiederaufnahmeraten				~	++	++[2]	++	++	~	+
Zeit bis Rückfall					++	++[3]	++	++		
Stationäre Behandlungsdauer					~					+
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery										
Psychosoziale Funktionen						++		++		+
Arbeitssituation									+	
Lebensqualität										+
Wissen				++[1]						
Krankheitseinsicht										+
Behandlungsassoziierte Merkmale										
Behandlungsabbrüche									++	~
Compliance									+	++[1]
MerkmaleAngehörige										
Krankheitswissen	++	++								
Belastungs- und Stresserleben	++	++	~							
Krankheitsbezogene Selbstwirksamkeit		++	~							
Depressive und Angstsymptome		~								
Lebensqualität			~							

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, PE Psychoedukation, k. A. keine Angaben zu diesem Outcome-Kriterium, [1] Nach 3 Monaten; [2]:Bei Patienten mit 1 bis 7 Krankheitsepisoden [3] In manische Episode

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 22 **Geprüft (2024)**	**Konsensbasierte Empfehlung „Trialogforen & Psychoseseminare“**
Empfehlungsgrad **EK**	Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Rationale

Betrachtet wurden in der Leitlinie auch Ansätze, die stärker dem trialogischen Handeln folgen (Psychoseseminar, Trialogforen) und in der Vergangenheit auch als Gegenpol von Psychoedukation bezeichnet worden sind (vgl.*[1263]*). Hier steht der wechselseitige und von allen Beteiligten

gleichermaßen getragene Lernprozess im Vordergrund *[1264]*. Obwohl hierzu bisher kaum entsprechende Arbeiten vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass ein trialogisches Handeln Empowerment und Recovery-orientierte Prozesse (Kapitel **Recovery**) unterstützt *[1263][309]*.

9.6 Evidenzkapitel: Peer Support – Experten aus Erfahrung

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 *[623] [624]*.

Peer-Support steht in einem engen Zusammenhang mit dem Trialog (Kapitel **Trialog**) und dem Recovery-Konzept (Kapitel **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 (*[623]*. Peer-Arbeit nutzt die sehr individuellen und sehr unterschiedlichen Erfahrungen der (ehemals) Betroffenen, fokussiert auf Stärken und Fähigkeiten und unterstützt Hoffnung, Toleranz sowie gegenseitigen Respekt und Gleichberechtigung. Peer-Support kann für beide Seiten von Nutzen sein, indem Autonomie gefördert wird, soziale Netzwerke und Selbstvertrauen gestärkt, Selbst-Stigmatisierung verringert und Fertigkeiten entwickelt werden können *[625]*. Ansätze von Peer-Support gelten gleichzeitig als Voraussetzung Recovery-orientierter Dienste *[626]*. Es wird davon ausgegangen, dass Peer-Arbeit nicht nur einen Nutzen für die Betroffenen bringt, sondern auch förderliche Auswirkungen auf das allgemeine therapeutische Klima in Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen haben und den Kampf gegen Stigmatisierung unterstützen kann *[624]*.

"Peer support is a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful. Peer support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding another's situation empathically through the shared experience of emotional and psychological pain." [625].

Peer-Support im Rahmen der psychiatrischen Versorgung umfasst mittlerweile **verschiedene Ansätze** der Unterstützung durch (ehemals) von psychischer Erkrankung Betroffene und schließt auch Angehörige psychisch kranker Menschen ein. Von großer Bedeutung ist dabei der gemeinsame Erfahrungshintergrund des Erlebens der Erkrankung und aller damit verbundenen Erfahrungen innerhalb und außerhalb psychiatrischer Hilfesysteme *[623]*. In der Literatur wurden bereits zu einem frühen Zeitpunkt drei primäre Formen des Peer-Support beschrieben *[627]*:

- ***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. Die Beteiligung an dieser Form der Unterstützung spiegelt das Bemühen der betroffenen Personen um eine Erweiterung der eigenen Fertigkeiten im Umgang mit den Problemen unter der Berücksichtigung „sozialer Nischen" wider. Hier lassen sich Selbsthilfegruppen zuordnen.*
- ***Peer-Unterstützung in betroffenengeleiteten Organisationen/Diensten*** *(engl. Consumer-Run Services/Peer-Support Services) unterscheiden sich von Ansätzen gegenseitiger Unterstützung dadurch, dass die Unterstützung nicht zwingend gegenseitig ist. Unterstützungsleistende Peers nehmen hier durch die mit der Beschäftigung verbundene Entlohnung und die mit den Diensten verbundenen definierten Strukturen eine „professionelle" Rolle ein. Die verschiedenen Unterstützungsdienste (Anlaufstellen, Wohn- und Beschäftigungsprogramme, aufsuchende Dienste) wurden zunächst als Alternative zu herkömmlichen psychiatrischen Diensten entwickelt; sind heute aber auch stärker mit diesen verwoben, Kooperationen/Partnerschaften sind möglich.*
- ***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; → vgl. auch die anderen Kapitel dieser Leitlinie). Peer-Arbeit findet mittlerweile in verschiedenen Settings *[628] [629]* statt; mit dem Ansatz von Vocational-Peer-Support beispielsweise auch im Bereich der beruflichen Teilhabe *[630]*.

Zunehmend finden sich in verschiedenen Ländern auch **peer-geleitete Krisenwohnungen** für Menschen in psychischen Krisen, welche eine wechselseitige Unterstützung erlauben, wobei das Ausmaß der Peertätigkeit unterschiedlich gestaltet wird (peer-run respites vs. peer-operated respites) *[631]*. Evaluationen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Untersuchungsdesigns liegen bisher hauptsächlich aus den USA vor. Sie machen die große Heterogenität der Arbeits- und Organisationsformen deutlich. Diese auf Recovery ausgerichteten Krisenangebote werden als eigene Unterstützungform neben einer herkömmlichen Behandlung in psychischen Krisen betrachtet *[632]*.

Auf der Basis einer qualitativen Studie, in deren Rahmen 71 Peer-Arbeitende, Patient:innen, Behandelnde und Teamleitende interviewt wurden, und auf der Grundlage relevanter theoretischer Konzepte haben Gillard et al. (2014) *[633]* ein **Wirkmodell von Peer-Arbeit** entwickelt. Schlüsselmechanismen werden in diesem Modell in (1) der Bildung vertrauensvoller Beziehungen auf Basis geteilter Erfahrungen, (2) der Präsenz von Rollenvorbildern für Recovery („Leben und Arbeiten mit psychischer Erkrankung") und (3) in der Möglichkeit der Unterstützung zum „Brückenbau"

zwischen Betroffenen und Professionellen und hinein in die Gemeinschaft gesehen. Watson (2017) *[229]* fand auf der Basis eines Reviews fünf Mechanismen für die Entwicklung von Peer-Beziehungen, die gleichzeitig mit dem Peer-Support assoziierte Erfolge und auch mögliche Herausforderungen bewirken können. Die Mechanismen umfassen die (1) gelebte Erfahrung, die (2) besondere Position des Peer-Mitarbeitenden in einer gewissen „Grauzone" und die (3) besondere Verbundenheit zu dieser Tätigkeit, die (4) auf Stärken fokussierte soziale und praktische Unterstützung sowie die (5) Helferrolle.

Schwach

Empfehlung 23 **Geprüft**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Peer Support"**
Empfehlungsgrad **B**	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.
Konsensstärke	**Konsens**

** Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleitung oder Experte/Expertin 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.*

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise

Peer Unterstützung

- Die Wünsche der Betroffenen sollten so weit 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-Mitarbeitenden erhalten.
- Peer-Unterstützung darf keine anderen erforderlichen Behandlungs- und Versorgungsangebote ersetzen. Es liegt eine Fidelity-Skala zur Bewertung der Treue einer manualisierten Peer-Support-Intervention vor, das sich an unterschiedliche Settings anpassen lässt (UPSIDES fidelity scale, *[650]*)

Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum

Aus dem durch die EU geförderten Leonardo da Vinci Projekt wurde das **EX-In-Curriculum** entwickelt. Ziel war es damals die „Best Practice"-Modelle von Psychiatrieerfahrenen in der psychiatrischen Landschaft bekannt zu machen und gute Modelle in die psychiatrische Praxis zu integrieren. Aus den Arbeitsergebnissen heraus wurde in Deutschland das EX-IN-Modell (Experienced Involvement /Experten aus Erfahrung) entwickelt. Zur Implementierung dieser Methode wurde im Oktober 2011 der Verein EX-IN Deutschland e. V. gegründet. Der Verein unterstützt eine zunehmende Anzahl an Standorten in Deutschland. Eine Übersicht findet sich auf Standorte - EX-IN Deutschland. Darüber hinaus gibt es vermehrt Initiativen, die sich regional für die Idee von EX-IN stark machen. Die Standorte haben sich mittlerweile in den Landesverbänden organisiert. Träger dieser Anlaufstellen sind eigenständige EX-IN Vereine vor Ort, kirchliche Träger (Caritas, DPSG, Diakonie), gemeinnützige Verbände (AWO, Malteser-Johanniter etc.), sozial-psychiatrische Institutionen (Universitäts-Krankenhaus, Sozialpsychiatrischer Dienst) o.ä. Alternativen zur EX-IN-Ausbildung liegen beispielsweise in den sog. Peer-Counseling-Kursen initiiert durch die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) oder andere Programme, wie UPSIDES oder DBT Peer Coaching.

Die **inhaltliche Gestaltung** ist an den Standorten ähnlich. Im Zentrum der einjährigen Ausbildung stehen zum einen die Reflexion der eigenen Erfahrungen und zum anderen der Erwerb von Fähigkeiten und Wissen für die Arbeit aus Erfahrenenperspektive. Themenbereiche umfassen im Grundkurs Konzepte wie Salutogenese, Erfahrung und Teilhabe, Recovery, Trialog und Empowerment. Weitere Inhalte sind Selbsterforschung, Fürsprache, ganzheitliches Assessment, Beraten und Begleiten, Krisenintervention, Lehren und Lernen. In einem Abschlussmodul reflektieren die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in den Kursen. Hinzu kommen zwei Praktika, ein Referat über die eigene Genesungsgeschichte sowie ein Portfolio. Die Teilnehmenden erhalten ein Zertifikat durch den Verein EX-IN Deutschland *[651]*. Ca. die Hälfte der Absolvent:innen gelangt in eine regelmäßige Beschäftigung, sei es in eine sozialversicherungspflichtige Anstellung oder auch in eine geringfügige Beschäftigung. Zu bedenken ist, dass nicht alle der Absolvent:innen sofort eine Beschäftigung anstreben. Die Einsatzfelder in der Psychiatrie sind breit gefächert und liegen beispielsweise in der ambulanten psychiatrischen Pflege, in Bereichen des unterstützten Wohnens oder in stationären Behandlungsbereichen *[623]*. Für Deutschland liegen mittlerweile sehr unterschiedliche Praxiserfahrungen vor, die sowohl auf die großen Potenziale dieses Ansatzes, aber auch auf Herausforderungen für alle Beteiligten verweisen *[623]*.

Zahlreiche, insbesondere qualitative Untersuchungen beschäftigen sich mit Fragen zur **Umsetzung und zu Rollenbildern von Peer-Arbeit in der Psychiatrie** *[654][655][656][629]*. Herausfordernd bei der Implementierung wird nach wie vor eine gelungene Balance der Genesungsbegleitenden im gleichzeitigen Gegenüber von Betroffenen und Anderen, in der Psychiatrie-Tätigen, gesehen *[657]*. Voraussetzung sind deshalb einheitliche Ausbildungsstandards der Peers sowie Schulungen des Klinikpersonals, präzise Aufgaben- und Rollendefinitionen sowie eine kontinuierliche Supervision und Begleitung bei der Implementierung *[655][633][658][656]*. Im Forschungsprojekt ImpPeer-Psy5 (Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung – Implementierungsbedingungen im SGB V) wurden bundesweite Erfahrungen mit Peerarbeit analysiert und die Bedarfe aller Beteiligten mit Blick auf die Möglichkeiten einer zukünftigen Etablierung von Genesungsbegleitung in die Regelversorgung erfasst *[659][660]*. Im Rahmen eines Teilprojekts wurden bundesweite Anforderungen an die Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung (SGB V) mit Hilfe qualitativer Ansätze untersucht. Es zeigte sich, dass für eine gelingende Implementierung eine Anerkennung der professionellen Identität der Peer- und Genesungsbegleitung erforderlich ist. Möglicherweise kann diese besser in hierarchisch flach organisierten Settings und einem hohen Anteil an Beziehungsarbeit gelingen; beispielhaft in der Behandlung im häuslichen Setting umgesetzt *[661]*. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert auch eine geregelte und abgesicherte Finanzierung und Entlohnung. Bisher wird Peer- und Genesungsbegleitung bundesweit sehr unterschiedlich, mehrheitlich unzureichend finanziert und entlohnt *[662]*. Hervorzuheben ist an der Stelle auch ein internationales Verbundprojekt (UPSIDES), dessen Ziel ist es, das Modell der Peer-Begleitung sowohl in Industrieländern als auch in Ländern mit mittleren und geringen Einkommen zu etablieren *[114][663]*. Koordiniert wird dieses internationale Projekt von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II des Universitätsklinikums Ulm in Günzburg. Studienstandorte sind u.a. Ulm und Hamburg. Erfahrungsberichte für Deutschland liegen vor *[664]*. Um der Komplexität bei einer nachhaltigen Implementierung von Peer-Begleitung zu begegnen, wurde eine zentrumsübergreifende Theory of Change entwickelt und in Workshops verifiziert *[665]*. Begleitforschung zu Genesungsbegleitung in einem akutpsychiatrischen Behandlungssetting konnte zeigen, dass Peer-Arbeit zur Deeskalation beitragen kann *[666]*.

Wissen und Nutzung von Genesunsgbegleitung in Deutschland wurden im Rahmen einer Beobachtungsstudie, der IMPPETUS Studie, Teil 1 untersucht *[113]*. Demnach gaben 38 Prozent der befragten Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung in (teil-)stationärer Behandlung an, von der Möglichkeit der Genesungsbegleitung zu wissen; 15 Prozent hatten Genesungsbegleitung in der Vergangenheit genutzt. Von den Befragten mit einer Nutzung von Genesungsbegleitung (N = 55) gab die Mehrheit an, Genesungsbegleitung hilfreich (N = 19) bzw. äußerst hilfreich (N = 24) wahrgenommen zu haben.

Für **Angehörige psychisch kranker Menschen**, die einerseits für diese eine wichtige Ressource bedeuten, deren Gesundheit andererseits bei einer Überlastung selbst gefährdet sein kann, kann eine peergestützte Intervention möglicherweise auch präventiv hilfreich sein. Eine Pilotstudie zur Wirkung von Peer-Arbeit bei Angehörigen chronisch psychisch kranker Menschen durch geschulte Angehörige im Rahmen des Hamburger Peer-Projekts konnte deren Belastung signifikant reduzieren und die Lebensqualität signifikant erhöhen *[667]*.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Nach derzeitigem Forschungsstand ist die Evidenzlage unzureichend, um Peer-Support mit der höchsten Empfehlungsstärke in der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu empfehlen. Verschiedene Befunde verweisen auf positive Effekte hinsichtlich Recovery-bezogener Outcomes und gleichwertige klinische Outcomes. Zudem verweisen die vorliegenden Befunde darauf, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen zugunsten einer gezielten Behandlung und gleichzeitigen Reduktion von Krisenbehandlungen verändern lässt. Gegenwärtig sind jedoch keine konsistenten Aussagen zu Wirksamkeitsfaktoren der Peer-Arbeit sowie Empfehlungen für eine spezifische Intervention ableitbar. 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. Unerwünschte Effekte sind nicht systematisch untersucht. Es gibt keine Hinweise, dass die Qualität psychiatrischer Dienste, bei denen Peers mitarbeiten oder integriert sind, von schlechterer Qualität sind als traditionelle Dienste ohne Peer-Support.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. In den identifizierten Reviews wird von einer geringen bis sehr geringen Vertrauenswürdigkeit ausgegangen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Es sind keine signifikanten Unterschiede bekannt. Einige Studien zeigten eine höhere Bedarfsdeckung bzw. größere Zufriedenheit bei Peer-Support. Bei Morriss et al. (2016) war die Teilnahme in einer strukturierten Psychoedukationsgruppe höher *[619]*.

Wissen und Nutzung von Genesunsgbegleitung in Deutschland wurden im Rahmen einer Beobachtungsstudie, der IMPPETUS Studie, Teil 1 untersucht *[113]*. Demnach gaben 38 Prozent der befragten Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung in (teil-)stationärer Behandlung an, von der Möglichkeit der Genesungsbegleitung zu wissen; 15 Prozent hatten Genesungsbegleitung in der Vergangenheit genutzt. Von den Befragten mit einer Nutzung von Genesungsbegleitung (N = 55) gab die Mehrheit an, Genesungsbegleitung hilfreich (N = 19) bzw. äußerst hilfreich (N = 24) wahrgenommen zu haben.

Ressourcen

Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Rekurriert wird hierbei auf die NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie. 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 gemeindenahe Behandlung vor. Allerdings sind mit der Untersuchung deutliche methodische Schwächen verbunden *[365]*.

Versorgungsalltag: Peer-Arbeit ist nicht regelhaft etabliert. Allerdings hat sich in den letzten Jahren eine Praxisvielfalt entwickelt. Ausbildungsstandards der Peer-Arbeit sind u. a. durch die Entwicklung des EX-IN-Curriculums definiert. Es gibt verschiedene Bemühungen, Peer-Support und Genesungsbegleitung in der Breite zu implementieren. Chancen und Herausforderungen der Implementierung wurden wissenschaftlich untersucht.

Die Leistungen der einfachen Assistenz nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX können von Genesungsbegleitenden erbracht werden.

Rationale

Das vorliegende Kapitel konzentriert sich auf Ansätze der Peer-Arbeit durch Experten aus Erfahrung bzw. Menschen mit eigenem Erfahrungshintergrund sowie auf Peer-Support für Familien bzw. Angehörige. 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 systematische Übersichtsarbeiten von RCTs herangezogen. Im Rahmen der 3. Auflage der Leitlinie ist eine aktualisierte systematische Recherche erfolgt; die Ergebnisse werden aufgezeigt. Eine Änderung der Empfehlung ist fußend auf der aktuellen Evidenz nicht erfolgt.

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 Studien wurden hauptsächlich in den USA durchgeführt, einige wenige in Kanada, Großbritannien und den Niederlanden. Die Interventionen richteten sich an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen; der Anteil an Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis schwankte erheblich. Die Studien endeten in der Mehrheit mit dem Interventionsende. Die Qualität der Evidenz stufen die Autor:innen der Leitlinie als (sehr) niedrig ein. Die Autor:innen beurteilen die vorliegende Evidenz als wenig aussagekräftig sowohl hinsichtlich der Stärke als auch der Richtung des Effekts *[365]*.

Peergeleitete Unterstützung hatte einen positiven Effekt auf Recovery (Selbstrating) am Ende der Intervention sowie sechs Monate später. Hinsichtlich Empowerment und Lebensqualität zeigten sich keine Vorteile am Ende der Intervention, allerdings ließ sich ein Effekt in einem späteren Follow-up aufzeigen. Peer-Support hatte keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen sowie auf die Behandlungszufriedenheit. In einer Studie ließ sich ein Vorteil für die Kontrollintervention hinsichtlich psychosozialer Funktionen aufzeigen *[365]*. In dieser Studie wurde ein dreiarmiges Design genutzt und die Effekte eines Peer-Ansatzes zur sozialen Unterstützung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung und sozialem Rückzug untersucht. Dabei wurde jeder teilnehmenden Person entweder keine Partner-, eine Partnerperson mit vergleichbarem Erfahrungshintergrund (psychische Erkrankung) oder eine Partnerperson ohne einen solchen Hintergrund zugeordnet. Es zeigte sich ein interessantes Interaktionsmuster durch die gleichzeitige Berücksichtigung der Frequenz der Aktivitäten. Verbesserungen des psychosozialen Funktionsniveaus konnten offensichtlich Teilnehmende zweier Gruppen erreichen: Teilnehmende an der Supportgruppe durch ehemals Betroffene mit unregelmäßigen Kontakten sowie Teilnehmende an der Supportgruppe durch Personen ohne psychische Erkrankung mit regelmäßigen Kontakten. Die Ergebnisse unterstreichen möglicherweise die Komplexität sozialer Beziehungen *[744]*.

Effekte durch Formen **Gegenseitiger Unterstützung** ließen sich in den Bereichen Empowerment, Lebensqualität und Kontaktgestaltung zu Serviceanbietern aufzeigen.

Lediglich Ergebnisse aus einer Studie zu den Effekten von **Peer-Arbeit in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste** verweisen auf Vorteile in der Kontrollgruppe hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit *[1265]*.

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 dieser 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 *[365]*.

In den relevanten deutschen **Diagnose-spezifischen Leitlinien** wird Peer-Support mit einer abgeschwächten Empfehlungsstärke empfohlen *[251]*.

In der **Nationalen Versorgungsleitlinine Depression** (2022) wurde eine konsensbasierte abgeschwächte Empfehlung formuliert, „da den möglichen positiven Effekten von Peer Support potenzielle negative Effekte wie emotionale Destabilisierung durch Konflikte innerhalb von Gruppen oder Verunsicherung durch subjektiv gefärbte Empfehlungen gegenüberstehen“ könnten. Zudem seien die Angebote nicht weitreichend verfügbar sind .

Systematische Übersichtsarbeiten

Lloyd-Evans et al. (2014) *[634]* identifizierten 18 relevante RCTs zu verschiedenen Ansätzen der **Peer-Arbeit in ambulanter gemeindepsychiatrischer Behandlung** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Tabelle 35). Für Effekte auf die stationäre Behandlungsinanspruchnahme, psychopathologische Symptomatik und Behandlungszufriedenheit ließ sich damals kaum Evidenz finden. Allerdings zeigten sich positive Effekte in den Outcome-Bereichen Hoffnung, Recovery und Empowerment (Tabelle 36). Jedoch sind die Befunde über die verschiedenen Ansätze hinweg nicht konsistent; das Risiko für Verzerrungen in den Studien ist sehr hoch und letztlich ließen sich nur wenige Daten in die Berechnungen einschließen.

Fuhr et al. (2014) *[635]* evaluierten die **Wirksamkeit peergeleiteter Interventionen sowie von Peer-Arbeit in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste** für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung oder einer Depression gegenüber herkömmlicher Behandlung allein oder einer professionell geleiteten Intervention in einem klinischen Kontext. Sie betonten, dass Formen gegenseitiger Unterstützung ausgeschlossen und der Einschluss von Studien mit direktem Kontakt zwischen Betroffenen und Peer-Mitarbeitenden mit einer gerichteten Intervention erfolgte (Tabelle 35). Separate Analysen für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung 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. Unter Berücksichtigung aller identifizierten Arbeiten unabhängig von der Studienqualität wurden keinerlei Effekte evident. In Äquivalenzstudien (vergleichbare Intervention durch Peers vs. professionell Behandelnde durchgeführt) zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich psychopathologischer Symptomatik und Lebensqualität zwischen den Gruppen (Tabelle 36).

Zusatzinformation: Im Rahmen einer systematischen Übersicht wurde die **Effektivität von gesundheitsunterstützender Peer-Arbeit auf die körperliche Gesundheit** schwer psychisch kranker Menschen (engl. Peer-based Health Interventions) untersucht **(Evidenzkapitel Gesundheitsfördernde Interventionen**) *[636]*. Von den 18 berücksichtigten Studien folgten lediglich drei einem RCT-Design *[637] [638] [639]*. Die in den Studien untersuchten Interventionen variieren erheblich und lassen sich grob in 5 Typen einordnen:

- Selbstmanagementprogramme
- Programme zur Raucherentwöhnung
- Programme zur Peer-Navigation
- Gesundheitsfördernde Interventionen
- Komplexe Programme, in denen die verschiedenen Typen zur Anwendung kommen.

Knapp 85 Prozent der Interventionen waren manualisiert; entweder aus einer eigenen Entwicklung oder aus einem evaluierten Programm für andere Zielgruppen resultierend. Die Peer-Arbeit erfolgte peergeleitet oder in Co-Leitung zusammen mit einem professionell Mitarbeitenden aus den Bereichen Pflege oder soziale Arbeit. Auf Basis dieser inhaltlich und methodisch heterogenen Studien und insgesamt eingeschränkter Qualität ließen sich positive Interventionseffekte in den Bereichen Selbstmanagement (Aktivierung, Selbstwirksamkeit, Krankheitsmanagement), Ernährungsverhalten sowie Kommunikation mit Behandelnden ableiten. Hinweise darauf ließen sich auch in zwei der drei hier inkludierten RCTs abbilden; in beiden wurde die Effektivität von Selbstmanagementprogrammen untersucht *[638] [637]*. In anderen Outcome-Bereichen war die Befundlage noch weniger überzeugend bzw. inhomogen: Körperliche Aktivität, Rauchen, Lebensqualität, Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten, biologische Outcomes. Als erfolgversprechend schätzten die Autor:innen auf der Grundlage der aktuellen Studienlage Ansätze des Selbstmanagements und der Peer-Navigation ein. Auch im Rahmen des dritten RCT wurde die Effektivität von peergeführter Navigation, allerdings in einer Pilotstudie mit sehr geringer Teilnehmerzahl (N = 24) untersucht. Es zeichnete sich ein positiver Effekt auf eine veränderte Inanspruchnahme zugunsten einer reduzierten Inanspruchnahme von Notfallbehandlungen und gleichzeitig einer erweiterten Inanspruchnahme von Angeboten der Primärversorgung ab *[639]*. Zeitgleich wurde in einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit eine vergleichbare Fragestellung mit breiten Einschlusskriterien bearbeitet; die Autor:en sprechen von inkonsistenter und unzureichender Evidenz *[640]*.

Ergebnisse der aktualisierten Recherche

In einer systematischen Arbeit mit Metaanalyse untersuchten Smit et al. (2023) *[641]* unter Einschluss von 30 RCTs die **Wirksamkeit von Peer-Support-Interventionen** für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf klinische, persönliche und funktionale Genesungsergebnisse (Tabelle 35). Die Interventionsbedingungen variierten und sahen Gruppensitzungen (k = 12), einen individuellen Support (k = 17) oder ein gemischtes Format vor. In drei Studien erfolgte ausschließlich ein telefonischer Support oder eine Unterstützung über das Internet. Im Vergleich zur Kontrollbedingung (v. a. TAU und Warteliste) war die Unterstützung durch Peers mit kleinen, aber signifikanten Effektgrößen für die klinische

Genesung (g = 0,19, 95 % KI (0,11 bis 0,27), p < 0.001; I^2 = 10 %) und die persönliche Genesung (g = 0,15, 95 % KI (0,04 bis 0,27), p = 0.01; I^2 = 43 %) überlegen, jedoch nicht für die funktionelle Genesung (v. a. Lebensqualität als Outcome; g = 0,08, 95 % KI (−0,02 bis 0,18), p = 0.11; I^2 = 36 %). Die Qualität der eingeschlossenen Studien wird als sehr gering eingeschätzt. Neben Studien, in denen Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen (u. a. Psychosen, depressive Störungen, Angststörungen oder bipolare Störungen) eingeschlossen wurden, wurden auch Studien berücksichtigt, die nicht den Einschlusskriterien entsprechen (7 Studien zu leichteren depressiven Erkrankungen, u. a. perinatale Depressionen). Für die Untergruppe der Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung ergab sich ebenfalls ein signifikanter und konsistenter Effekt hinsichtlich klinischer (g = 0,18, 95 % KI (0,10 bis 0,26), p < 0.001; 14 Studien) und persönlicher Recovery (g = 0,15, 95 % KI (0,02 bis 0,28), p = 0.02; 17 Studien). Bezogen auf funktionale Recovery zeigte sich in der Subgruppe ebenfalls ein signifikanter Effekt (g = 0.18, 95 % KI (0.10 bis 0.26), p < 0.01; 14 Studien) (Tabelle 37)*[641]*.

Im Fokus einer weiteren systematischen Arbeit auf Basis von acht RCTs (N = 2.131) stand die **Effektivität von Peer-Support in einem Gruppenformat** (gegenseitige Unterstützungsgruppen oder Peer-Support-Gruppen mit dem Fokus auf Anti-Stigma- (z. B. Coming Out Proud (COP)) oder Selbstmanagement-Interventionen (z. B. Wellness Recovery Action Planning (WRAP)). Die Autor:innen fanden Belege dafür, dass die Unterstützung durch Peer-Support-Gruppen persönliches Recovery geringfügig verbessern kann (SMD = 0.18 [95% KI =0.07 bis 0.29], p = 0.002; I^2 =0 %, k=5), nicht jedoch die Hoffnung oder das Selbstbewusstsein des Einzelnen oder die klinischen Symptome (Tabelle 35, Tabelle 37). Die Belege für die Wirksamkeit bei Ergebnissen, die nicht in einer Metaanalyse untersucht werden konnten (Inanspruchnahme, Teilhabeparameter), waren uneinheitlich *[642]*.

Eine weitere aktuelle Übersicht inklusive Metanalysen von Wang et al. (2022b) *[643]* beschäftigte sich mit den Auswirkungen von individuell geleiteter und familiengeleiteter Peer-Unterstützung, also eine Begleitung durch geschulte Familienmitglieder, die Erfahrungen in der Begleitung von Menschen mit schweren psychischen Störungen haben (Tabelle 35). Insgesamt wurden 28 RCTs (fünf zu familiengeleiteter Peer-Unterstützung und 23 zu individuell geleiteter Peer-Unterstützung) identifiziert. Durch **familiengeleitete Peer-Unterstützung** wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen in Bezug auf die innerfamiliäre Funktionsfähigkeit (SMD = 0,9, [95 % KI: –0,50 bis 2,30], p = 0,21, k=4) oder das familiäre Belastungserleben (SMD = -1,75, 95 % KI [-3,63, 0,12], p = 0,07; k=2) beobachtbar; allerdings schien es positive Auswirkungen auf die Inanspruchnahme formeller Unterstützungsleistungen durch Familien (SMD = –1,38, 95 % KI [–2,19, –0,56], p = 0,0009; k=4), die psychosozialen Funktionsfähigkeit der von Krankheit betroffenen Personen (SMD = –2,47, 95 % KI [–2,95, –1,98], p < 0,00001; k=4), auf psychotische Symptome (SMD = -1,45, 95 % KI [-2,68, -0,22], p = 0,02), erneute Krankenhauseinweisungen und die Dauer der Krankenhausbehandlungen (SMD = -1,34, 95 % KI [-1,94, -0,75], p < 0,00001 und SMD = –1,48, 95 % KI [–2,56, –0,41], p = 0,007, jeweils) zu geben (Tabelle 37).

Individuell geleitete Peer-Unterstützung kann sich positiv auf das Wohlbefinden (SMD = -2,98, 95 % KI [-3,34, -2,62], p < 0,00001; k=1) und die Adhärenz (SMD = -0,22, 95 % KI [-0,43, –0,01], p = 0,04; k=5) auswirken; sie schien jedoch weniger effektiv in Bezug auf Selbstwirksamkeit (SMD = 0,34, 95 % KI [0,12, 0,57], p = 0,003; k=3), Lebensqualität (SMD = 0,14, 95 % KI [0,06; 0,22], p = 0,0006; k=11), Recovery (SMD = 0,21, 95 % KI [0,05; 0,36], p = 0,008; k=6), Hoffnung (SMD = 0,27, 95 % KI [0,06; 0,49], p = 0,01; k=4), und eine Aktivierung (SMD = 0,43, 95 % KI [0,19, 0,67], p = 0,0005; k=3) zu sein. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen Peer-Support-Gruppen und Kontrollgruppen in Bezug auf soziale Unterstützung, Funktionsfähigkeit, Verbesserung psychotischer Symptome, Selbstwertgefühl, Alkohol- und Drogenkonsum, rechtliche Anklagen, Aufbau von Beziehungen, Empowerment, Zufriedenheit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen *[643]*.

Im Rahmen eines Cochrane Reviews wurden die **Auswirkungen von Peer-Interventionen für Menschen mit Schizophrenie oder anderen schweren psychischen Erkrankungen** im Vergleich zur Standardversorgung untersucht (Tabelle 35). Identifiziert wurden 13 RCTs (N = 2.479). Peer-Support schien mittelfristig wenig oder keinen Einfluss auf Krankenhauseinweisungen (RR = 0,44, [95 % KI 0,11 bis 1,75]; N = 19; k = 1, sehr niedrige Qualität der Evidenz) oder die Mortalität jeglicher Ursache langfristig (RR = 1,52, [95 % KI 0,43 bis 5,31]; N = 555; k = 1, sehr niedrige Qualität der Evidenz) zu haben. Für andere vorab festgelegte Outcomes lagen keine verwertbaren Daten vor (Tage im Krankenhaus, klinische Recovery, klinisch bedeutsame Veränderung der Lebensqualität für Peer-Unterstützende und Dienstleistungsnutzende oder Kosten für die Gesellschaft). Die Autor:innen schlussfolgern, dass derzeit nur sehr begrenzte Daten zu den Auswirkungen von Peer-Unterstützung für Menschen mit Schizophrenie vorliege. Die qualitativen Mängel seien hoch (u. a. Risiko für Bias der eingeschlossenen Studien in den Bereichen zufällige Sequenzgenerierung, verdeckte Zuordnung, Verblindung, Ausfall und selektive Berichterstattung). Problematisch wird die Heterogenität im Rahmen der Outcome-Erfassung und der verschiedenen Skalen bewertet *[644]*.

Tabelle 35: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Peer-Support

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl N (min, max) • Setting	Intervention • Art der Interventionen • Dauer (min, max)	Kontrollgruppe	Follow-Up
NEU **Smit et al. 2023** *[641]*	• 30 RCTs • 20 RCTs (SMI)[1] • 7 RCTs (Depression)[2] • Niederlande (k = 3), USA	• Schwere psychische Erkrankungen / Depression • Durchschnittliches Alter zwischen 30 und 59 Jahren über die Studien	• Gruppentreffen k = 12, individuelle Peer-Unterstützung K = 17, gemischtes Format K = 1 • Persönlicher Support k = 16, telefonische Unterstützung k = 3, Internet-	• TAU k = 16 • Wartegruppe (k = 9)	6 bis 24 Monate

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl N (min, max) • Setting	Intervention • Art der Interventionen • Dauer (min, max)	Kontrollgruppe	Follow-Up
	(k = 18), UK (k = 2), Kanada (k = 3), Australien (k = 1), Deutschland (k = 1), Schweiz (k = 1), Singapur (k = 1)	• N = 4.152 • ambulant (k=5), stationär (k=5), gemischt (k=12), anderes Setting/ unbekannt (k=8)	Selbsthilfegruppe K = 2, gemischte Intervention k = 9 • Dauer und Häufigkeit der Interventionen waren heterogen (drei Wochen bis zu sechs Monaten mit wöchentlichen Treffen oder einer flexibleren Häufigkeit)		
NEU **Wang et al. 2022** *[643]*	• 28 RCTs[3] Familiengeleitet (5 RCTs): • Hong Kong, China (k = 4), USA (k = 1) Individuell geleitet (23 RCTs): • USA (k = 17), Kanada (k = 2), Niederlande (k = 2), Deutschland (k = 1), China (k = 1)	Familiengeleitet: • Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, schwere psychische Erkrankungen • 806 Familien (76/318) • Ambulantes (k=4), gemeindepsychiatrisches Setting (k=1) Individuell geleitet: • Schwere psychische Erkrankungen • N = 6,572 (24/1.827) • Ambulant/Gemeinde (k = 11), stationär (K = 4), beide Settings (k = 4), Hostel (K = 1), Internet (K = 1), unklar (k = 2)	Familiengeleitet (k=5) • verschiedene Elemente umfassend, u.a. Fokus auf Bedarfe, Auseinandersetzung mit neuen Rollen, Problemlöseansätze, Informationen, Umgang mit Gefühlen (Family-Led Mutual Support Group program, The NAMI Family-to-Family Education Program) • 12 bis 16 Sitzungen Individuell geleitet (k=23) • Mehrheitlich Programm-geleitet (u.a. The 12-week Recovery Workbook program, Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES), Wellness Recovery Action Planning (WRAP), Health and Recovery Program (HARP), Crisis Residential Program (CRPs), Peer Engagement Specialist Project oder freie Sitzungen • Internet peer support (k = 1) • 5 Wochen bis 8 Monate	• Unklar	Familiengeleitet: • 3 bis 48 Monate Individuell geleitet: • Bis nach 12 Monaten
NEU **Lyons et al. 2021** *[642]*	• 8 RCTs[4] • USA (k=7), Schweiz (k=1)	• Großer Anteil an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Bipolaren Erkrankungen, schweren Depressionen • Durchschnittlich 46 Jahre • N=2.131 (82/555) • Setting unklar	• Strukturierte Peer-Support-Gruppen: Selbstmanagementansatz (k=4), Anti-Stigma-Ansatz (k=3), unstrukturierte Online-Gruppe (k=1) • 3 bis 12 Sitzungen	• Warteliste (k=4), aktive Kontrollgruppe (k=2), TAU (k=2)	• 3 Wochen bis 6 Monate (k=6)
NEU	• 13 RCTs[5]	• Schwere psychische Erkrankungen (k=13)	• Peer Support + TAU (Peer-Support Group (k=6), peer-	• TAU	unklar

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Studienland	Patienten • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl N (min, max) • Setting	Intervention • Art der Interventionen • Dauer (min, max)	Kontrollgruppe	Follow-Up
	• Niederlande (k=2), USA (k=8), UK (k=1), Deutschland (k=1), China (k=1)	• Altersspanne 30 bis 60 Jahre (k=1), Durchschnittsalter zwischen 25,2 und 49,5 Jahren (k=11) • N=2.479 (24/555) • ambulant (k=5), stationär (k=2), gemischt (k=2), unbekannt (k=4)	based Intensive Case Management Group (k=1), Navigation (k=1), Selbst-Management-Programm (k=2), Recovery-orientierte Programme (k=2) • 5 Wochen bis zu 12 Monaten		
Chien et al. 2019 *[644]*					
Lloyd-Evans et al. 2014 *[634]*	• 18 RCTs[6] • USA (k=14), Kanada (k=1), Australien (k=1), Niederlande (k=1)	• Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in fachärztlicher Behandlung • 42 Jahre (Median) • N=5.597 (33, 1.827) • Gemeindebasiert	• Peergeleitete Unterstützung (k=11, manualisierte Selbstmanagement-Programme, unstrukturierte Unterstützung, Online-Programme) • Gegenseitige Unterstützung (k=4, Peer-Support-Gruppen, unmoderierte Internet Support-Gruppe) • Peers in traditionellen Rollen psychiatrischer Dienste (k=3, ICM, ACT) • 3 Wochen bis 2 Jahre	• Herkömmliche Therapie allein	3 bis 6 Monate
Fuhr et al. 2014 *[635]*	• 10 RCTs (SMI)[7] • 4 RCTs (Depression)[8] • USA (k=9), Kanada (k=4), Niederlande (k=1)	• Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Psychosen) oder einer Depression • K. A. • N=3.595 (42, 701) • Gemeindebasiert	• Peer-Arbeit im Sinne peergeleiteter Unterstützung und Rollenübernahme in psychiatrischen Diensten: Gruppeninterventionen (k=4) vs. individuell ausgerichtete Interventionen (k=6) (Krankheits-management, manualisierte Recovery-orientierte Programme, soziale Unterstützung, Entlassmanagement aus stationärer Behandlung, CM in Krisenpensionen oder in Gemeinde) • Manualiserte Programme über 6 bis 12 Wochen • Begleitung in Gemeinde über längere Zeiträume: 9 Monate bis 12 Monate	• Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	Überwiegend mind. 6 Monate

Erläuterungen: RCTs Randomisierte kontrollierte Studien, k. A. Keine Angaben, CM Case Management, ICM Intensive Case Management

[1] Boevink (2016), Castelein (2008), Cook (2012a), Cook (2012b), Corrigan (2017), Corrigan (2018), Craig (2004), Davidson (2004), Johnson (2018), Kaplan (2011), Mahlke (2017), O'Connell (2018), Pfeiffer (2019), Rivera (2007), Rogers (2016), Rüsch (2014), Russinova (2014), Salzer (2016), Solomon (19959, Van Gestel-Timmermans (2012)

[2] Dennis (2003), Dennis (2009), Field (2013), Gjerdingen (2013), Griffiths (2012), Letourneau (2011), Ludman (2007), Matthews (2018), Ranzenhofer (2020), Shorey (2019)

[3] Chien & Chan (2004); Chien et al. (2018); Chien & Thompson (2013); Chien et al. (2008); Dixon et al. (2011), Barbic et al. (2009); Castelein et al. (2008); Chinman et al. (2015); Cook, Copeland, Floyd, et al. (2012); Cook, Copeland, Jonikas, et al. (2012); Cook, Steigman, et al. (2012); Davidson et al. (2004); Druss et al. (2010); Forchuk et al. (2005), Goldberg et al., 2013; Greenfi eld et al. (2008); Kaplan et al. (2011); Kelly et al. (2014); Mahlke et al. (2017); O'Connell et al. (2020); O'Connell et al. (2018); Qian (2015); Rivera et al. (2007); Rogers et al. (2007); Rowe et al. (2007); Sells et al. (2008); Sledge et al. (2011); van Gestel-Timmermans et al. (2012)

[4] Ben-Zeev (2018), Cook (2012a), Cook (2012b), Eisen (2012), Kaplan (2011), Corrigan (2015), Rüsch (2014), Russinova (2014)

[5] Castelein (2008); Cook (2012b); Cook (2012a); Druss (2010); Eisen (2012); Goldberg (2013); Kelly (2014); Mahlke (2017); Qian (2015); Reynolds (2004); Rowe (2007); Sells (2008); Van Gestel-Timmermans (2012)

[6] Edmundson (1982), Solomon (1995), Clarke (2000), Craig (2004), Davidson (2004), Sells (2006), Rogers (2007), Rivera (2007), Barbic (2009), Kaplan (2011), Segal (2011), Simon (2011), Sledge (2011), Cook (2011), Cook (2012), Proudfoot (2012), van Gestel-Timmermanns (2012), Chinman (2013)

[7] Cook 2012, Cook 2012, Druss 2010, van Gestel-Timmermans 2012, Davidson 2004, Forchuk (2005), Greenfield (2008), Rivera (2007), Sells (2008), Solomon (1995),

[8] Ludman 2007, Dennis 2009, Dennis 2011, Letourneau 2011

Tabelle 36: Effekte von Peer-Support aus aggregierter Evidenz

	Lloyd-Evans 2014 *[634]*			**Fuhr 2014** *[635]*	
Anzahl eingeschlossener Studien (k)	**Gegenseitige Unterstützung** **k=4**	**Peergeleitete Unterstützung** **k=11**	**Peers in traditionellen Rollen** **k=3**	**Überlegenheitsstudien** **k=8**	**Äquivalenzstudien** **k=2**
Merkmale klinischer Recovery					
↓ Psychopathologie		~		~	~
↓ Depressions- und Angstsymptomatik	++[1]	~			
Merkmale persönlicher Recovery					
↑ Recovery	~[1]	++			
↑ Hoffnung		++		~/++*	
↑ Empowerment	++	~			
↑ Lebensqualität	++[1]	~		~/++*	~
Behandlungsassoziierte Merkmale					
↓ Stationäre Behandlungen	+[1]	~	~[1]		
↑ Behandlungs-zufriedenheit		~	-[1]		

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; * Studien mit hoher Qualität berücksichtigt, [1] Anzahl Studien (k=1)

Tabelle 37: Effekte von Peer-Support aus aggregierter Evidenz (aktuelle Evidenz)

	Smit et al. 2024 *[641]*	**Wang et al. 2022** *[643]*		**Lyons et al. 2021** *[642]*	**Chien et al. 2019** *[644]*
Anzahl eingeschlossener Studien (k)	**Peer-Support-Ansätze** **k=20**	**Familiengeleiteter Peer-Support** **k=5**	**Individuell-geleiteter Peer-Support** **k=23**	**Strukturierte Peer-Support-Gruppen** **k=8**	**Peer-Support-Ansätze + TAU vs. TAU** **k=13**
Merkmale klinischer Recovery					
Klinische Recovery[1]	++				

Allgemeine Psychopathologie				~	~[5]/++[5]
Positivsymptome		++	~		
Depressivität				~	
Merkmale funktionaler Recovery					
Funktionale Recovery[2]	++				~[5]/++[5]
Psychosoziale Funktionen		++	~		
Merkmale persönlicher Recovery					
Persönliche Recovery[3]	++		-	++[4]	~[5]/++[5]
Hoffnung			-	~	~[5]/++[5]
Empowerment			~	~	~[5]
Lebensqualität			-		
Wohlbefinden			++		
Selbstwirksamkeit			-		
Behandlungsassoziierte Merkmale					
Stationäre Behandlungen		++			~[5]
Stationäre Behandlungszeiten		++			~[5]
Nutzung von Notfallbehandlungen					~[5]
Gezielte Nutzung der Primärbehandlung					++[5]
Adhärenz (Medikation)			++		
Familienbezogene Merkmale					
Familiäre Funktionen		~			
Familiäres Belastungserleben		~			
Inanspruchnahme formeller gemeindenaher Unterstützung[6]		++			

Erläuterungen: [1] Klinische Recovery hier als Symptomausprägung erhoben mit spezifischen Instrumenten (Brief Symptom Inventory (BSI), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)), [2]erfasst über Lebensqualitätsskalen und das Ausmaß beruflicher und sozialer Funktionen (z. B., World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), EuroQoL 5D (EQ-5D)]; [3]Persönliche Genesung in Bezug auf das Ausmaß der individuell wahrgenommenen Genesung, das Gefühl der Sinnhaftigkeit und die persönliche Handlungsfähigkeit (z. B., Recovery Assessment Schedule (RAS), Empowerment Scale (ES)); [4] kleiner positiver Effekt nach der Intervention und im Follow up (3 bis 6 Monate); [5] Ergebnisse beruhen auf Einzelstudien; [6] Family Support Service Index

Beispiele von Einzelstudien

Im Folgenden werden Einzelstudien aufgeführt, die im Rahmen der 2. Auflage der Leitlinie zusätzlich zu den systematischen Übersichtsarbeiten identifiziert wurden und hier beispielhaft die Breite der verschiedenen Peer-Interventionen skizzieren sollen. Aufgezeigt wird hier auch eine Studie aus Deutschland.

Morriss und Kollegen (2016) *[619]* untersuchten die Effekte einer strukturierten Gruppenpsychoedukation (N=153, offene Gruppe, 21 Sitzungen) gegenüber einem **unstrukturierten Peer-Support** (N=151, 21 Sitzungen) bei Menschen mit langjähriger bipolarer Erkrankung (4 Wochen ohne

akute Symptomatik). Für beide Interventionen wurde ein Manual adaptiert bzw. erstellt; das Psychoedukationsmanual orientierte sich an dem Manual von Colom und Mitarbeitern. Angaben zur Patientenpräferenz hinsichtlich der Intervention blieben vergleichbar zwischen den Gruppen; allerdings war die Teilnahme an der Gruppe signifikant höher unter der Bedingung Psychoedukation (14 vs. 9 Sitzungen). Nach 96 Wochen kam es bei 58 Prozent der Teilnehmenden in der PE-Gruppe zu einem Rückfall in eine akute Erkrankungsphase; gegenüber 65 Prozent der Teilnehmenden in der Peer-Support-Gruppe. Die mittlere Zeit bis zum Rückfall betrug 67 Wochen respektive 48 Wochen in der Peer-Support-Gruppe (p=0,217). Ein signifikanter Einfluss durch Psychoedukation auf die rückfallfreie Zeit zeigte sich nur in der Patientengruppe mit vergleichsweise weniger Krankheitsepisoden (1 bis 7). Allerdings schien Psychoedukation die Manie-Rückfallwahrscheinlichkeit bei allen Patient:innen zu reduzieren (25 % vs. 35 %, p=0,049), nicht aber die Depressions-Rückfallwahrscheinlichkeit. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich psychischer und physischer Symptome; allerdings schien sich im Bereich psychosozialer Funktionen/zwischenmenschliche Beziehungen ein früherer Effekt durch Psychoedukation einzustellen. Ergänzende qualitative Daten verweisen auf die Bedeutsamkeit von „Wissenssteigerung" (bezogen auf die Krankheit im Allgemeinen, aber auch auf individuelle Aspekte) sowie von „Menschen wie ich" und von verbundenen Themen wie Isolation, Stigma und Teilen ähnlicher Erfahrungen in beiden Gruppen. Einige der Befragten führten die geringere Teilnahme am Peer-Angebot auf die mangelnde Strukturierung des Angebotes zurück *[619]*.

Salzer und Kollegen (2016) *[645]* untersuchten die **Wirksamkeit von individueller Peer-Begleitung** im Rahmen der Angebote der Center for Independent Living. Zu den Schlüsselangeboten dieser psychiatrieunabhängigen Servicecenter gehören Informieren, Weitervermittlung anderer Hilfen, unterstützendes Training der Aktivitäten des täglichen Lebens und Fürsprache im Rahmen von Peer-Support. Als Kontrollintervention galt eine herkömmliche Behandlung. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über Community Mental Health Center. Die Teilnahme an den Angeboten des Peer-Supports war insgesamt beschränkt. Es zeigten sich einige positive Effekte in der Experimentalgruppe. So beschrieben mehr als die Hälfte der Teilnehmenden, in mindestens einem Bereich substanzielle Unterstützung erfahren zu haben (qualitative Daten). Hinsichtlich Empowerment, Lebensqualität und Anzahl ungedeckter Bedarfe zeigten sich keine signifikanten Unterschiede *[645]*.

Kelly et al. (2017) *[646]* untersuchten die **Effektivität eines manualisierten peergestützten Selbstmanagementtrainings** für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung („Bridge"-Intervention) zusätzlich zu einer ambulanten herkömmlichen Behandlung in einem Wartegruppen-Kontrolldesign. Ziel der Intervention war die Stärkung des Empowerments hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsleistungen (Routineuntersuchungen, Vorsorge) für eine bessere Früherkennung somatischer Erkrankungen, einer Beziehungspflege zu Gesundheitsdienstleistern und eines verbesserten Selbstmanagements der Gesundheitspflege. Genutzt wurden Motivationstechniken, kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien sowie Wissensvermittlung zu Informationen zum Gesundheitssystem. Ein Peer-Navigator/eine -Navigatorin betreute im Durchschnitt etwa 20 Teilnehmende. Mit der Intervention konnte ein nachweisbarer Effekt erreicht werden. Gegenüber den Teilnehmenden der Wartegruppe suchten Teilnehmende am Training häufiger den Hausarzt auf. Die Arzt-Patient-Beziehung wurde verbessert wahrgenommen; insgesamt stieg die Präferenz für eine Behandlung im Primärbereich; chronische Erkrankungen wurden früher erkannt und Schmerzen reduziert. Gesundheitsbezogene Einstellungen der Patient:innen verbesserten sich *[646]*. Die Manualtreue wurde mit Hilfe einer eigens entwickelten, 20 Items umfassenden Skala überprüft *[639]*.

Eine Untersuchung zur **Effektivität von individuellem Peer-Support** wurde in Hamburg, Deutschland durchgeführt *[589]*. Begleitet wurden 114 Patient:innen mit einer schweren psychischen Erkrankung. 102 Patient:innen erhielten eine herkömmliche Behandlung allein. Der Intervention ging ein strukturiertes Training aller Mitarbeitenden voraus; im Verlauf fand eine regelmäßige Supervision statt. Ziel der Peer-Begleitung war die Unterstützung von Recovery-Prozessen. Spezifische Aufgaben waren z. B. die praktische Unterstützung im Alltag, Hilfen bei Begleitung und Verstehen von Krisensituation, die Bereitstellung von Informationen oder die Vermittlung in Konflikten mit Behandelnden oder auch Familienangehörigen. Die durchschnittliche Kontaktrate zwischen Peer-Begleitung und Teilnehmendem lag bei 12,2 (Range: 0-40). Primärer Outcome-Parameter war das Selbstwirksamkeitserleben. Dieses war zum Follow-Up-Messzeitpunkt in der Interventionsgruppe signifikant erhöht (Effektstärke: 0.3). In sekundären Outcome-Bereichen (Lebensqualität, psychosoziales Funktionsniveau, stationäre Behandlungsbedürftigkeit) zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

O'Connell et al. (2017) *[647]* untersuchten die **Effektivität von Peer-Support zur Stärkung sozialen Engagements** über drei Monate nach Entlassung aus stationärer Behandlung. Die Intervention bestand darin, dass Peers die Patient:innen zu einer Teilnahme an 14-tägigen Mutual-Gruppen sowie zu sozialen und Freizeit-Aktivitäten ermunterten. Ziele der Gruppen waren die gegenseitige Unterstützung der Teilnehmenden, die Vermittlung von Hoffnung und Mut für Recovery sowie die Unterstützung bei der Selbstsorge und des Gesundheitsmanagements für ein sinnerfülltes, selbständiges Leben in der Gemeinde. Gegen Ende der drei Monate wurde auf eine aktive Teilnahme in lokalen Betroffenen-geführten Klubs und auf andere Selbsthilfemöglichkeiten orientiert. Die Ergebnisse sprechen für die Effektivität des Fertigkeitentrainings bei der Reduktion der Negativsymptomatik und des Alkoholkonsums nach drei Monaten sowie bei der Reduktion der Positivsymptomatik, der stationären Wiederaufnahmen und der Verbesserung psychosozialer Funktionen im Follow-Up. Ein zusätzliches Peer-Programm resultierte (nach 3 Monaten) in einem höheren Engagement Betroffener bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und in einer verbesserten Fähigkeit zur Selbstkritik. Die Reduktion des schädlichen Substanzkonsums schien im Follow-Up stabil; zudem schien hier die Bereitschaft für eine Behandlung des schädlichen Substanzkonsums größer *[647]*.

In Hongkong wurde die Effektivität eines 9-monatigen **gegenseitigen Unterstützungsprogramms für Angehörige** von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber Psychoedukation oder herkömmlicher ambulanter Behandlung allein untersucht. Die Wahl des Peer-Leaders erfolgte durch die Gruppe; danach eine zweittägige Anleitung durch das Forschungsteam. Unterstützt wurde der Peer-Leader während der Gruppen durch eine Pflegefachkraft. Hauptinhalte der Gruppensitzungen umfassten: Orientierung und Engagement, Erkennen von und Umgang mit psychologischen und psychosozialen Bedürfnissen, Übernahme der neuen Rolle als pflegender Angehöriger mit den verbundenen Veränderungen im Leben und die Zukunftsplanung. Die Angehörigen der Psychoedukationsgruppe nahmen in vergleichbarem Zeitumfang an einer Familienpsychoedukation nach Mc Farlane teil. Die Patient:innen der beiden Experimentalgruppen wurden zur Teilnahme an den Gruppen (mind. 5 Sitzungen) eingeladen. Die Patient:innen der Kontrollintervention (TAU) hatten ebenfalls die Möglichkeit, an 5 edukativen Gruppensitzungen zu ähnlichen Themen teilzuhaben. Die Ergebnisse fallen zugunsten der Familien-geleiteten Gruppen gegenseitiger Unterstützung sowohl auf Angehörigen- (mehr wahrgenommene soziale Unterstützung, höheres Funktionsniveau in den Familien) als auch auf Patientenebene (Verbesserung

des psychosozialen Funktionsniveaus, psychopathologische Symptomatik, Dauer stationärer Behandlungen) nach 12 und 24 Monaten aus *[648]*. Chien und Kollegen führten eine vergleichbare Studie durch und kamen zu ähnlichen Ergebnissen *[649]*.

Zusammenfassende Bewertung

„Der Einsatz von Peers ist zu einem Symbol und zu einem Instrument der Veränderung in der psychiatrischen Praxis geworden." *[623]*. Heute existiert eine Breite an Peer-Interventionen in den verschiedensten Handlungsfeldern. Damit verbunden sind neue Perspektiven für alle Beteiligten. Diese Entwicklung zeigt sich auch in einer zunehmenden Anzahl experimenteller Studien.

Peer-Arbeit kann positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess im Sinne von Recovery (Kapitel **Recovery**) und bei verbundenen Aspekten wie Hoffnung, Selbstwirksamkeitserleben, Empowerment und Lebensqualität haben *[634] [635][365][589]*. Zudem verweisen die vorliegenden Befunde darauf, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Betroffenen zugunsten einer gezielten Behandlung und gleichzeitigen Reduktion von Krisenbehandlungen verändern lässt *[646][647]*. Es existieren auch Befunde aus Einzelstudien zu positiven Effekten; beispielsweise hinsichtlich einer reduzierten psychopathologischen Symptomatik *[634]* oder einer verbesserten Einstellung gegenüber der eigenen Gesundheitssorge *[646]*. Eine durch Angehörige geleitete Form der gegenseitigen Unterstützung mit dem Einbezug erkrankter Angehöriger zeigte positive Effekte auf Patienten- und Angehörigenoutcomes *[648] [649]*.

Die Ergebnisse der aktuellen Übersichtsarbeiten verweisen auf eine Zunahme an RCTs in diesem Bereich. Dennoch bleiben die untersuchten Interventionen und Outcomes heterogen, was zu Einschränkungen der aktuellen Evidenzbasis führt. Die Qualität der Primärstudien ist oft gering. Die derzeit verfügbaren Studien zu Peer-Support-Interventionen liefern in der Gesamtschau keine ausreichenden Belege für eine routinemäßige Umsetzung dieser Interventionen in den gängigen psychiatrischen Diensten *[641][643][642][644]*. Es sind weitere hochwertige Studien zu Peer-Support-Interventionen erforderlich, um fundierte Schlussfolgerungen über die Wirksamkeit der Interventionen ziehen zu können. Auch die Autor:innen eines Meta-Reviews kommen zu dem Schluss, dass die Mehrheit der Übersichtsarbeiten in diesem Bereich von niedriger bis sehr niedriger Qualität ist. Die Wirksamkeit von Peer-Support-Interventionen bei Menschen mit einer großen Breite an psychischen Gesundheitsproblemen wurde in 23 Reviews untersucht. Die Ergebnisse zur Wirksamkeit waren gemischt; es gab einige Hinweise aus Metaanalysen, dass Peer-Unterstützung Selbstwirksamkeit und eine persönliche Genesung verbessern kann. Zu den Faktoren, die eine erfolgreiche Umsetzung fördern, gehörten angemessene Schulungen und Supervision, ein auf Genesung ausgerichteter Arbeitsplatz, eine starke Leitung und eine unterstützende und vertrauensvolle Arbeitsplatzkultur und effektive Zusammenarbeit. Zu den Hindernissen gehörten Zeit-, Ressourcen- und Finanzmangel sowie das Fehlen einer anerkannten Zertifizierung für Peer-Support-Mitarbeitende *[652]*. Im Rahmen eines weiteren Meta-Reviews zu den Effekten von Genesungsbegleitung in formalen klinischen psychiatrischen Settings kommen Walde und Völlm (2025) *[653]* zu einem vergleichbaren Ergebnis. Einbezogen wurden Arbeiten unterschiedlichen Studiendesigns.

Einige der Studien verweisen auch auf Vorteile in der Kontrollgruppe. 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 *[619]*. In einer der Übersichtsarbeiten sowie in der NICE-Leitlinie zur Behandlung psychotischer Erkrankungen lässt sich ein geringer negativer Effekt auf die Behandlungszufriedenheit durch Peer-Arbeit in traditionellen Rollen gegenüber einer Case-Management-Behandlung ohne Peer-Support feststellen *[1265]*. Allerdings muss auch in dieser Einzelstudie von einer geringen Studienqualität ausgegangen werden *[634]*. Intensive Case Management wurde hierbei entweder von einer Betroffenen-geleiteten Selbsthilfe-Organisation oder einem Community Mental Health Center organisiert. Zu berücksichtigen ist, dass andere Outcomes in der Originalstudie (soziales Funktionsniveau, Symptomatik, Lebensqualität) vergleichbar waren.

Nach derzeitigem Forschungsstand ist die Evidenzlage unzureichend, um Peer-Support mit der höchsten Empfehlungsstärke in der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu empfehlen. Verschiedene Befunde verweisen auf positive Effekte hinsichtlich Recovery-bezogener Outcomes und gleichwertige klinische Outcomes. Gegenwärtig sind jedoch keine konsistenten Aussagen zu Wirksamkeitsfaktoren der Peer-Arbeit sowie Empfehlungen für eine spezifische Intervention ableitbar. 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.

Implementation

Zahlreiche, insbesondere qualitative Untersuchungen beschäftigen sich mit Fragen zur **Umsetzung und zu Rollenbildern von Peer-Arbeit in der Psychiatrie** *[654][655] [656][629]*. Herausfordernd bei der Implementierung wird nach wie vor eine gelungene Balance der Genesungsbegleitenden im gleichzeitigen Gegenüber von Betroffenen und Anderen, in der Psychiatrie-Tätigen, gesehen *[657]*. Voraussetzung sind deshalb einheitliche Ausbildungsstandards der Peers sowie Schulungen des Klinikpersonals, präzise Aufgaben- und Rollendefinitionen sowie eine kontinuierliche Supervision und Begleitung bei der Implementierung *[655][633][658][656]*. Im Forschungsprojekt ImpPeer-Psy5 (Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung – Implementierungsbedingungen im SGB V) wurden bundesweite Erfahrungen mit Peerarbeit analysiert und die Bedarfe aller Beteiligten mit Blick auf die Möglichkeiten einer zukünftigen Etablierung von Genesungsbegleitung in die Regelversorgung erfasst *[659] [660]*. Im Rahmen eines Teilprojekts wurden bundesweite Anforderungen an die Implementierung von Peer- und Genesungsbegleitung in der krankenkassenfinanzierten Versorgung (SGB V) mit Hilfe qualitativer Ansätze untersucht. Es zeigte sich, dass für eine gelingende Implementierung eine Anerkennung der professionellen Identität der Peer- und Genesungsbegleitung erforderlich ist. Möglicherweise kann diese besser in hierarchisch flach organisierten Settings und einem hohen Anteil an Beziehungsarbeit gelingen; beispielhaft in der Behandlung im häuslichen Setting umgesetzt *[661]*. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert auch eine geregelte und abgesicherte Finanzierung und Entlohnung. Bisher wird Peer- und Genesungsbegleitung bundesweit sehr unterschiedlich, mehrheitlich unzureichend finanziert und entlohnt *[662]*. Hervorzuheben ist an der Stelle auch ein internationales Verbundprojekt (UPSIDES), dessen Ziel ist es, das Modell der Peer-Begleitung sowohl in Industrieländern als auch in Ländern mit mittleren und geringen Einkommen zu etablieren *[114][663]*. Koordiniert wird dieses internationale Projekt von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II des Universitätsklinikums Ulm in Günzburg. Studienstandorte sind u.a. Ulm und Hamburg. Erfahrungsberichte für Deutschland liegen vor *[664]*. Um der Komplexität bei einer nachhaltigen Implementierung von Peer-Begleitung zu begegnen, wurde eine

zentrumsübergreifende Theory of Change entwickelt und in Workshops verifiziert *[665]*. Begleitforschung zu Genesungsbegleitung in einem akutpsychiatrischen Behandlungssetting konnte zeigen, dass Peer-Arbeit zur Deeskalation beitragen kann *[666]*.

Wissen und Nutzung von Genesunsgbegleitung in Deutschland wurden im Rahmen einer Beobachtungsstudie, der IMPPETUS Studie, Teil 1 untersucht *[113]*. Demnach gaben 38 Prozent der befragten Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung in (teil-)stationärer Behandlung an, von der Möglichkeit der Genesungsbegleitung zu wissen; 15 Prozent hatten Genesungsbegleitung in der Vergangenheit genutzt. Von den Befragten mit einer Nutzung von Genesungsbegleitung (N = 55) gab die Mehrheit an, Genesungsbegleitung hilfreich (N = 19) bzw. äußerst hilfreich (N = 24) wahrgenommen zu haben.

Für **Angehörige psychisch kranker Menschen**, die einerseits für diese eine wichtige Ressource bedeuten, deren Gesundheit andererseits bei einer Überlastung selbst gefährdet sein kann, kann eine peergestützte Intervention möglicherweise auch präventiv hilfreich sein. Eine Pilotstudie zur Wirkung von Peer-Arbeit bei Angehörigen chronisch psychisch kranker Menschen durch geschulte Angehörige im Rahmen des Hamburger Peer-Projekts konnte deren Belastung signifikant reduzieren und die Lebensqualität signifikant erhöhen *[667]*.

10. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung sozialer und kultureller Teilhabe

10.1 Evidenzkapitel: Unterstütztes Wohnen

Hintergrund

International verwässern verschiedene Terminologien die Landschaft der verschiedenen Wohnformen und lassen kaum Rückschlüsse darauf zu, welche Hilfeleistungen konkret enthalten sind *[668][669]*. Dabei stellt - vergleichbar zum Ansatz des Supported Employment im Bereich der Arbeitsrehabilitation - der Begriff des **Supported Housing** ein Paradigma dar, psychisch kranken Menschen primär einen eigenen adäquaten Wohnplatz im präferierten Wohnumfeld zu ermöglichen und sie dann gemessen an den (wechselnden) individuellen Bedarfen auch fachlich zu unterstützen, solange ein Unterstützungsbedarf besteht *[206]*. 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) *[670]* findet sich eine Kategorisierung verschiedener Housing-Modelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Autor:innen verweisen darauf, dass nicht immer eine klare Trennung der Wohnformen zwischen den Kategorien erfolgen kann und dass es 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 (Tabelle 38).

Tabelle 38: Kategorien von Wohninterventionen für schwer psychisch kranke Menschen nach Leff et al. (2009) *[670]*

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:innen sind hoch und setzen z. B. die Teilnahme an Angeboten und die Abstinenz von Alkohol und Drogen voraus. Hausregeln und Strukturen werden üblicherweise durch die Fachkräfte formuliert und umgesetzt. Der Fokus liegt hier v. a. auf dem Krankheitsmanagement.
Residential-Continuum-Modell **„Stufenleitermodell“**	Wohnmöglichkeiten, bei denen Begleitung und Behandlung nicht zwingend durch hausinterne Fachkräfte geleistet werden. Bei der Begleitung der Bewohner:innen wird auf Inklusion, Recovery und Selbstständigkeit fokussiert, dementsprechend werden rehabilitative Ziele, wie Arbeit, Behandlung und soziale Teilhabe außerhalb der Einrichtung und damit eine größere Realitätsnähe angestrebt. Eine Besonderheit dieses Modells ist das Konzept eines gestuften Hilfesystems von nacheinander zu durchlaufenden Hilfeangeboten, dass es den Nutzenden erlaubt, in Abhängigkeit von Recovery und den eigenen Unterstützungsbedarfen ein Wohnmodell zugunsten eines anderen zu verlassen. Verbunden hiermit ist ein Auf- und möglicherweise auch ein Abstieg zwischen verschiedenen Sonderwohnformen mit unterschiedlichen Graden von Autonomie und Kontrolle (vgl. *[671]*).
Permanent-Supported-Housing-Modell	Dieses Modell stützt sich auf die Annahme, dass stabile Wohnverhältnisse stützende und entwicklungsfördernde Wirkung haben. Weder eine positive Entwicklung von Stärken, von Selbstständigkeit und Recovery noch eine mögliche Verschlechterung der Symptome oder psychosozialer Funktionen, sollte dazu führen, dass Bewohner:innen in eine andere, weniger oder stärker strukturierte betreute Wohnform wechseln müssen. Dieses Modell zielt deshalb darauf, nicht das Wohnen an sich, sondern die fachliche Unterstützung und die Behandlungen vor Ort entsprechend an die wechselnden Bedarfe anzupassen. Behandlungen und Unterstützungsleistungen finden vorwiegend außerhalb der Wohneinheit und damit realitätsnah statt.

Ziele der mobilen Unterstützung zu selbstbestimmtem Wohnen im Sinne des Supported Housing liegen in einer verbesserten Teilhabe, sowie stärkerer Inklusion und Selbstständigkeit der Betroffenen. Die englischsprachigen Modelle müssen dabei auf die deutschen Verhältnisse übertragen werden, bei denen der sozialrechtliche Zugang zu den Leistungen ausschlaggebend ist. Nachdem das Bundesteilhabegesetz 2017 in Kraft getreten ist, ist das Permanent-Supported-Housing-Modell zur bestimmenden Leistungsform zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Bereich Wohnen geworden. Die Leistungsform ist dabei die Assistenzleistung in ihren verschiedenen Ausformungen, die unabhängig von der Wohnform erfolgt (**siehe Matrixkapitel**). Ausgangspunkt hierbei bildet vor allem auch, dass die Betroffenen gemäß der UN-BRK ein Recht auf stabile Wohnverhältnisse und die aus der Behinderung resultierende notwendige Unterstützung haben. Erst wenn die Unterstützungsleistung unabhängig von der Wohnform gewährt wird, kann untersucht werden, ob unterschiedliche Wohnmilieus eine Wirkung für unterschiedliche Personengruppen haben. Aktuellere Studien werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels skizziert.

Ein besonderes Wohnmilieu in Deutschland stellt das betreute **Wohnen in Familien** dar, das weder von Leff et al. (2009) *[670]* noch von Siskind et al. (2013) *[669]* erwähnt wird, in Deutschland in einigen Bundesländern jedoch eine gewisse Bedeutung hat.

In Siskind et al. (2013) *[669]* wurde auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche und qualitativen Datenanalyse eine allgemeingültige **Taxonomie unterstützter Wohnformen** für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen entwickelt. Hiermit können wichtige Charakteristika der sehr heterogenen Leistungsangebote systematisch erfasst und evaluiert werden (Tabelle 39).

Tabelle 39: Domänen von verschiedenen Angeboten unterstützten Wohnens nach Siskind et al. (2013) *[669]*

Domäne	Subdomäne	Dimension
Dauer des Angebotes		Kurz (< 6 Monate)

		Lang (> 6 Monate)
Charakteristika der Nutzenden		Versorgungsbedarfe Bereitschaft, die Unterstützungsleistungen anzunehmen Abstinenz (Alkohol, Drogen) Zugehörigkeit zu spezifischer Gruppe (z. B. Menschen mit einer Erst-Psychose, psychisch kranke Frauen)
Charakteristika der Betreuungsform	Struktur	Wohngemeinschaft (groß: > 10 Bewohner:innen vs. klein: < 10 Bewohner:innen) Einzelwohnen
	Lokation	Bündelung mehrerer Wohnungen an einem Ort Streuung der Wohnungen an verschiedenen Orten Nähe zu ergänzenden Service- bzw. Unterstützungsleistungen
	Mietverhältnis	Direkt durch Nutzende Indirekt über den Serviceanbieter
Charakteristika Service	Standort Betreuer	Vor Ort Nicht vor Ort
	Betreuungsdauer	24 Stunden 8 -24 Stunden < 8 Stunden
	Servicesteuerung	Leistungen des betreuten Wohnens und ergänzende Unterstützungsleistungen werden von einem Leistungsanbieter erbracht oder Von verschiedenen Leistungsanbietern erbracht
	Betreuende Qualifikation	Klinischer Hintergrund Kein klinischer Hintergrund
	Betreuungsintensität	Hoch (strukturierte Gruppenangebote, Tagesstrukturierung, Supervision bei Medikation) Moderat Niedrig (Selbständigkeit groß, Selbstmanagement der Medikation)
	Serviceflexibilität	Leistungen können flexibel an die wechselnden Bedarfe der Nutzenden angepasst werden Nutzende müssen in Abhängigkeit ihrer Bedarfe wechseln
	Recoveryorientierung	Hohe Selbstbestimmung möglich Niedrige Selbstbestimmung möglich

Eine umfassende Beschreibung der Struktur- und Prozessmerkmale unterstützter Wohnformen im deutschsprachigen Raum liegt mit der **Modelltreueskala für selbstbestimmtes Wohnen** von Richter et al. (2022) *[672]* vor. Die Modelltreueskala *[673][674]* umfasst 31 Items in 4 Bereichen (Wohnbedingungen, Mitarbeitende/Team, Unterstützungsbedingungen, Inklusionsorientierung). Unterstützungsdienste in der eigenen Wohnung wiesen eine leicht höhere Modelltreue gegenüber besonderen Wohnformen (stationäre Einrichtungen) auf. Dies traf vor allem in den Bereichen Wohnbedingungen und Inklusionsorientierung zu. Keine Unterschiede wurden in den Bereichen Mitarbeitende/ Team und Unterstützungsbedingungen beobachtbar. Die Kriterien können sowohl bei der Beurteilung der Wohnformen im Sinne eines selbstbestimmtes Wohnens als auch bei wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirksamkeit von Bedeutung sein.

Stark

Empfehlung 24 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Dauerinstitutionalisierung“
Empfehlungsgrad **A**	Mit Zunahme des Institutionalisierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden.
Konsensstärke	**Konsens**

Rationale

Dieser Empfehlungsgrad wurde vergeben, da die Mitglieder der Leitliniengruppe davon ausgehen, dass es für die bekannten und umfänglich 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.

Exkurs: Untersuchungen im Rahmen der Enthospitalisierung

Die Notwendigkeit der Enthospitalisierung von Langzeitbewohner:innen und deren Integration in gemeindenahe Versorgungs- und Wohnformen mit dem Ziel einer größeren Selbstständigkeit und sozialen Teilhabe der Betroffenen ist heutzutage unstrittig. Die **Enthospitalisierungsphase** gilt heute zumindest für weite Teile des westlichen Europas, die USA sowie Neuseeland und Australien als abgeschlossen *[675]*. Zahlreiche wissenschaftliche Studien haben diesen Prozess begleitet. Der Vollständigkeit halber sei auf die wichtigsten Befunde verwiesen. Dabei wird auf die systematische Übersicht von Bitter und Kollegen aus dem Jahre 2009 zurückgegriffen.

Hierin wurden 11 quantitative Studien (7 prospektive Längsschnitt-, 4 Querschnittstudien) berücksichtigt, in denen die Auswirkungen des Übergangs chronisch psychisch erkrankter Menschen von Großkrankenhäusern in gemeindenähere Versorgungsformen evaluiert wurden. In der Ergebnisdarstellung der einzelnen Studien finden sich am häufigsten Outcomes zur Psychopathologie, zu psychosozialen Merkmalen bzw. Autonomie, zu den Unterstützungsbedarfen und der Lebensqualität der Betroffenen. Die Autor:innen stellen dar, dass es **widersprüchliche Ergebnisse** hinsichtlich der Veränderungen psychopathologischer Symptome im Verlauf der Enthospitalisierung gibt. Während in zwei der Studien Verbesserungen deutlich wurden, fand die Mehrheit der Studien keine Unterschiede. Lediglich eine Studie verwies auf eine Verschlechterung. Unter dem Begriff der „sozialen Behinderung“ wurden alle Outcomes berücksichtigt, die sowohl das soziale Funktionsniveau erfassten, als auch soziale Funktionen und Verhaltensweisen. Auch hier fanden sich keine klaren Zusammenhänge. Wenngleich deutlich wurde, dass die Betreuenden die Bedarfe der Bewohner:innen höher einschätzten als diese selbst, so ließen sich keine klaren Schlussfolgerungen dazu ableiten, ob der Versorgungsbedarf mit einem zunehmend unabhängigerem Leben zu- oder abnimmt. Homogen schienen die Ergebnisse hinsichtlich der **Lebensqualität**, wobei sich hier eine Verbesserung abbildete. Kritisch schätzen die Autor:innen die neuen Wohnformen ein, diese seien oft schlecht beschrieben, zum Großteil handelte es sich dabei um eine neue Form der 24-Stunden-Betreuung mit vergleichbarer Betreuungsintensität. Insgesamt sei ein Trend hin zu geringerer (auch zu höherer) Betreuungsintensität nur selten zu beobachten *[675]***.**

Rosemann und Konrad (2011) merkten an, dass die in Deutschland durchgeführten Enthospitalisierungsstudien eher den Transfer der Bewohner:innen aus den Langzeitbereichen der psychiatrischen Kliniken in anderweitig finanzierte Wohnangebote, häufig in stationärer und auch geschlossener Form, untersucht haben. Sie führten die eher ernüchternden Ergebnisse darauf zurück, dass sich die Untersuchungsdesigns v. a. an institutionellen Merkmalen orientierten. Eine solche Vorgehensweise führe jedoch immer dazu, dass Nutzende identifiziert werden, die nicht zu den entsprechenden Institutionen „passen“. Erst grundlegende Veränderungen in der Ausgestaltung des Unterstützungsangebotes außerhalb der Klinik und eine konsequente Orientierung an den individuellen Hilfebedarfen werden Verbesserungen für die Betroffenen sichtbar machen können *[668]*.

Stark

Empfehlung 25 Geprüft	Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Wohnen mit mobiler Unterstützung“
Empfehlungsgrad **A**	Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.
Konsensstärke	**Konsens**

Praktische Informationen

Anwendbarkeit und Erfahrungen in Deutschland

Versorgungsalltag: Die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderungen ist mit dem BTHG nicht mehr an eine bestimmte Wohnform geknüpft, sondern wird am notwendigen individuellen Bedarf ausgerichtet. Leistungen für Wohnraum nach dem BTHG bieten Unterstützung für Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in geeigneten Wohnverhältnissen zu ermöglichen. Die Leistungen können folgende Aspekte umfassen:

- **Beschaffung von Wohnraum**: Unterstützung bei der Suche und dem Erwerb von Wohnraum, der den individuellen Bedürfnissen entspricht,
- **Umbau und Ausstattung**: Finanzielle Hilfe für notwendige Umbauten oder Anpassungen, um die Barrierefreiheit und die Nutzung des Wohnraums zu gewährleisten.
- **Erhaltung von Wohnraum:** Unterstützung bei der Instandhaltung und Renovierung von Wohnräumen, um ein sicheres und komfortables Wohnumfeld zu schaffen.

Die **Leistungen für Wohnraum** nach § 113 (2) Nummer 1 SGB IX verhelfen der leistungsberechtigten Person zu Wohnraum, der zur Führung eines möglichst selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Lebens geeignet ist. Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geht es vor allem um die Beschaffung und Erhaltung von Wohnraum. Die **Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe** (§ 113 (2) Nummer 2 SGB IX) können in der erforderlichen Intensität außerhalb besonderer Wohnformen erbracht werden, wenn die leistungsberechtigte Person dies wünscht (siehe **Matrixkapitel**).

Mit dem BTHG schaffte der Bundesgesetzgeber gleiche Voraussetzungen für alle Menschen mit Behinderungen: Sie erhalten Fachleistungen der Eingliederungshilfe unabhängig davon, ob sie in der eigenen Wohnung oder in stationären Einrichtungen leben. Wer in einer solchen „besonderen Wohnform" lebt, bekam bis Ende 2019 die Komplexleistung Eingliederungshilfe für Wohnen, Essen und Fachleistungen. Seit dem 1. Januar 2020 werden diese Leistungen aus unterschiedlichen Systemen finanziert, es erfolgt seitdem eine Trennung der Fachleistungen von denen des Wohnens (siehe **Matrixkapitel**).

Untersuchungen in Deutschland

Eine ältere systematische Bestandsaufnahme deutschsprachiger empirischer Arbeiten zur **Wirksamkeit von ambulant betreutem Wohnen für psychisch erkrankte Menschen** im Erwachsenenalter lieferte Walther (2014) *[1272]*. Definiert wurde ambulant betreutes Wohnen dabei als „jede Form der aufsuchenden psychosozialen Begleitung, die die Beibehaltung der selbständigen Haushaltsführung sicherstellt". Identifiziert wurden 4 Beobachtungsstudien mit sehr kleinen Stichprobenumfängen (jeweils N = 14 bis 20) und großer Heterogenität, deren Ergebnisse kaum generalisierbar sind. Die Ergebnisse geben Hinweise auf Verbesserungen in den Bereichen stationärer Behandlungsbedürftigkeit, psychische Gesundheit, soziale Funktionen, selbstbestimmte Lebensführung, Tagesstruktur und Lebensqualität. Keine positiven Veränderungen schien es in den Bereichen selbstständiger Umgang mit Medikation sowie Kontakte zu Menschen ohne Beeinträchtigungen zu geben; der Aufgabenumfang für gesetzliche Betreuer nahm zu.

Quadflieg und Fichter (2007) *[1273]* evaluierten in einer Kohortenstudie in München die Auswirkungen einer **Zuweisung von Wohnraum an wohnungslose Menschen mit hoher Prävalenz an psychischen Erkrankungen** (Psychosen: 2 %, affektive Störungen: 31 %, Angststörungen: 26 %, jegliche Achse-I-Störung: 81 %, substanzbezogene Störungen: 70 %). Von den 109 Männern und 20 Frauen konnten insgesamt 94 Personen nach 12 und 36 Monaten erneut befragt werden. Als mögliche Unterkünfte wurden längerfristig verfügbare Zimmer in Obdachlosenheimen (75 Personen), therapeutische Wohngemeinschaften (6 Personen) oder Sozialwohnungen (13 Personen) zur Verfügung gestellt. Die Betreuungsintensität war gering bis moderat. Nach 3 Jahren hatten 85 Personen (90 %) die Wohnsituation beibehalten oder verbessert. Lediglich 8 Personen (8 %) lebten wieder unter ähnlichen Bedingungen wie vor Beginn der Studie. Als Risikofaktoren für eine neuerliche Verschlechterung der Wohnsituation wurden v. a. starker Alkoholkonsum und hohe Psychopathologie ermittelt. Effekte auf Psychopathologie und psychosoziales Funktionsniveau waren kaum nachweisbar. Allerdings wurde auch keine spezielle Behandlung der psychischen Erkrankungen angeboten. Mit der Zuweisung von Wohnraum endete zumeist auch die Sozialarbeit**.**

MOTIWOHN gleicht einem sekundärpräventiven Ansatz und zielt über die Vernetzung von sozialen Hilfen und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen auf eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Risikopersonen (Gefahr von Wohnungslosigkeit) mit unbehandelten psychischen Erkrankungen sowie akuten sozialen und ökonomischen Notlagen *[1274]*. Durchgeführt wurde die Studie in Mannheim und Freiburg. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über Ämter für Wohnraumsicherung bzw. –versorgung, Jobcenter, soziale Wohnbaugesellschaften und andere Hilfeeinrichtungen. Mit Hilfe des sog. Motivational Interviewing wurde im Rahmen eines motivierenden Case-Management-Ansatzes versucht, eine Motivation bei den Betroffenen für anschließende Kontakte/Behandlungen im gemeindepsychiatrischen Setting zu erreichen. Der Ansatz erwies sich als praktikabel. Knapp die Hälfte der in den Ämtern und sozialen Diensten identifizierten Personen ließ sich zunächst auf die Intervention ein. Davon beendeten 55 Prozent die Studie; von denen 41 Prozent in eine psychiatrische Behandlung übergeleitet werden konnten.

NEU Die **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Helios Park-Klinikums in Leipzig** ermöglicht Patient:innen in Wohnungslosigkeit oder von Wohnungslosigkeit betroffenen Personen im Rahmen von **Supported Housing** an der Schwelle von der Klinik in die Gemeinde Zugang zu einem modernen Ansatz unterstützter Wohnformen in unmittelbarer Nachbarschaft zur Klinik (vollmöblierte 1-Zimmer-Wohnungen mit Einbauküche und Badezimmer). In jedem Setting der psychiatrischen Klinik (Tagesklinik, Station, StäB, PIA) können Patient:innen

ohne adäquaten Wohnraum zu jeder Zeit für ein spezifisches Entlassmanagement in das Supported Housing vorgeschlagen werden. Zugangskriterien für eine Teilnahme am Wohnprojekt umfassen: eine (drohende) Wohnungslosigkeit, eine basale und doch verlässliche Mitwirkungsbereitschaft, eine Grundselbstständigkeit im Bereich der Tagesstrukturierung und Haushaltsführung sowie ein geregeltes Einkommen. Von der Klinik werden psychiatrische Unterstützungsangebote (StäB, PIA) inklusive Trainingsplänen für selbstständiges Wohnen, therapeutische und medizinische Behandlungen, sozialarbeiterische Unterstützung sowie Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsmarkt gewährleistet. Das Angebot ist zeitlich befristet (6–12 Monate) und darauf ausgerichtet, einen Übergang in das regionale, persönlich angestrebte Wohnumfeld der Teilnehmenden zu erleichtern. In dieser Zeit werden die Bewohner:innen bei der Suche nach Wohnraum und bei dem Erhalt einer eigenen Wohnung unterstützt. Eine Evaluation erwies sich herausfordernd. Es zeigte sich aber, dass alle an der Befragung Teilnehmenden im Rahmen des Entlass-/ Schnittstellenmanagements primär vor der Wohnungslosigkeit und dem Einstieg in Obdachlosigkeit bewahrt werden konnten. Im Durchschnitt verweilten die Teilnehmenden fünf Monate in dem ihnen zur Verfügung gestellten Wohnraum *[1275]*.

Eine Untersuchung zum **betreuten Wohnen** erfolgte auf Grundlage der Basisdokumentation über die **Nachsorge forensischer Klient:innen** des ZfP Weissenau (N = 107), die in ein ausgebautes Netz an gemeindepsychiatrischen Angeboten der GPV des Landkreises Ravensburg und des Bodenseekreises entlassen worden waren *[1276]*. Die Mehrheit der Betroffenen konnte durch betreute Wohneinheiten versorgt werden, in denen die Betreuung durch Hausbesuche und eine Rufbereitschaft erfolgt. Die notwendige Sicherheit im Übergang vom Maßregelvollzug in die Gesellschaft resultierte hier offensichtlich aus der Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags. Das Aggressionsrisiko der ehemaligen forensischen Klient:innen war vergleichsweise hoch, der Aggressionsverlauf mit einer kontinuierlichen Abnahme tätlicher Fremdaggression und einer Zunahme verbaler Aggression zeigte jedoch eine – erwünschte–- Verschiebung aus dem tätlichen in den verbalen Bereich.

Hingewiesen werden soll an dieser Stelle auf das **betreute Wohnen in Gastfamilien**. Hier können auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen die Vorzüge einer familiären und natürlichen Wohnumgebung erleben *[1277]*. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Inklusion von Menschen mit Behinderung bietet das betreute Wohnen in Familien ein „Alleinstellungsmerkmal", die mögliche Integration in das Gemeindewesen ist hier sehr groß *[1278]*. Die Verteilung dieses Angebotes über das gesamte Bundesgebiet ist allerdings recht unterschiedlich und steht nur in einigen wenigen Bundesländern als Regelangebot zur Verfügung *[1277][1278]*. Ende 2013 wurden in Deutschland 2.386 chronisch psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien betreut (Konrad 2016). Erfahrungen mit der Familienpflege sind überwiegend positiv und stützen den Ansatz. Entscheidend ist auch hierbei die psychiatrische und psychosoziale Begleitung der Familien und Betroffenen im Alltag, möglichst durch ein multiprofessionelles Team. Verlaufsbeobachtungen verweisen auf positive Effekte hinsichtlich der psychopathologischen Symptomatik, der stationären Behandlungsnotwendigkeit, der Zufriedenheit, der sozialen Integration und der täglichen Aktivitäten *[1277]*.

Ergänzende Hinweise:

Selbstbestimmtes Wohnen

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 besonderen Wohnformen 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 besonderen Wohnformen 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.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Fast alle in der 2. Auflage dieser Leitlinie identifizierten RCTs zu Wohninterventionen sind heterogen und beforschen die **Wirksamkeit sehr verschiedener Interventionen bei Menschen in Wohnungslosigkeit**. 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 verschiedene Begleitumstände reagieren. Effekte auf die psychopathologische Symptomatik und Lebensqualität lassen sich nicht sicher ableiten. Allerdings deutet sich ein Effekt durch Ansätze nach den Prinzipien von Supported Housing gegenüber herkömmlicher Begleitung hinsichtlich

reduzierter stationärer Behandlungsinanspruchnahme an. Evidenz aus der *At Home/Chez Soi Study* liegt zudem für die Verbesserung psychosozialer Funktionen und eine Reduktion von Straffälligkeitsereignissen vor. Daten aus gesundheitsökonomischer Perspektive sind äußerst rar; vorläufige Ergebnisse verweisen auf mögliche positive Effekte durch HF. Insbesondere in der Gruppe der Nutzenden mit den höchsten Bedarfen kann HF zu relevanten Einsparungen an medizinischen Versorgungsleistungen führen. Ergebnisse aktueller Studien aus dem deutschsprachigen Raum zu unabhängigen Wohnformen stützen die bisherigen Empfehlungen der Leitlinie im Bereich Wohnen.

Es gibt Hinweise aus einer Einzelstudie, dass unabhängiges Wohnen zu einer Verschlechterung von Exekutivfunktionen führen kann *[702]*. Die Autor:innen erklären diesen Befund am ehesten mit einem Verlust an sozialer Struktur und Interaktion unter den Studienteilnehmenden im Einzelwohnen. Allerdings gilt dieser Befund für eine umschriebene Substichprobe und wird möglicherweise von zusätzlichem Substanzmissbrauch beeinflusst *[703]*.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Es wurde eine größere Abbruchrate unter der Kontrollbedingung (TAU) gegenüber Housing First deutlich *[533]*.

Eine Reihe von Studien belegt eine erhöhte Wohnzufriedenheit durch unabhängige Wohnformen. In einer systematischen Übersichtsarbeit konnte die mehrheitliche Präferenz für unabhängige Wohnformen aufgezeigt werden *[36]*.

Die erlebte Wahlfreiheit ist unter Housing First höher *[699][700]*.

Erfahrungen und Präferenzen der Nutzenden

Eine Metasynthese qualitativer Arbeiten zu den **Erfahrungen** schwer psychisch kranker Menschen **mit unterstützten Wohnangeboten** verweist auf die große Bedeutung von Autonomie, erfahrenem Respekt und Wahlmöglichkeiten. Die Mehrzahl der Studien basierte dabei auf der Erhebung in Settings, die nach den Prinzipien des Supported Housing bzw. von Housing First ausgerichtet sind. Gleichzeitig formulieren die Bewohner:innen 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 *[1266]*.

Eine Metaanalyse auf der Basis von acht Studien (N = 3.134 Nutzende) hinsichtlich der **Präferenzen im Bereich Wohnen** verweist darauf, dass ein Großteil der psychisch kranken Menschen unabhängiges Wohnen (allein, mit Familienangehörigen oder mit selbst gewählten anderen Personen) bevorzugen würde. Die Proportion der Befürwortenden für unabhängiges Wohnen unterschied sich dabei unwesentlich zwischen den psychisch kranken Menschen in und ohne Wohnungslosigkeit. Die Autor:innen gehen davon aus, dass der Großteil der Befragten schwer und chronisch psychisch erkrankt ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass ca. jede fünfte betroffene Person bevorzugt in einem stärker strukturierten und supervidierten Setting wohnen möchte *[36]*. Voraussetzung für viele der Betroffenen ist eine adäquate Unterstützung vor Ort. Interessanterweise wurde in den Studien eine deutliche Diskrepanz zwischen den Präferenzen der Betroffenen und der Einschätzung professioneller Unterstützer deutlich *[1267]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Wenngleich Ly und Latimer (2015) *[678]* 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. Gulcur et al. (2003) *[677]* verweisen auf einen Vorteil durch HF. Im Boston McKinney Projekt sind die Kosten im Gruppenwohnen gegenüber dem Einzelwohnen höher; die Behandlungskosten vergleichbar (*[676]*).

Effektivitätsstudien in diesem Bereich liegen kaum vor. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Interventionen im Bereich Wohnen zu einer Reduktion der Inanspruchnahme stationärer Behandlungen, insbesondere bei Hochnutzern führen können.

Für Deutschland liegen keine Daten vor.

Rationale

Ergebnisse der Recherche

Eine systematische Recherche im Rahmen der 2. Auflage der Leitlinie erfolgte unter Einschluss zusätzlicher Suchbegriffe (*homelessness intervention*, *housing first*), um relevante Studien zu Wohninterventionen für schwer psychisch kranke Menschen ohne Wohnung zu erfassen. Die Suche wurde auch hier auf systematische Reviews mit mindestens einer RCT und randomisierte kontrollierte Einzelstudien begrenzt.

Damals wurden kaum qualitativ hochwertige Studien mit einem randomisierten kontrollierten Design für Menschen ohne Wohnungslosigkeit identifiziert. Die Durchführung solcher Studien in diesem Bereich ist mit einigen Herausforderungen verbunden. So gibt es ethische Bedenken, Studienteilnehmende beispielsweise unter inadäquaten Umgebungsbedingungen zu begleiten. Vermeintlich ähnliche Wohnformen zeigen eine erhebliche Variabilität, und die Kontrolle von Besonderheiten der Bewohner:innen oder der Einrichtungen ist kaum möglich. In Deutschland kommt hinzu, dass Unterstützung beim Wohnen keine Intervention auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung, sondern eine Sozialleistung auf der Grundlage einer wesentlichen Behinderung darstellt.

Vergleichbar gute Evidenz liegt 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

Die in Tabelle 40 aufgeführten Übersichtsarbeiten beinhalten mit einer Ausnahme nicht ausschließlich RCTs und dienten deshalb in erster Linie der Extraktion von relevanten Einzelstudien. Zudem geben die Arbeiten einen allgemeinen Überblick zum Forschungsfeld.

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 8 RCTs zu Formen von Supported- bzw. Supportive Housing, Housing First und kleinen wohnheimähnlichen Strukturen (Langzeitinterventionen)
- 2 RCTs zu Critical-Time-Interventionen (Kurzzeitinterventionen)
- 1 RCT zu einem Programm zum Krankheitsmanagement in betreuten Wohnformen

Aggregierte Evidenz aus 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 *[679] [678] [680] [681] [551]*. 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 *[669] [681] [670]*. 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 *[682]*.

Hinsichtlich der untersuchten Outcomes verwiesen die Ergebnisse auf die **hohe Bedeutung der Wohnstabilität** insbesondere bei vorangegangener Wohnungslosigkeit. Mit Ausnahme einer älteren Arbeit der Cochrane Collaboration (2009) *[683]* lag zum Zeitpunkt der Recherchen zur 2. Auflage der Leitlinie 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. Eine Übersicht zu den identifizierten Reviews gibt Tabelle 40.

Tabelle 40: Übersicht zu Übersichtsarbeiten im Bereich Wohnen

Autor, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
NEU **Harrison et al. (2020)** *[715]*	Systematischen Übersicht und Metaanalyse der Ergebnisse zur Lebensqualität (QoL) in drei Arten von Wohnformen: (1) sup ported housing (Wohngruppen), (2) high-support accommodation (institutionelle Unterstützung), (3) floating outreach accommodation (mobile Unterstützung).	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen,	13 Studien mit unklarem Design Outcome: Lebensqualität in Bezug auf Wohlbefinden, Lebensbedingungen und soziale Funktionsfähigkeit	Lebensbedingungen (Wohnen, Arbeit, Finanzen, Sicherheit): waren für Menschen unter Bedingung (1) und (3) besser im Vergleich zu Bedingung (2) und besser für Bedingung (3) im Vergleich zu (1) Soziale Funktionsfähigkeit: Bessere Outcomes unter Bedinung (1) gegenüber Bedingung (2) Wohlbefinden: keine Unterschiede

NEU **Richter und Hoffmann (2017a)** *[36]*	Systematische Übersicht zu Studienergebnissen zu Independent Housing and Support (IHS) im Vergleich zu anderen institutionellen Wohnformen	Menschen mit schweren psychischen Störungen in und ohne Obdach-/Wohnungslosigkeit	Einschluss von 24 (davon 20 RCTs) Studien bei Obdachlosigkeit und 8 Studien (0 RCTs) mit Teilnehmenden ohne Obdachlosigkeit Outcomes: Wohnstabilität, soziale Integration, psychische & physische Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheitsmerkmale, Gesundheitsökonomische Aspekte	Alle Publikationen bei Obdachlosigkeit stammten aus den USA und Kanada; zwei Publikationen bei Nicht-Obdachlosigkeit nicht aus den USA oder Kanada (Taiwan und Deutschland). Insgesamt sind die Ergebnisse aus unabhängigen Wohn- und Unterstützungsstrukturen nicht schlechter als die Ergebnisse aus institutionellen Einrichtungen. Bei der Wahl der Wohnform sollten die Präferenzen der Klient:innen bestimmend sein. Das Risiko für Verzerrungen war in Studien mit Obdachlosen deutlich geringer.
Benston (2015) *[679]* Systematisches Review	Übersicht zu Studien mit einem Permanent-Supportive-Housing Programm[1] (plus Case Management-Form) aus US-amerikanischen Studien	Schwer psychisch kranke Menschen in Wohnungslosigkeit	Einschluss von 14 RCTs und quasi-experimentellen Studien Outcomes: Wohnstabilität und psychische Gesundheit	Reduktion Wohnungslosigkeit und Verbesserung der Wohnstabilität
Ly und Latimer (2015) *[678]* Systematisches Review	Effektivität von Housing-First-(HF)-Programmen hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte	Schwer psychisch kranke oder substanzabhängige oder körperlich kranke Menschen in Wohnungslosigkeit	Einschluss von 12 publizierten Studien, davon 4 RCTs und 8 quasi-experimentelle Studien	HF möglicherweise kostenneutral (Ausgleich der höheren Wohnkosten durch weniger Klinikaufenthalte und Notfallbehandlungen) Vor dem Hintergrund des Nutzens für die Betroffenen stellt HF eine sinnvolle Ressourcenallokation dar
Rog et al. (2014) *[680]* Systematisches Review	Übersicht zu Studien mit Permanent Supportive Housing orientiert an den durch SAMHSA definierten Kriterien (unabhängiges Wohnen mit Mietvertrag plus notwendige individuelle Unterstützung, keine Behandlungspflichten, Wahlfreiheiten)	Schwer psychisch kranke oder substanzabhängige Menschen in Wohnungslosigkeit	Einschluss von 7 RCTs, 5 quasi-experimentelle Studien, 8 Übersichtsarbeiten und Metaanalysen US-amerikanische Studien und englischsprachige internationale Studien	Reduktion von Wohnungslosigkeit und Verbesserung der Wohnstabilität Reduktion von Krisenbehandlungen und stationären Aufenthalten Nutzende schätzen Supportive-Housing-Modelle positiver ein als andere Modelle
Siskind et al. (2013) *[669]* Systematisches Review	Übersicht zu bisherigen Klassifikationssystemen und Entwicklung einer neuen Taxonomie von Ansätzen des Unterstützten Wohnens	Schwer psychisch kranke Menschen	Einschluss von 18 Reviews und empirischen Studien	Existierende Klassifikationssysteme basieren auf der Beschreibung einzelner Charakteristika oder auf einem programmatischen Ansatz. Aktuelle Taxonomie berücksichtigt 4 Domänen, in denen wichtige Charakteristika hinsichtlich der sehr heterogenen Leistungsangebote systematisch erfassbar sind: a) Angebotsdauer, b) Charakteristika der Nutzenden, c) Charakteristika der Wohnformen, d) Charakteristika der Serviceleistungen
Tabol et al. (2010) *[681]*	Übersicht zu Ansätzen von Supported und Supportive Housing (*independent*	Schwer psychisch kranke oder substanzabhängige Menschen in Wohnungslosigkeit	Einschluss von 38 deskriptiven und empirischen Arbeiten. Davon 25 Interventionen als Supported	Große Heterogenität in der Benennung und Beschreibung der einzelnen Interventionen.

Systematisches Review	*housing with support*), deren Schlüsselelementen und möglicher Programmtreue in empirischen Studien		Housing und 7 Interventionen als Supportive Housing gelabelt. 6 Interventionen waren inhaltlich relevant, waren aber abweichend benannt.	Programmtreue wird bisher kaum erhoben. Die Autor:innen empfehlen eine größere Klarheit und Konstanz in der Verwendung der Begriffe, ein Konsens über die dahinterliegenden Konzepte mit geeigneter Operationalisierung der einzelnen Modellelemente sowie die (Weiter-)entwicklung und regelhafte Anwendung geeigneter Modelltreue-Skalen für künftige Evaluationen.
Leff et al. (2009) *[670]* Systematisches Review mit Metaanalyse	Aufzeigen der Effektivität verschiedener Wohninterventionen Kategorisierung in: • Residential Care and Treatment • Residential Continuum • Permanent Supportive Housing • Non-Model-Housing	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Einschluss von 30 Studien Outcomes: Wohnstabilität, psychische Gesundheit, stationäre Behandlungs-notwendigkeit, Zufriedenheit mit der Intervention	Alle untersuchten Wohnmodelle (Residential Care and Treatment, Residential Continuum, Permanent Supportive Housing) führen gegenüber der Kontrollintervention (TAU, leben auf Straße oder in Obdachlosenunterkünften) zu einer verbesserten Wohnstabilität. Unter Permanent Supported Housing kann der größte Effekt auf die Bewohnerzufriedenheit erreicht werden.
Macpherson et al. (2009) *[683]* Systematisches Review der Cochrane Collaboration	Review zur Wirksamkeit von Wohnheimen im Vergleich zur routinemäßigen stationären Behandlung mit dem Ziel der Entlassung in ein unabhängiges Wohnverhältnis	Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N = 22)	Einschluss von einer RCT	Keinerlei signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich der Selbstversorgungsfertigkeiten und sozialer Integration
Taylor et al. (2009) *[682]* Systematisches Review	Review zu Schlüsselkomponenten und deren Effektivität in der institutionellen Langzeitbehandlung	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Einschluss von 110 quantitativen und qualitativen Arbeiten, einschließlich systematische Reviews und Metaanalysen sowie Leitlinien, davon 18 Studien im Bereich Wohnen	Identifikation von 8 Schlüsseldomänen, die im Hinblick auf Recovery von Bedeutung sind; eine davon ist der Bereich Wohnen Evidenz, überwiegend aus Querschnittsstudien, verweist auf positive Effekte aus weniger restriktiven und gemeindenahen Settings (größere Autonomie, bessere Beziehung zwischen Bewohner:innen und Behandelnden, erweiterte psychosoziale Funktionen und Lebensqualität sowie geringere stationäre Behandlungsbedürftigkeit, größere Aktivität und Gemeindeintegration) Reihe von Studien belegt die Präferenz der Betroffenen, in einem gemeindenahen Setting zu wohnen Wohnen könne nur dann zum Erfolg führen, wenn gleichermaßen auch weitere Domänen und die dazugehörige Evidenz berücksichtigt werden

Kyle und Dunn (2008) *[716]* Systematisches Review	Review zur Wirksamkeit von Wohninterventionen	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen	Einschluss von 29 Studien, davon 4 RCTs und 4 quasi-experimentellen Studien Outcomes: Wohnstabilität, psychische Gesundheit, Behandlungsinanspruchnahme, Lebensqualität	Evidenz hinsichtlich positiver Effekte auf gesundheitsrelevante Outcomes für wohnungslose Menschen deutlicher als für Menschen ohne unmittelbare Wohnungslosigkeit im Vorfeld der Intervention
Nelson et al. (2007) *[551]* Systematisches Review	Review zur Wirksamkeit von Ansätzen des Wohnens und gemeindepsychiatrischer Unterstützung (ACT, CM)	Schwer psychisch kranke Menschen in Wohnungslosigkeit	Einschluss von 10 Studien zu Housing und Support, davon 7 experimentelle Studien und 3 quasi-experimentelle Studien	Signifikante Reduktion von Wohnungslosigkeit und stationärer Behandlungsbedürftigkeit sowie Verbesserung anderer Outcomes (Wohlbefinden) durch Ansätze von Permanent Housing and Support, ACT und ICM Größter Effekt auf Wohnstabilität durch die Kombination von Housing und Support (ES: .67), gefolgt durch ACT allein (ES: .47), schwächster Effekt durch ICM allein (ES: .28) gegenüber Standardbehandlung Keine positiven Effekte durch Kurzzeitwohnintervention. Verbesserung der Wohnzufriedenheit durch Housing und Support.
Chilvers et al. (2006) *[717]* Systematisches Review der Cochrane Collaboration	Review zur Wirksamkeit von Supported Housing und Outreach Supported Schemes		Keine RCTs identifiziert	Keine Aussage, da keine Studie eingeschlossen

[1] *Hier breit definiert, kaum Details aus Primärstudien; ICM: Intensive Case Management; ACT: Assertive Community Treatment; HF: Housing first; SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; TAU: Teatment us usual; ES: Effektstärkemaß*

Evidenz aus Einzelstudien

In die Auswertung der 2. Auflage wurden 10 Einzelstudien eingeschlossen. Tabelle 42 zeigt die Effekte aus den vorliegenden RCTs im Bereich Wohnen mit Ausnahme der Studien zu den Critical Time Interventionen (siehe Kurzzeitinterventionen). Die Ergebnisse wurden zum Großteil in verschiedenen Publikationen auf der Basis unterschiedlicher Stichprobengrößen oder auch überlappender Stichproben beschrieben. Bei der Darstellung haben wir jeweils die größte Stichprobengröße gewählt und die korrespondierenden Ergebnisse unter der Studie zusammengefasst. Die identifizierten RCTs beziehen sich nahezu ausnahmslos auf Wohninterventionen bei wohnungslosen psychisch kranken Menschen, die entweder vor der Entlassung aus der stationären Behandlung standen oder anderweitig (z. B. Straße, Obdachlosenunterkünfte) rekrutiert wurden. McHugo et al. (2004) untersuchten Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung mit hohem Risiko für Wohnungslosigkeit *[684]*.

Die **Studienqualität** ist moderat bis mäßig einzuschätzen (s. Leitlinienreport zur 2. Auflage). Einige Studien wiesen erhebliche Mängel in der Durchführung, aber auch hinsichtlich der Berichterstattung auf. Eine Verblindung der Teilnehmenden und Behandelnden ist bei dieser Form der Intervention nicht möglich. Eine Vermeidung oder Reduzierung von Bias kann in solchen Fällen durch eine adäquate Randomisierung mit verdeckter Gruppenzuteilung zu Beginn sowie eine verblindete Zielgrößenerhebung erfolgen. Letztere ist lediglich in 3 der 7 Studien nachvollziehbar erfolgt. Objektive Endpunkte wie hier der Wohnstatus führen auch zu einem geringeren Risiko an Verzerrung *[685]*.

Langzeitinterventionen

Tabelle 42 gibt Auskunft über die untersuchten Interventions- und Kontrollbedingungen, die außerordentlich heterogen waren. 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 *[206]*. HF ist damit entsprechend der Einteilung nach Leff (2009) *[670]* eine Form von Permanent Supported Housing (Tabelle 38). Prinzipien von HF sind der unmittelbare (bedingungslose) Zugang zum Wohnen, das Ermöglichen von Wahl- und Entscheidungsfreiheiten der Nutzenden, die Recovery-Orientierung, die an den individuellen Bedarfen ausgerichtete Unterstützung sowie die unmittelbare Integration ins soziale Umfeld und

Gemeindewesen *[686]*. 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 *[686]*. Unterschieden wurde zwischen Teilnehmenden mit hohen und moderaten Bedarfen (Tabelle 41). Die Studie stellt aufgrund ihrer Größe eine wichtige Untersuchung dar und fällt wegen der besonderen Anstrengungen, die Kontakte zu den Studienteilnehmenden aufrechtzuerhalten, weiterhin durch die niedrige Abbruchrate von 14 % auf. Diese lag höher unter der Bedingung der Kontrollintervention (21 % vs. 8 %) *[687]*. 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*).

Tabelle 41: The At Home/Chez Soi Study und The Vancouver At Home Study

Teilnehmergruppen	**Teilnehmende mit hohen Bedarfen (N = 1.326)** Z. B. aktuelle manische oder psychotische Erkrankung, Abhängigkeitserkrankung, zurückliegende stationäre Behandlungen	**Teilnehmende mit moderaten Bedarfen (N = 822)** Alle anderen psychischen Erkrankungen
Interventionsarm 1 **(N = 1.158)**	**Housing First + Assertive Community Treatment (ACT) (N = 755)** Auswahl einer von 3 angebotenen Mietwohnungen des freien Wohnungsmarktes und Behandlung durch aufsuchendes multidisziplinäres Team (Fallzahlhöhe 1:10)	**Housing First + Intensive Case Management (ICM) (N = 403)** Auswahl einer von 3 angebotenen Mietwohnungen des freien Wohnungsmarktes und Versorgungs-koordination vorhandener gemeindepsychiatrischer Angebote (Fallzahlhöhe 1:17)
Kontrollintervention **(N = 990)**	Treatment as usual (N = 571) Zufluchtsorte für wohnungslose Menschen, leerstehende Häuser, gemeindenahe Services	Treatment as usual (N = 419)
Interventionsarm 2 der Vancouver At Home study	**Betreutes Gemeinschaftswohnen (N = 107)** Eigener Wohnraum inkl. Bad in einer Einrichtung mit 100 Plätzen inkl. 3 Mahlzeiten/ Tag und Behandlungs- und Versorgungsangebote in der Einrichtung	

Housing First (HF) zeigte sich gegenüber der Kontrollintervention über alle Standorte hinweg hinsichtlich der **Reduktion von Wohnungslosigkeit** überlegener (Tabelle 42). Während des 2-jährigen Beobachtungszeitraumes verbrachten die Studienteilnehmenden 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-Teilnehmenden ununterbrochen in stabilen Wohnverhältnissen; in der Kontrollgruppe waren es lediglich 31 Prozent. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich unter den Bedingungen für Teilnehmende mit hohen und moderaten Bedarfen *[686]*. 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-Teilnehmende mit hohen Bedarfen und der Begleitung durch Assertive Community Treatment (ACT) schätzten ihre Wohnqualität gegenüber den Teilnehmenden mit hohen Bedarfen in herkömmlicher Behandlung (TAU) signifikant besser ein *[688]***.**

Hinsichtlich **anderer Zielgrößen** erwiesen sich die Befunde über die einzelnen Standorte hinweg weniger homogen. Bezogen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zeigte sich keine signifikante Veränderung im 2-Jahres-Verlauf zwischen den beiden Gruppen; allerdings gab es Unterschiede in anderen Bereichen der Lebensqualität (Freizeit, Lebenssituation, Sicherheit, Familie) zugunsten der Gruppe in HF *[689] [690]*. Möglicherweise verlieren anfängliche Effekte auf die Lebensqualität im Verlauf an Stärke *[688]*, was am ehesten mit Adaptationseffekten erklärbar ist. Andere Outcomes schienen in dieser Auswertung über vier Standorte nicht beeinflusst (z. B. psychopathologische Symptomatik, Recovery, Gemeindeintegration, Substanzmissbrauch) *[689]*. Allerdings zeigten sich an einzelnen Standorten Vorteile durch HF hinsichtlich psychosozialer Funktionen *[691]* sowie eines problematischen Alkoholkonsums, nicht aber des Konsums illegaler Drogen *[691] [692]*. Offenbar können Menschen mit psychischer Erkrankung unter HF unabhängig von einer zusätzlichen Abhängigkeitsproblematik eine vergleichbare Wohnstabilität erreichen. Die Intervention selbst (HF vs. TAU) war die einzige Variable mit einem signifikanten Effekt auf die Wohnstabilität *[693]*. Weniger Nutzende in HF wurden im 2-Jahreszeitraum stationär wiederaufgenommen; die Anzahl der Tage in stationärer Behandlung blieb allerdings unbeeinflusst, ebenso die Inanspruchnahme ambulanter Notfallbehandlungen *[691]*. Hinsichtlich der Gemeindeintegration [1] berichteten lediglich die Teilnehmenden mit moderaten Bedarfen (HF plus Intensive Case Management, ICM) eine bessere „psychische Integration" (z. B. Teilnehmende fühlen sich hier zu Hause). Für die „physische Integration" (z. B. Nachbarschaftskontakte) blieb ein Effekt aus; allerdings bezogen sich die Befunde auf einen kurzen Beobachtungszeitraum von 12 Monaten *[690] [688]***.**

[1]Eine Erfolgsmessung kann mit Hilfe des Konzepts der Community Integration (CI) erfolgen. CI stand zunächst für die physische Präsenz in der Gemeinde und wurde durch das soziale Engagement und die Inanspruchnahme gemeindenaher Ressourcen operationalisiert Segal et al. 1980. In jüngerer Zeit wird ein multidimensionaler Ansatz verfolgt, nach dem eine Integration in die Gemeinde auf drei Ebenen erfolgt: der physischen, der sozialen und der psychologischen. Die gelungene soziale Integration zeigt sich durch ein Engagement in sozialen Beziehungen und der Ausbildung sozialer Netzwerke. Auf psychologischer Ebene soll ein Gefühl des „Dazugehörens" erreicht werden (Sense of Community); hier spielt die eigene Wahrnehmung hinsichtlich emotionaler Sicherheit, Vertrauen und Gegenseitigkeit eine Rolle (vgl. [690]).

Tabelle 42: Effekte von Wohninterventionen aus randomisierten kontrollierten Studien

Studie (Publikationen)	**St. Francis Residence** (Lipton et al. 1988) *[704]*	**Boston McKinney Project** (Dickey et al. 1996 *[698]*; Dickey et al. 1997 *[676]*; Seidman et al. 2003 *[702]*; Schutt et al. 2007 *[718]*; Schutt et al. 1997 *[701]*; Goldfinger et al. 1999 *[719]*)	**San Diego McKinney Project** (Hurlburt et al. 1996 *[697]*; Shern et al. 1997 *[720]*; Schutt et al. 2009 *[721]*)	**Pathways to Housing/HF** (Tsemberis et al. 2004 *[3][699]*; Gulcur et al. 2003 *[677]*; Gulcur et al. 2007 *[696]*; Padgett et al. 2006 *[722]*; Greenwood et al. 2005 *[700]*; Stefancic und Tsemberis 2007 *[723]*)	**DC Parallel Housing Program** (McHugo et al. 2004 *[684]*)	**The At Home/ Chez Soi Study** (Kirst et al. 2015 *[692]*; Veldhuizen et al. 2015 *[687]*; Somers et al. 2013b *[694]*; Somers et al. 2013a *[724]*; Stergiopoulos et al. 2015b *[689]*; Stergiopoulos et al. 2015a *[691]*; Woodhall-Melnik et al. 2015 *[695]*; Palepu et al. 2013 *[693]*; Patterson et al. 2013 *[690]*; Hwang et al. 2012 *[725]*; Patterson et al. 2013 *[690]*; Aubry et al. 2016 *[688]*)	**Douglas House** (Hyde et al. 1987) *[705]*
Anzahl Studienteilnehmende (N) Beschreibung der Stichprobe	N = 49 Menschen ohne Wohnung in stationärer Behandlung	N = 112 Schwer psychisch kranke Menschen ohne Wohnung	N = 361 Schwer psychisch kranke Menschen ohne Wohnung	N = 225 Psychisch kranke Menschen ohne Wohnung	N = 121 Schwer psychisch kranke Menschen mit hohem Risiko zur Wohnungslosigkeit	N = 2.148 Psychisch kranke Menschen ohne Wohnung mit moderaten und hohen Bedarfen	N = 22 Schwer psychisch kranke Menschen in stationärer Behandlung
Intervention und Kontrollintervention Beobachtungszeitraum	**Supportive Housing** vs. ambulante Standardbehandlung nach Entlassung 12 Monate	**Unabhängiges Einzelwohnen + CM** vs. betreutes Gruppenwohnen[1] + CM 18 Monate	**Supported Housing + CM** vs. nicht-zertifiziertes Wohnen + CM 24 Monate	**Housing First + ACT** vs. Continuum of Care 24 Monate	**Integrated Housing vs. Parallel Housing** 18 Monate	**Housing First + ICM bzw. ACT** vs. TAU 24 Monate	**Gruppenwohnen mit 24-stündiger Betreuung** vs. herkömmlicher Betreuung in Klinik 24 Monate
Merkmale klinischer Recovery							
Körperliche & psychische Gesundheit						~	
Psychopath. Symptomatik	~			~	++ (IH)	~	
Stationäre Behandlungen / Behandlungstage	++	~		++ (HF)		++/~	
Alkohol- bzw. Drogenkonsum				~	~	~/++[3]	
↑ Wohnzufriedenheit	++	++			~	++	
Merkmale funktionaler Recovery							
Wohnstabilität	++	~ (zum letzten Messzeitpunkt)	++	++ (HF)	++ (IH)	++	

Wohnungslosigkeit	++	– (mehr wohnungslose Nächte für Subgruppe[2] im EW)	++	++ (HF)	++ (IH)	++	
Psychosoziale Funktionen						++	
Neuropsychologische Funktionen		~					
Exekutive Funktion		- (EW)					
Kriminalität						++ (HF)	
Merkmale persönlicher Recovery							
Lebensqualität / -zufriedenheit		~			++ (v. a. für Männer)	++ (Freizeit, Wohnsituation, Familie, Sicherheit) ~ (Gesundheit)	
Erlebte Wahlfreiheit				++ (HF)			
Gemeindeintegration				++ (HF)		++ (psychische Integration)	
Behandlungsassoziierte Merkmale							
↓ Ambulante Krisenbehandlung		~					
↓ Case Management (in Stunden)		~					
Nutzung spezifischer Behandlungen (Substanzabhängigkeit)				++ (Housing Continuum)			
Kosteneffektivität							
Kosteneffektivität		– (höhere Wohnkosten im GW) ~ (Behandlungskosten)		++ (HF)			

++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe, ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe;↓ Reduktion, ↑ Erhöhung; EW Einzelwohnen, GW Gruppenwohnen, HF Housing First, IH Integrated Housing, CM Case Management, ACT Assertive Community Treatment, TAU herkömmliche Behandlung; [1] ECH-Modell (Evolving Consumer Household) bietet permanentes beschütztes Wohnen ohne die Bedingung von Behandlungscompliance in kleinen Gruppen von 6-10 Personen, [2] Unterschied für Subgruppe in Abhängigkeit ethnischer Herkunft, [3] bei Substichprobe N=378 (Standort Toronto)

In Vancouver wurde für die Teilnehmergruppe mit hohen Bedarfen (N = 297) der Effekt von HF auf die **Kriminalität** untersucht. Ausgehend von einer hohen Rate an rechtswidrigem Verhalten (67 % der Teilnehmenden; im Durchschnitt 8 Vergehen pro Teilnehmer:in in den letzten 10 Jahren) im Vorfeld der Intervention führte HF und die Begleitung durch ein ACT-Team zu einer deutlichen Reduktion von Strafurteilen gegenüber TAU; in der Gruppe des betreuten Gemeinschaftswohnens zeigte sich ein geringer, aber ebenfalls signifikanter Effekt gegenüber TAU *[694]*.

Es zeigte sich kein Effekt auf **BMI und Hüftumfang durch HF** *[695]***.**

Auch in drei weiteren Studien wurde der Ansatz von Housing First (HF) untersucht; allerdings zeigten sich hier Unterschiede in der Ausgestaltung der konkreten Bedingungen *[677] [696] [697] [698]* (Tabelle 42). Auch hier verweisen die Ergebnisse mehrheitlich auf eine **größere Wohnstabilität** sowie weniger Wohnungslosigkeit *[699] [700] [697]*; die erlebten **Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten** waren hier größer im Vergleich zur Standardbehandlung *[699] [700]*. Gulcur et al. (2007) *[696]* führen an, dass die erlebten Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Nutzenden

sowie das unabhängige Einzelwohnen bedeutende Prädiktoren für die soziale und psychologische Gemeindeintegration sind. Hinsichtlich anderer Outcomes blieben die Befunde weitestgehend inkonsistent (Tabelle 42).

Obwohl unter der Bedingung Residential Continuum die **Inanspruchnahme** spezieller Behandlungsansätze zur Reduktion von Substanzmissbrauch höher war, blieben die Angaben zum Konsum im Studienverlauf unter beiden Bedingungen vergleichbar *[699]*. Im *Boston McKinney Projekt* hatten die unterschiedlichen Wohnformen keinen Einfluss auf die Wohnstabilität am Ende des 18-monatigen Beobachtungszeitraumes, diese blieb unter beiden Bedingungen vergleichbar; ebenso die Nutzung von Behandlungsangeboten (stationäre Behandlung, ambulante Krisenbehandlung) *[698]*. Bewohner in Einzelapartments waren hinsichtlich ihrer Wohnsituation zufriedener; hinsichtlich der **Lebenszufriedenheit** schien die Intervention keinen Einfluss zu haben *[701]*.

Seidman et al. (2003) *[702]* führten eine umfangreiche neuropsychologische Testung der Teilnehmenden durch und kamen zu dem Ergebnis, dass sich eine stabile Wohnsituation für schwer psychisch kranke wohnungslose Menschen positiv auf **neuropsychologische Funktionen** auswirkt. Allerdings fanden sie auch signifikant negative Ergebnisse im Bereich exekutiver Funktionen unter der Bedingung unabhängigen Wohnens in Einzelapartments gegenüber einer nichtsignifikanten Verbesserung exekutiver Funktionen unter der Bedingung betreuten Gemeinschaftswohnens. Die Autor:innen erklären diesen Befund am ehesten mit einem Verlust an sozialer Struktur und Interaktion unter den Studienteilnehmenden im Einzelwohnen. Da alle Studienteilnehmenden aus Obdachlosenunterkünften rekrutiert wurden, wird angenommen, dass die Veränderungen hinsichtlich dieser Aspekte für die Teilnehmenden im betreuten Gruppenwohnen weniger gravierend waren. Allerdings gilt dieser Befund für eine umschriebene Substichprobe und wird möglicherweise von zusätzlichem Substanzmissbrauch beeinflusst *[703]*.

McHugo et al. (2004) verglichen die Effekte eines integrierten Ansatzes, bei dem Wohnen und gemeindenahe psychiatrische Behandlung (ICM) aus einer Hand koordiniert wurden, mit einem parallelen Versorgungsansatz, bei dem die Versorgung der Programmteilnehmenden 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 % Teilnehmende in stabilen Verhältnissen). Damit existiert auch eine Studie, aus der eine gewisse Überlegenheit des integrierten Ansatzes hervorgeht, der laut Autor:innen **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 Nutzenden) vergleichbar war. Die Autor:innen räumen ein, dass die Versorgung durch die ACT-Teams im Gegensatz zur Integrated-Housing-Intervention neu etabliert wurde und dass möglicherweise dadurch Effekte durch Parallel Housing schwächer waren. Grundsätzlich sei eine enge Kooperation zwischen Anbietern von Wohnraum bzw. Wohnhilfen und psychiatrisch-psychosozialen Diensten von großer Bedeutung bei der Bereitstellung von Wohnraum *[684]*.

Lipton et al. (1988) *[704]* zeigten 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 Programmteilnehmenden 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.

In einer älteren Studie wurde die Effektivität einer **24-stündigen Betreuung in einem kleinen Wohnheim** gegenüber der routinemäßigen stationären Behandlung untersucht (Tabelle 42). Die Wohnheimsituation, verbunden mit dem Ziel, die Selbstversorgung der Bewohner:innen stärker zu fördern, zeigte keinerlei signifikante Gruppenunterschiede, wenngleich die Autor:innen auf eine verbesserte soziale Integration und Selbstversorgung der Nutzenden der Interventionsgruppe verweisen *[705]*.

NEU Mit der **Schweizer Studie von Mötteli et al. (2021)** *[706]* liegt eine aktuelle kontrollierte Studie *[707]* im Bereich des unterstützten Wohnens bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen ohne Wohnungslosigkeit vor (Tabelle 43). Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit von Independet Supported Housing (ISH) als ein neu eingeführtes Angebot - gegenüber regulären Wohn- und Unterstützungsdiensten zu untersuchen. Dabei wurden insgesamt 58 Erwachsene mit einem breiten Spektrum an psychischen Erkrankungen und Wohnproblemen nach dem Zufallsprinzip einer der beiden Bedingungen zugewiesen. Die Studienergebnisse waren in beiden Studienarmen vergleichbar gut, die Präferenz der Teilnehmenden tendierte zur Intervention des Independent Supported Housing. Es zeigte sich, dass nach 12 Monaten fast alle Teilnehmenden unter der ISH-Bedingung unabhängig wohnten und stationäre Behandlungen reduziert werden konnten. Die Inanspruchnahme der Dienstleistungen variierte zwischen 2 und 79 Stunden. Unter der Kontrollbedingung wollten 70 Prozent der Teilnehmenden auf eine Warteliste aufgenommen werden, um ebenfalls die Möglichkeit des ISH zu erhalten. Die Ergebnisse zeigten weiterhin, dass IHS in Bezug auf soziale Inklusion (Social Functioning Scale (SFS)) und andere soziale und klinische Ergebnisse wie Lebensqualität (Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)), Fähigkeiten (Oxford Capabilities Questionnaire—Mental Health (OxCAP-MH)), Bedarfe (German version of the Camberwell Assessment of Need—Short Appraisal Schedule (CANSAS)), psychische Symptomatik (Symptom Checklist (SCL-K-9)) und Funktionsfähigkeit (Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) sowie modified Global Assessment of Functioning Scale (m-GAF)) mit regulären Wohn- und Unterstützungsdiensten vergleichbar war. Die Kosten für die Inanspruchnahme der Dienste beliefen sich im Durchschnitt auf 115 Schweizer Franken (etwa 124 USD) pro Person und Monat.

Tabelle 43: Aktuelle Evidenz im Bereich Wohnen

Autor:in/ Jahr Land	Patienten • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl (N)	Intervention	Kontrollintervention	Follow-up	Ergebnisse
NEU	• Menschen mit einer schweren	• Independent Supported Housing (ISH)	• Herkömmliche Angebote	6 bis 24 Monate	• soziale Inklusion (p = 0.2)

Autor:in/ Jahr Land	Patienten • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl (N)	Intervention	Kontrollintervention	Follow-up	Ergebnisse
	psychiatrischen (SMI) Erkrankung • 40 Jahre (IG); 44 Jahre (KG) • N = 58 (38)	• Individualisierte und flexible Unterstützungsangebote für Menschen mit SMI, die Unterstützung im häuslichen Umfeld benötigen • Verfügbarkeit von bis zu 4 h Unterstützung pro Woche, z. B. Wohnungssuche über 12 Monate			• Lebensqualität (p = 0.7) • Fähigkeiten (p = 0.9) • Soziale Unterstützung (p = 0.6) • Psychische Gesundheit (p = 0,5) • Funktionalität (p = 0,3)
Mötteli et al. 2021 *[706]* **Schweiz**					

Kurzzeitinterventionen

Die systematische Suche verwies auch auf eine Reihe von Publikationen, in denen die Effektivität einer **Critical-Time-Intervention (CTI)** untersucht wurde. Bei Mueser et al. (2013) *[206]* werden diese unter Wohninterventionen subsumiert, weshalb diese, einschließlich die Befunde hierzu, kurz skizziert werden sollen. An anderer Stelle werden sie als eine Form von CM definiert *[708]*. 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 Nutzenden zu Behandelnden, Serviceleistenden, Familie und Freunden als auch die Gewährleistung von emotionaler und praktischer Unterstützung in dieser kritischen Phase *[709]*.

CTI verläuft typischerweise in 3 Phasen: (1) Gestaltung des Übergangs stationäres / ambulantes Setting, (2) Erprobung des installierten Unterstützungssystems aus Phase 1 und (3) endgültiger Transfer zu den gemeindenahen Unterstützungsmöglichkeiten. 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 CM vor der Entlassung aus *[709]*. Durch CTI ließ sich auch das Risiko stationärer Wideraufnahmen deutlich senken *[710]* und gleichzeitig der wahrgenommene Zugang zu Behandelnden und Versorgungsleistenden verbessern *[711]*. Positiv moderierend wirkte sich dabei eine größere Kontaktdichte zu Familienangehörigen und eine daraus resultierende größere Zufriedenheit im Bereich familiärer Beziehungen aus *[712]*. 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 *[713]*. Zudem ließ sich die Negativsymptomatik signifikant senken *[726]*. Die Intervention wurde hier als kosteneffektiv eingeschätzt *[714]*.

Krankheitsmanagement und Recovery im ambulant betreuten Wohnen

Levitt et al. (2009) *[243]* konnten in einer RCT die Effekte eines zusätzlichen **Illness Management and Recovery Programms** für schwer psychisch kranke Menschen in einem unterstützenden Wohnsetting nachweisen. Im Rahmen des sechsmonatigen Programms wurde Wissen zu schweren psychischen Erkrankungen, zu Behandlungsansätzen, Recoverystrategien, zum Umgang mit Medikation und Suchtmitteln, zum Rückfall- und Stressmanagement sowie zum Aufbau eines sozialen Netzes vermittelt. Gegenüber der Wartegruppe (N = 50) 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.

Zusammenfassende Bewertung

Fast alle in der 2. Auflage dieser Leitlinie identifizierten RCTs zu Wohninterventionen sind heterogen und beforschen die **Wirksamkeit sehr verschiedener Interventionen bei Menschen in Wohnungslosigkeit**. 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 verschiedene Begleitumstände reagieren *[670]*. Effekte auf die psychopathologische Symptomatik und Lebensqualität lassen sich nicht sicher ableiten. Allerdings deutet sich ein Effekt durch Ansätze nach den Prinzipien von Supported Housing gegenüber herkömmlicher Begleitung hinsichtlich reduzierter stationärer Behandlungsinanspruchnahme an *[677]*. Evidenz aus der *At Home/Chez Soi Study* liegt zudem für die Verbesserung psychosozialer Funktionen und eine Reduktion von Straffälligkeitsereignissen vor *[689][693]*. Daten aus gesundheitsökonomischer Perspektive sind äußerst rar; vorläufige Ergebnisse verweisen auf mögliche positive Effekte durch HF. Insbesondere in der Gruppe der Nutzenden mit den höchsten Bedarfen kann HF zu relevanten Einsparungen an medizinischen Versorgungsleistungen führen *[1268]*.

Ergebnisse aktueller Studien aus dem deutschsprachigen Raum zu unabhängigen Wohnformen stützen die bisherigen Empfehlungen der Leitlinie im Bereich Wohnen:

NEU Im Rahmen einer prospektiven Studie an mehr als 30 Standorten in **Deutschland** wurden Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung ohne Wohnungslosigkeit über 2 Jahre beobachtet *[1269]*. Etwa jeweils ein Viertel der Teilnehmenden litt unter Substanzmissbrauch, psychotischen, affektiven oder anderen Störungen. 153 der Personen lebten unter der Bedingung von **Supported Housing**, 104 der Personen in einer **besonderen Wohnform**. Die Ergebnisse zeigen, dass unter beiden Bedingungen über einen Zeitraum von zwei Jahren vergleichbare klinische und psychosoziale Ergebnisse beobachtbar waren (soziale Funktionsfähigkeit (SFS), Anzahl der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte, Psychopathologie (SCL-9-K), Lebensqualität (MANSA)). Es ergaben sich signifikante Zeiteffekte für alle Ergebnisse in beiden Studiengruppen; jedoch keine Gruppenunterschiede (keine signifikanten Effekte der Gruppe oder Wechselwirkungen zwischen Gruppe und Zeit).

NEU Im Rahmen des Projekts **WiEWohnen** wurde die Wirksamkeit von Angeboten der „Eingliederungshilfe Wohnen" für Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rahmen einer zweijährigen Kohortenlängsschnittstudie untersucht. Die Zielgruppe waren Personen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung sowie der Erhalt von Leistungen der Eingliederung im Landkreis Rostock (N = 61 zu t1). Insgesamt handelte es sich bei der WiEWohnen-Stichprobe um eine hoch belastete Personengruppe. Im Fokus der Untersuchung standen Veränderung in den Bereichen soziales Funktionsniveau, Verwirklichungschancen, Lebensqualität, Zufriedenheit und psychische Belastung sowie Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe. Besonders hohe ungedeckte Unterstützungsbedarfe wurden in den Domänen Partnerschaft, soziale Kontakte, Sexualität, seelischer Druck und körperliche Gesundheit benannt. Vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wurden zahlreiche, überwiegend positive Veränderungen beobachtet: soziales Funktionsniveau, Verwirklichungschancen, Lebensqualität, Zufriedenheit sowie psychische Beschwerden *[1270]*.

NEU Adamus et al. (2024a) *[1271]* haben in einer prospektiven Beobachtungsstudie untersucht, welche Wohnform langfristig wirksam ist. Gegenübergestellt wurden dabei das **Independent Supported Housing (ISH) und traditionelle Wohnformen im Sinne des Stufenleitermodells der Rehabilitation (Housing and Support, HAU)**. Beobachtet wurden 83 Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (ISH: N = 31 vs. HAU: N = 52) über 24 Monate. Die Mehrheit der Teilnehmenden war männlich (64 %) und hatte die Diagnose einer psychotischen oder schizophrenen (35 %) oder affektiven Erkrankung (24 %). Im Beobachtungszeitraum wurden Verbesserungen unter der ISH-Bedingung bezüglich der Lebensqualität (β = 0,54; 95 % KI: 0,26 bis 0,82), der Symptomatik (β = -0,32; 95 % KI: -0,60 bis -0,03), der Funktionen (HoNOS, β = 4,46; 95 % KI: 0,14 bis 8,77) und der Verringerung der Zahl der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte (p = 0,04) messbar. Die Teilnehmenden in besonderen Wohnformen verbesserten ihre Lebensqualität (β = 0,40; 95 % KI: 0,12 bis 0,69). Die Kosten für Wohnraum und Rehabilitationsmaßnahmen waren bei ISH fast halbiert gegenüber HAU. Die Autor:innen schlussfolgern, dass sich ISH als wesentlich kostengünstiger gegenüber HAU erwiesen hat und mit verschiedenen Verbesserungen verbunden war, darunter eine Verringerung der psychiatrischen Krankenhausaufenthalte und eine Verbesserung der Lebensqualität. Die Ergebnisse stützen damit die Empfehlung der Leitlinie, schwer psychisch kranke Menschen entsprechend ihrer individuellen Bedarfen und Präferenzen in der Gemeinde mobil zu unterstützen.

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 aufgrund der hohen Variabilität innerhalb der Wohninterventionen kaum zuverlässige Aussagen zu den Effekten zwischen verschiedenen Wohninterventionen ableitbar.

Durch spezielle Recovery-orientierte Programme in ambulant betreuten Wohneinrichtungen können positive Effekte in den Bereichen Krankheitsmanagement, psychosoziale Funktionen sowie psychopathologische Symptomatik erreicht werden.

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 damit sind 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 und Hoffmann (2017b) *[36]* verweist darauf, dass ein Großteil der Personen mit Rehabilitationsbedarfen unabhängige Lebensformen bevorzugen würde. Voraussetzung für viele der Betroffenen ist eine adäquate Unterstützung vor Ort *[1267]*.

Der auch **durch das Bundesteilhabegesetz implizierte Paradigmenwechsel** hin zu den Prinzipien von Supported Housing führte in der Vergangenheit dazu, Wohnen und Versorgung bzw. Unterstützung getrennt zu betrachten. Ein weitgehend unabhängiges Wohnen stellt demnach den Ausgangspunkt dar, nach dem alle anderen notwendigen, am individuellen Bedarf ausgerichteten Hilfen unabhängig vom Wohn- und Lebensort ermöglicht werden. Der Nutzen und die Wirksamkeit von Wohninterventionen lassen sich erst dann herstellen, wenn weitere Aspekte berücksichtigt (z. B. Umgang mit Zwangsmaßnahmen, Einbezug der Nutzenden 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 ist in Deutschland seit 2020 Realität; die Umsetzung in die Praxis führt zu einer personenzentrierten Unterstützung und muss mit der Möglichkeit zur Vielfalt gestaltet werden.

10.2 Evidenzkapitel: Psychosoziale Interventionen in sozialen Kontexten

Hintergrund

Familienmitglieder sowie andere nahestehende Personen der psychisch erkrankten Person können eine wichtige Hilfe bei der Bewältigung der Erkrankung sein und gleichzeitig die mit der Erkrankung verbundenen Veränderungen, Herausforderungen und Konsequenzen als Belastung erleben *[727]*. Dabei sind alle nahestehenden Personen auf ganz unterschiedliche Art von verschiedenen Herausforderungen und Belastungen betroffen. Die einzelnen Angehörigen (Eltern, Geschwister, Partner, Kinder) und andere nahestehende Personen bringen jeweils unterschiedliche

Erfahrungen, Fragen und Bedürfnisse mit *[133]* und übernehmen verschiedene Aufgaben (siehe **Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen**).

AG-Impuls-Textbox 5: Mitbetroffenheit von Angehörigen

Perspektive der AG Impuls

Aspekte der Mitbetroffenheit von Angehörigen und Nahestehenden von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen

Auch für Familienangehörige und Nahestehende von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen kann die Diagnose einer psychischen Erkrankung, innerhalb ihrer Familie oder im nahen Freundeskreis, niederschmetternd sein. Auch sie durchlaufen Anpassungsprozesse.

Angehörige/Nahestehende benötigen persönliches Recovery, müssen lernen, Veränderungen zu akzeptieren, sich in neue Rollen einzufinden und lernen, ihr Leben mit sich verändernden Werten, Einstellungen und Zielen zu gestalten.

Auch, um die Salutogenese ihrer psychisch schwer belasteten Familienmitglieder bestmöglich unterstützen zu können, müssen und wollen Angehörige und Nahestehende körperlich und psychisch stabil bleiben oder werden. Hierfür ist es hilfreich, wenn sie nicht nur – selbstredend unter Wahrung aller Persönlichkeits- und Datenschutzrechte – in Genesungsprozesse ihrer Familienangehörigen und Freunde sowohl stationär als auch ambulant eingebunden sind, sondern benötigen ihrerseits zeitweise Unterstützung für ihren individuellen Entwicklungs- und Erhaltungsprozess von Gesundheit. Psychiatrie-Professionelle sollten an der Einbindung von Angehörigen/Nahestehenden in der therapeutischen Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen im steten Austausch mit der in Behandlung befindlichen Person aktiv mitwirken und dies als wichtigen Aspekt ihrer Arbeit auffassen.

Gelingt das, werden Prozesse durchlaufen, in denen sich Eltern, Kinder erkrankter Eltern, Geschwister, Partnerinnen oder Partner, aber auch Großeltern sowie Freundinnen und Freunde ihrer Fähigkeiten und Stärken neu bewusstwerden und ihre Lebenswirklichkeit selbstbestimmt unter veränderten Umständen aktiv gestalten. Allerdings ist diese Entwicklung nicht immer geradlinig oder erfolgreich. Angehörige können dabei Rückschläge, Stagnation oder eine Überforderung durch die Herausforderungen erleben. Gerade deshalb ist es dringend notwendig, passgenaue Unterstützungsangebote für Angehörige weiterzuentwickeln und bereitzustellen, um sie in diesen oft krisenhaften und individuellen Anpassungsprozessen zu begleiten. So kann langfristig verhindert werden, dass Angehörige selbst psychisch oder körperlich erkranken oder sie ihre eigenen Bedürfnisse dauerhaft vernachlässigen.

Kraft und Hoffnung können Angehörige in der Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit finden. Diese kann sie ermutigen, Benachteiligungen, Ausgrenzungen und Mängel aktiv anzugehen. Es eröffnet ihnen die Möglichkeit, ihre individuellen Ressourcen zu mobilisieren und einzusetzen – sei es durch Engagement in Selbsthilfegruppen, in politischen und wissenschaftlichen Interessensvertretungen oder im Streben nach größerer Autonomie und Eigenverantwortung.

Im vorliegenden Kapitel werden Interventionen beschrieben und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bewertet, die sich an Familien mit psychisch erkrankten Personen oder explizit an angehörige und nahestehende Personen richten. Darüber hinaus werden Interventionen beschrieben, die auf ein erweitertes soziales Gefüge zielen.

Strukturierte Familieninterventionen umfassen häufig psychoedukative Ansätze, bei denen verschiedene Methoden, wie z. B. ein Familienmanagement, verhaltenstherapeutische Ansätze oder die Mehrfamilientherapie zur Anwendung kommen, die sich gleichzeitig nicht gut gegeneinander abgrenzen lassen. Gemeinsame Elemente dieser Interventionen sind: Aufklärung über die Natur psychischer Erkrankungen, praktische Hinweise zu Bewältigungsstrategien, Ermutigung/Unterstützung der Familien zu Recovery, Erweiterung gezielter Kommunikationsfähigkeiten und die Unterstützung der Familienmitglieder bei der Nutzung von Problemlösungs- und Stressbewältigungsmethoden. Solche Angebote können durch direkten persönlichen Kontakt mit einer Fachperson vermittelt werden, aber auch in Online-Foren oder durch eine Kombination dieser Methoden (vgl. *[728]*). Rodolico et al. (2022) *[729]* beschreiben im Ergebnis einer umfassenden systematischen Recherche 11 verschiedene Ansätze von Familieninterventionen, darunter systemisch-orientierte Familieninterventionen, bei denen das Familiengefüge und Interaktionen sowie Dynamiken im Fokus stehen, verschiedene psychoedukative Familieninterventionen im Beisein des Betroffenen und des Angehörigen (bifokal) mit und ohne Kombination mit trainierenden Ansätzen (z. B. Fertigkeitentraining) sowie psychoedukative Ansätze für Angehörige allein. Hierbei wurden auch gemeindebasierte, integrierte Ansätze beschrieben (z. B. aufsuchende Formen), die sich gleichermaßen an Betroffene und Familienangehörige richten.

Familieninterventionen mit einem psychoedukativen Ansatz wurden bereits in vorausgegangenen Auflagen der vorliegenden Leitlinie berücksichtigt. Psychoedukative Programme zielen auf eine Vermittlung von Wissen und ein verbessertes Verständnis zu Themen der psychischen Gesundheit. Neben den positiven Effekten für die Betroffenen selbst, geht man davon aus, dass solche Programme auch Angehörige dabei unterstützen, ihr eigenes Wohlbefinden zu verbessern *[605]*. Mehrere systematische Übersichtsarbeiten und Metaanalysen *[599] [600] [602] [603] [605] [608]* konnten bereits in der Vergangenheit belegen, dass psychoedukative Familieninterventionen bezogen auf verschiedene Outcomes wirksam sind. Der Einbezug von Angehörigen in psychoedukative Interventionen wurde in der 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie erstmals mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen.

Neben den psychoedukativen Ansätzen spielen **Beratungsangebote sowie Peer-geleitete Ansätze** eine Rolle. In den gegenseitigen Unterstützungsprogrammen für Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden beispielsweise in Gruppensitzungen verschiedene Themen zum Umgang mit der Erkrankung, zu den besonderen Bedürfnissen, den erlebten Belastungen oder veränderten Rollenfunktionen diskutiert *[648] [429]*. Ansätze von Peer-Begleitung für Angehörige psychisch kranker Menschen werden auch in Deutschland evaluiert (**Kapitel Peer-Support**). In einer Pilotstudie zur Wirkung von Peer-Arbeit bei Angehörigen chronisch psychisch kranker Menschen durch geschulte Angehörige im Rahmen des Hamburger Peer-Projekts konnte deren Belastung signifikant reduziert und die Lebensqualität signifikant erhöht werden *[667]*.

Ein Ansatz, der sich insbesondere an Eltern mit schweren psychischen Erkrankungen richtet, wird mit **Unterstützter Elternschaft** (Supported Parenting) verfolgt. Ziel hierbei ist die Stärkung der Elternrolle in betroffenen Familien und eine Unterstützung von positiver Interaktion mit dem Kind. Als Wesentlich haben sich unter anderem individualisierte Konzepte basierend auf den Stärken der Eltern und Kinder erwiesen *[730]*. Analog zu Supported Employment oder Supported Housing geht es um die Unterstützung der elterlichen Fähigkeiten durch instrumentale, emotionale und soziale Assistenzleistungen. Insbesondere mit der Mutterschaft sind bedeutende emotionale Erfahrungen verknüpft. Mütter mit schweren psychischen Erkrankungen berichten trotz erfahrener Belastungen von zahlreichen positiven Aspekten, die sich mit einer Mutterschaft verknüpfen und beispielsweise Auswirkungen auf das Selbstwerterleben haben, zu einer Reduktion übermäßigen Substanzmissbrauchs oder einer erhöhten Motivation für eine psychiatrische Behandlung führen können *[731]*. Beispiele für solche Programme sind das Triple P-Positive Parenting Programm, das Prinzipien des sozialen Lernens nutzt *[732] [733]*, das Family-Options-Programm, ein langfristiges, individuelles Programm für Eltern mit schweren psychischen Erkrankungen *[734]* oder spezielle Programm, die ein Video-Feedback nutzen *[735]*. Darüber hinaus wurden Interventionen mit Elementen von Peer-Support entwickelt *[736]*.

Betrachtet werden sollen hier auch die sogenannte **bedürfnisangepasste Behandlung und der Offene Dialog** als spezifische Ansätze, die in den 1980er Jahren in Finnland entstanden sind. Beide Modelle der Behandlung und Versorgung 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 im Behandlungsprozess (so kann beispielsweise der individuelle Psychotherapeut/die Therapeutin zu Netzwerktreffen eingeladen werden) und durch den gemeinsam erlebten dialogischen Prozess. Dazu liegt der Fokus der Netzwerkgespräche 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 benutzen 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. Die Entwicklung der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialogs war mit einer schrittweisen tiefgreifenden Neuorganisation psychiatrischer Dienste verbunden. Kennzeichnend ist, dass alle Mitglieder des Teams eine mehrjährige psychotherapeutische Ausbildung durchlaufen, die meist systemisch orientiert ist *[737]*. Mittlerweile kommt vor allem der Offene Dialog nicht nur, wie ursprünglich entwickelt, bei an einer Psychose ersterkrankten Personen, sondern auch bei Menschen mit längerem Krankheitsverlauf und anderen Erkrankungen zum Einsatz.

Berücksichtigt werden sollen hier auch **Ansätze zur Erweiterung des sozialen Netzwerkes** schwer psychisch kranker Menschen und einer **Reduktion von subjektiver und objektiver Isolation**. Häufig handelt es sich dabei um Trainingsansätze zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten **(Kapitel Training sozialer Fertigkeiten**), aber auch um Ansätze **Unterstützter Sozialisation** *[738]*, zumindest die objektive soziale Isolation schien sich bei den Teilnehmenden mittelfristig zu verbessern *[739] [740]*. Ein solches Training führte auch zu signifikanten Vorteilen in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung *[741]*. Bei Terzian et al. zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Gesamtqualität der intimen und beruflichen Beziehungen nach einem und zwei Jahren durch eine Intervention zur unterstützten Sozialisation in sozialen Netzwerken, bei der die Behandlelnden den Teilnehmenden interessante externe soziale Aktivitäten vorschlugen *[742]*. Die Mehrheit der Studien zur **Unterstützten Sozialisation** zeigte allerdings kaum Effekte auf die soziale Isolation *[743] [744] [745] [746]*.

Elterninterventionen

Qualitativ hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Ansätzen zur **Unterstützung der elterlichen Kompetenz für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** liegen bisher kaum vor. In einem Cochrane-Review *[730]* wurde eine Studie aus 1983 identifiziert; untersucht wurde dabei eine Unterstützung für erkrankte Mütter im häuslichen Umfeld. Interventionen für Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen auch komplexe Gemeinschaftsprogramme, stationäre Behandlungen oder Online-Interventionen *[747]*. Letztere wurden in weiteren Einzelstudien untersucht und verweisen auf positive Effekte zugunsten der eingesetzten Intervention hinsichtlich einer höheren Zufriedenheit, eines verbesserten persönlichen Wohlbefindens und eines verringertes persönlichen Stresserlebens *[748] [749]*. In einer zusammenfassenden Analyse qualitativer Forschungsergebnisse (29 Studien mit 562 Eltern) wurden Erfahrungen und Wahrnehmungen der Eltern in Bezug auf die Auswirkungen ihrer schweren psychischen Erkrankung auf ihre **Elternschaft und individuelle Unterstützungsbedürfnisse** untersucht. Dabei wurden sechs Themen identifiziert: (1) der (durch die Erkrankung) eingeschränkte Elternteil, (2) Herausforderungen in der Erziehung, (3) das belastete Kind, (4) unausweichliche Bedrohung, (5) Bekämpfung der Bedrohung und (6) umfassender Unterstützungsbedarf. Es wurden frühzeitige und umfassende Maßnahmen und Unterstützungsleistungen auf verschiedenen Ebenen (Eltern, Kind & Familie, Gesundheitsversorgung und Politik) empfohlen *[750]*. Ein Ergebnis der Analyse war die durch die Betroffenen erlebte unausweichliche Bedrohung (Thema 4). Die im Zusammenhang mit der Erziehung erlebten Herausforderungen werden begleitet von negativer Selbstwahrnehmung hinsichtlich der Erziehungskompetenz, anhaltender und beherrschender Ängste vor dem Verlust der Kinder und des Sorgerechts sowie dem Erleben von Stigmatisierung sowohl gesamtgesellschaftlich, als auch im Lebensumfeld und in den Unterstützungssystemen. Dieses Erleben führe zu einer Verstärkung des Bedrohungsgefühls und einer verminderten Suche nach Unterstützung. Die befragten Eltern empfanden den Kontakt mit den Jugendämtern z. T. als „traumatisch“ und „einschüchternd“ und fürchteten die Folgen einer negativen Bewertung. Auch im Leitliniengremium wurde die hohe Komplexität von Elternschaft und Kinderschutz diskutiert. Die Sorge von Eltern, dass die Kinder aus der Familie genommen werden könnten, könne dazu beitragen, dass die psychischen Probleme verschwiegen werden und keine adäquate Hilfe in Anspruch genommen werde.

Eine **Befragung von Eltern mit einer (schweren) psychischen Erkrankung in (teil-)stationärer Behandlung** machte deutlich, dass von Eltern gleichzeitig unterschiedliche Hilfen für ihre (belasteten) Kinder (aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern) in Anspruch genommen werden. Diese

reichen von niederschwelligen Angeboten (z. B. Krabbelgruppen, Familienberatungsstellen) über therapeutische Angebote (SGB V), Schulbegleitung und Familienhilfen (SGB VIII) bis hin zu stationären Behandlungen oder Wohngruppen. Ein Großteil der Unterstützung werde durch Familie und Freunde geleistet. Häufig werden auch ambulante Hilfen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Anspruch genommen *[751]*. **Familienorientierte Komplexangebote** sind dabei rar wie eine Übersichtsarbeit über entsprechende Angebote im deutschsprachigen Raum zeigen konnte. Die interventionellen Methoden in familienorientierten Angeboten umfassen v. a. Familiengespräche, Elterngespräche sowie Einzel- und Gruppengespräche für Kinder und Jugendliche; daneben Freizeit- und Spielgruppen, Patenschaften, Ansätze der Selbsthilfe sowie aufsuchende Hilfen. In der Mehrheit liegen die Schwerpunkte auf der Unterstützung der Kinder und Jugendlichen im Umgang mit der psychischen Erkrankung ihrer Eltern sowie auf einer Erweiterung der kindlichen Ressourcen. Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass ein Großteil der Programme auch die Stärkung des elterlichen Verhaltens in den Blick nimmt (Elterntraining). Selten wurden die beschriebenen Komplexangebote systematisch untersucht *[752]*. Informationen zu Hilfen für psychisch erkrankte Mütter und Väter hat beispielsweise der Dachverband Gemeindepsychiatrie zusammengestellt (Factsheet_Hilfe_fuer_Familien.pdf).

Auch im Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe wurden zentrale Bedarfe der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien formuliert, die sich aus bisherigen Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen ableiten lassen *[158]*. Aufgeführt werden die Stärkung bzw. Schaffung präventiver und Resilienz fördernder Angebote für Kinder und Jugendliche (z. B. gemeinsame Freizeitaktivitäten, Patenfamilien) und die Notwendigkeit altersgerechter Informations-, Beratungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche. Informations- und Beratungsangebote müssten gleichzeitig für die erkrankten Eltern und ggf. ihre Partner sowie weitere Angehörige zur Verfügung stehen. Unterstützende präventive sowie entlastende Angebote für betroffene Familien sollten möglichst niedrigschwellig sein (z. B. Frühe Hilfen (https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/), Erziehungsberatung, ambulante Erziehungshilfen). Ebenso notwendig erscheint die Erarbeitung von Krisenplänen mit allen Beteiligten, die Bereitstellung von Anlaufstellen für Eltern in akuten Krisen sowie von Hilfenetzen. Zentrales Ziel sollte zudem eine **koordinierte Behandlungs- und Hilfeplanung und deren Umsetzung** sein, die alle beteiligten Institutionen und Personen einbezieht. An dieser Stelle sei beispielsweise auf das bewährte Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern in Duisburg hingewiesen *[753]*. Seit 2006 existiert die BAG „Kinder psychisch erkrankter Eltern". Auf der Internetseite werden Projekte und Mitgliedseinrichtungen vorgestellt, die sich besonders für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil engagieren. Darüber hinaus finden sich Informationen zu Veranstaltungen und zahlreiche Literaturhinweise.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die S3+Kinderschutzleitlinie - Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und - missbrauch unter Einbindung der Pädagogik und Jugendhilfe (**Registernummer 027 - 069**) verwiesen *[754]*.

Stark

Empfehlung 26 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Familieninterventionen"**
Empfehlungsgrad **A**	Familieninterventionen* sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen angeboten werden, um Erkrankungsrückfälle zu reduzieren und eine langfristige Kooperation zwischen den Betroffenen und dem sozialen Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern.
Konsensstärke	**Konsens (83 %)**

** Die in den Studien untersuchten Interventionen umfassten verschiedene Elemente: u.a. Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Erarbeitung von Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Erweiterung von Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports.*

Praktische Informationen

Keine regelhafte Umsetzung strukturierter Familieninterventionen.

Möglichkeiten über:

- aufsuchende gemeindepsychiatrische oder klinikgeleitete Ansätze (StäB)
- Psychoedukation oder spezielle trainierende Ansätze im Rahmen von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Integrierten Versorgungsmodellen oder von Psychotherapie
- Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen (§113 (2) Nummer 2 SGB IX) oder
- Leistungen der mobilen Rehabilitation (SGB V).

Die Rolle eines Migrationshintergrundes bei der Umsetzung von Familieninterventionen wurde hier nicht explizit betrachtet. Aus Expertensicht wird auf große Unterschiede in der klinischen Praxis verwiesen, dies betrifft in besonderer Weise die Akzeptanz (siehe **Schnittstellenkapitel Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie**)

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Im Rahmen von **Familieninterventionen** wurden insbesondere psycho-edukative Ansätze genutzt; daneben auch die Vermittlung von spezifischen Fertigkeiten (v. a. zur Kommunikation oder Problemlösung), Ansätze zum Krisenmanagement und zur Stressbewältigung. Das Spektrum an untersuchten Familieninterventionen umfasst, wenn auch seltener, Ansätze von Peer-Support und gegenseitiger Unterstützung und gezielte Ansätze in einem aufsuchenden Setting. Untersucht wurden sowohl Mehrfamilientherapien als auch Familieninterventionen unter Einbezug von Mitgliedern einer Familie. Es zeigt sich über die verschiedenen identifizierten systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen hinweg, dass strukturierte Familieninterventionen gegenüber einer Standardbehandlung sowohl hinsichtlich patientenbezogener Outcomes (u. a. Reduktion des Rückfallrisikos und der stationären Wiederaufnahmeraten, Lebensqualität, Symptomatik, Behandlungszufriedenheit) *[729] [727][1280][728]* als auch hinsichtlich angehörigenbezogener Outcomes (u. a. Belastungs- und Bewältigungserleben,) *[727][1280]* bzw. allgemein familienbezogener Outcomes (z. B. Familienklima) *[727]* überlegen ist. Die Einbindung von Familienangehörigen in die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird international im Rahmen von unterschiedlichen Behandlungsleitlinien empfohlen *[1279]*. Trotz der potenziellen Vorteile von Familieninterventionen für psychisch erkrankte Menschen und ihre Familien, liegt deren Nutzungsrate bei lediglich 30 Prozent *[1279]*.

Unerwünschte Effekte wurden nicht systematisch erfasst. Es finden sich Hinweise auf vergleichbare Abbruchraten der Behandlung gegenüber herkömmlicher Behandlung *[728]*.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[727]*
Evidenz[1]	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Auftretenswahrscheinlichkeit von Rückfällen: sign. Reduktion durch FI
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Familienklima (Expressed Emotion): sign. Verbesserung durch FI
	Vergleich von Familieninterventionen (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[1280]*
	Rehospitalisierung Betroffene: sign. Reduktion durch FI
	Belastungserleben Angehörige: sign. Reduktion durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Wohlbefinden/psychische Gesundheit der Familie: sign. Verbesserung durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Bewältigungserleben Familie: sign. Verbesserung durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Lebensqualität (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Behandlungszufriedenheit (Patient:innen): sign. Verbesserung durch FI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs mit Familien mit einer an einer schweren Depression betroffenen Person *[728]*
	Depressive Symptomatik: sign. Reduktion durch FI
	Familiäre Funktionen: kein signifikanter Unterschied
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	

Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Vergleich von psychoedukativer Familienintervention (FI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[729]* Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch FI (verschiedene Modelle mit Ausnahme von sehr kurzer Intervention mit 2 oder weniger Sitzungen und dem alleinigen Fokus auf die Erstellung von Krisenplänen)
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Die vorliegenden Studien verweisen auf eine höhere Behandlungszufriedenheit durch Familieninterventionen *[1280]*.

Ressourcen

Strukturierte Familieninterventionen werden in Deutschland nicht regelhaft umgesetzt. Schwer psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen können entsprechende Unterstützung z. B. über aufsuchende gemeindepsychiatrische oder klinikgeleitete Ansätze (StäB) erhalten. Psychoedukation oder spezielle Fertigkeitentrainings werden im Rahmen von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Integrierten bzw. besonderen Versorgungsmodellen oder von Psychotherapie umgesetzt. Aus leistungsrechtlicher Perspektive liegen mögliche Leistungsformen auch in Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen (§113 (2) Nummer 2 SGB IX) oder zeitlich befristet in den Leistungen der mobilen Rehabilitation (SGB V) (siehe **Matrixkapitel**).

Die Rolle eines Migrationshintergrundes bei der Umsetzung von Familieninterventionen wurde hier nicht explizit betrachtet. Aus Expertensicht wird auf große Unterschiede in der klinischen Praxis verwiesen, dies betrifft in besonderer Weise die Akzeptanz (siehe **Schnittstellenkapitel Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie**)

Zuverlässige Daten zum Ressourceneinsatz liegen bisher nicht vor.

Rationale

Familien- und Angehörigeninterventionen

Aggregierte Evidenz aus Leitlinien

In der **S3-Leitlinie Schizophrenie** der DGPPN (DGPPN e.V. 2025) werden verschiedene Empfehlungen zum Einbezug der Familie und/oder Angehörigen formuliert. Demnach soll bei Personen mit einer ersten psychotischen Episode eine psychotherapeutisch ausgerichtete Familienintervention zur Reduktion der Wiedererkrankungs- und Rehospitalisierungsraten angeboten werden (Empfehlungsgrad A).

In der Behandlung von Menschen mit bipolaren Störungen werden in der **S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen** Familienhilfen im Rahmen der Selbsthilfe (neben Selbstmanagement, Selbsthilfegruppen und Peer-Support) empfohlen *[251]*. Empfohlen wird, Angehörige zu einer Nutzung von Peer-Begleitung zu ermuntern, um eigene Belastungen zu reduzieren und die eigene Lebensqualität zu verbessern. Zudem wird empfohlen, Angehörige im gesamten Behandlungsverlauf einzubeziehen (Expertenkonsens). Bei Ablehnung eines Einbezugs der Familie und/oder Angehörigen durch die erkrankte Person werden, insbesondere mit Blick auf einen langfristigen Behandlungserfolg, Ansätze empfohlen, das Vertrauensverhältnis zwischen erkrankter und angehöriger Person zu stärken (Expertenkonsens).

In der **Nationalen VersorgungsLeitlinie - Unipolare Depression** wird empfohlen, dass Angehörige in die Aufklärung, Information und Behandlung (z. B. über Beratungsangebote in Form von Schulungen, Selbsthilfegruppen für Angehörige sowie gemischte Gruppen für Betroffene und Angehörige oder spezifische therapeutische Ansätze) eingebunden werden, wenn die betroffenen Patienten:innen damit einverstanden sind (Expertenkonsens).

Evidenz aus Systematischen Übersichtsarbeiten

In den identifizierten Arbeiten im Bereich der Familien- und Angehörigeninterventionen wurden überwiegend Interventionen mit Einschluss von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis durchgeführt *[1280][756][729][757][727][758]*. Darüber hinaus wurde eine Arbeit mit Einschluss von Menschen mit schwerer Depression *[728]* berücksichtigt; andere Arbeiten fokussierten schwere psychische Erkrankungen im allgemeinen *[643]*. Die untersuchten Familien- und Angehörigeninterventionen verfolgten im Wesentlichen einen psychoedukativen Ansatz bzw. umfassten verschiedene Ansätze *[1280][728][758][759][727]*. Seltener wurden andere Ansätze isoliert betrachtet. Das traf für die Wirksamkeit von Mehrfamilientherapie *[756]*, von kognitiv-verhaltenstherapeutisch basierter Familientherapie *[757]* oder von Ansätzen familiengeleiteter gegenseitiger Unterstützung *[725]* zu. Bei Rodolico et al. (2022) *[729]* wurde ein sehr breites Spektrum von Familieninterventionen betrachtet. Erhoben wurden patienten- und angehörigenbezogene bzw. familienbezogene Outcomes. Die Studien von Sin et al. (2017) *[758]* und Chen et al. (2016) *[759]* analysierten ausschließlich Angehörigen-Outcomes; van Es et al. (2023) *[756]* sowie Rodolico et al. (2022) *[729]* ausschließlich Outcomes auf der Seite der schwer psychisch erkrankten Menschen.

Aufgrund umfangreicher aggregierter Evidenz im Bereich der Familieninterventionen wurden hierzu keine zusätzlichen Einzelstudien berücksichtigt. Es wurden jeweils zwei RCTs in den Bereichen Elterninterventionen sowie in einem erweiterten Umfeld identifiziert und in die Übersicht aufgenommen.

In einem aktuellen Cochrane Review wurden 26 randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) [1] einbezogen, in denen die Auswirkungen familienbasierter Interventionen für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N = 1.985) und ihre Familienmitglieder (N = 2.056) verglichen mit Standardversorgung untersucht wurden *[727]*. Durchgeführt wurden in den Primärstudien mehrheitlich psychoedukative Familieninterventionen (Tabelle 44). In allen Studien lag der Fokus auf dem Einbezug der Familienangehörigen in der Behandlung der erkrankten Person. Die Interventionen umfassten verschiedene Elemente (Informationen zur Erkrankung und des Umgangs mit dieser, Problemlösestrategien, Stress- und Krisenmanagement, Kommunikationsfertigkeiten, Unterstützung sozialer Netzwerke und sozialen Supports). Die Mehrheit der familienbasierten Interventionen wurde wöchentlich oder zweiwöchentlich durchgeführt; die Dauer lag zwischen fünf Wochen und zwei Jahren. Evidenz von geringer Vertrauenswürdigkeit deutet darauf hin, dass familienbasierte Interventionen die Rückfallquote in einer erneute Erkrankungsepisode von Betroffenen nach der Intervention senken können (RR = 0,66, [95 % KI: 0,49 bis 0,89]; 4 RCTs, N = 229). Im Vergleich zur Standardversorgung verringern familienbasierte Interventionen wahrscheinlich die Belastung der Angehörigen unmittelbar nach der Intervention (MD = -5,84, [95 % KI: -6,77 bis -4,92]; 8 RCTs, N = 563) und können zu einem verbesserten Familienklima (Expressed-Emotion) führen (RR = 3,90, [95 % KI: 1,11 bis 13,71]; 2 RCTs, N = 72) (Tabelle 44).

[1] Chan 2009; Chien 2004; Chien 2005; Chien 2008a; Chien 2008b; Chien 2010; Chien 2013; Li 2003; Li 2015; Carra 2007; De Giacomo 1997; Magliano 2006; Kulhara 2009; Kumar 2020; Koolaee 2010; Sharif 2012; Barrowclough 1999; LeF 2001; Glick 1990; Hazel 2004; Vaughan 1992; Posner 1992; Vidal Gutiérrez 2019; Merinder 1999; Buchkremer 1995; Husain 2021.

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit von Kim und Park (2023) *[755]* identifizierte 38 randomisierte kontrollierte Studien [2] (N = 18.105; davon Angehörige N = 10.669; davon schwer psychisch erkrankte Menschen N = 7.346), die die Wirksamkeit von unterschiedlichen Familieninterventionen bei Menschen mit Schizophrenie sowie deren Angehörigen untersuchten. Ein Großteil der eingeschlossenen Arbeiten wurde im asiatischen Raum durchgeführt. Die eingesetzten Familieninterventionen basieren mehrheitlich auf einem psycho-edukativen Ansatz (Tabelle 44). Weniger oft wurden Maßnahmen zur gegenseitigen Unterstützung (engl. mutual support) und Familienhilfe im Allgemeinen oder zwischen mehreren Familien untersucht *[755]*. Metaanalysen mit den publizierten Daten ergaben, dass sich im Vergleich zwischen einer Familienintervention und einer herkömmlichen Behandlung bei den pflegenden Angehörigen insbesondere das psychische Wohlbefinden (g = 1.28 [95 % KI: 0.82 bis 1.73], p = 0.000) und das Wissen bzw. die Einstellung im Hinblick auf die Erkrankung (g = 1.20 [95 % KI: 0.82 bis 1.58], p = 0.000) verbesserte. Bei den schwer psychisch erkrankten Menschen konnte ein Anstieg der Behandlungszufriedenheit (g = 1.40 [95 % KI: 0.93 bis 1.86], p = 0.000) und der Lebensqualität (g = 0.89 [95 % KI: 0.38 bis 1.40], p = 0.001) beobachtet werden (Tabelle 45). Die Gesamt-Effektstärke der eingeschlossenen Interventionen in Bezug auf ihre Zielergebnisse betrug g = 0,90 [95 % KI: 0,70 bis 1,09], was auf eine große Effektstärke mit statistischer Signifikanz hinweist. Die Effektstärken der Ergebnisse auf Familienebene (g = 0,71 [95 % KI: 0,60 bis 0,83]) und der Ergebnisse auf Patientenebene (g = 0,54 [95 % KI: 0,41 bis 0,68]) waren mittelgroß und beide ebenfalls statistisch signifikant. Darüber hinaus zeigte sich in Moderatorenanalysen, dass Programme, die sich an einzelne „Familieneinheiten" richteten gegenüber Gruppen-basierten Programmen eine höhere Effektstärke aufweisen. Die Autor:innen diskutieren in diesem Zusammenhang Vorteile durch die Möglichkeit individuell zugeschnittener Anpassungen der Programme und ein reduziertes Stigmaerleben wenn eine Familie allein begleitet wird *[755]*.

[2] Chien and Chan 2004a, Chien and Chan 2004b, Chien et al. 2005, Li and Authur 2005, Bradley et al. 2006, Chien et al. 2006, Magliano et al. 2006, Chien & Wong 2007, Gutiérrez-Maldonado & Caqueo-Urízar 2007, Chien et al. 2008a, Chien et al. 2008b, Chan et al. 2009, Nasr and Kausar 2009, Kulhara et al. 2009, Gutiérrez-Maldonado et al. 2009, Koolaee and Etemadi 2010, Chien & Thompson 2013, Chien & Chan 2013, Fallahi Khoshknab et al. 2013, Badamli and Duman 2014, Hasan et al. 2015, Mayoral et al. 2015, Rami et al. 2018, Gutiérrez et al. 2019, Khalil et al. 2019, Thimmajja & Rathinasamy 2019, Raeisi et al. 2020, Behrouian et al. 2020, Zhou et al. 2020, Behrouian et al. 2021, Budiono et al. 2021, Chen et al. 2021, Durmaz & Okanli 2021, Khodabakhshi-Koolaee and Manoochehri 2021, Rajai et al. 2021, Muhić et al. 2022, Mueser et al. 2022, Wang et al. 2022.

In der Arbeit von van Es et al. (2023) *[756]* wurde der Einsatz der Mehrfamilientherapie (MFT) in der Behandlung von Menschen mit Psychose (N = 1.464) in 9 RCTs [3] untersucht (Tabelle 44). Ziel der Übersicht war, einen Überblick über die vorhandenen kontrollierten Studien zu geben, die sich auf die Auswirkungen von MFT auf die psychische Gesundheit und das familiäre Funktionsniveau konzentrieren (van Es et al. 2023). Die Autor:innen gehen davon aus, dass die MFT einen spezifischen Beitrag zur Funktionsfähigkeit der Familie und zur psychischen Gesundheit leisten kann, der möglicherweise in der gegenseitigen Unterstützung durch die beteiligten Familien liegt, die ähnliche Herausforderungen und Belastungen erfahren. Definiert wird MFT hierbei als psychosoziale Intervention, bei der zwei oder mehr Familien, die durch mindestens zwei Familiengenerationen vertreten werden, an den Sitzungen teilnehmen und der Schwerpunkt auf der (inter)familiären Interaktion liegt (O'Shea und Phelps 1985). Letztlich wurden verschieden umgesetzte Ansätze betrachtet, die sich einer psychoedukativen MFT, Problemlöseansätzen oder beispielsweise der gegenseitigen Unterstützung zuordnen lassen. Die Interventionen wurden mehrheitlich in Kombination mit anderen Behandlungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Metaanalyse konnten keinen signifikanten Effekt der untersuchten Familientherapien gegenüber herkömmlicher Therapie im Hinblick auf die Symptomatik (Positiv- und Negativsymptomatik) der beteiligten Menschen mit Erkrankungserfahrung feststellen (g = 0.96, [95 % KI: −0.19 bis 2.11]; p > 0.05, k = 6) (Tabelle 45). Weitere zusammenfassende Analysen waren nicht durchführbar *[756]*.

[3] Bradley et al., 2006, Dyck et al., 2000, McFarlane et al., 2015, Valencia et al., 2010, Liberman et al., 1984, Chien et al., 2018 , Chien & Chan, 2004, Jeppesen et al., 2005, Rossberg et al., 2010.

Tabelle 44: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Familien- und Angehörigeninterventionen

Autoren **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Regionen**	**Diagnose** **Anzahl Studien-teilnehmende**	**Intervention**	**Kontroll-intervention**	**Studiend-auer und Follow up Zeitraum**
Chien 2024 *[727]*	26 RCTs (25 RCTs in Metaanalyse) China (k=9), Italien (k=3), Indien (k=2), Iran, UK, USA, Australien, Kanada, Chile, Dänemark, Deutschland, Pakistan (je K=1)	N=1.985 Betroffene von Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis N=2.056 Angehörige	Familieninterventionen, mehrheitlich Psycho-edukative Familieninter-vention (k=13); Peer-Support und gegenseitige Unterstützung (k=4), verhaltenstherapeutischer Ansatz (k=3), bedürfnis-orientierter Ansatz oder Case Management (k=3), Beratung (k=1) Einzelfamilien- (k=9) vs. Mehrfamilienansatz (k=13) oder kombiniert (k=1)	Herkömmliche ambulante Behandlung	5 Wochen bis 2 Jahre 6 bis 72 Sessions
Kim und Park 2023 *[755]*	38 RCTs (37 RCTs in Metaanalyse) überwiegend Asien (k=13) sowie Iran, Australien, Italien, USA, Spanien, Chile	Schizophrenie N=18.105 [N=10.669 Familienangehörige; N=7.346 Betroffene]	Familieninterventionen Psychoedukation (k=24) Mutual Support Programme (k=4) Family to Family Support (k=4) sonstiges (k=6)	Herkömmliche ambulante Behandlung	Anzahl Sitzungen: 1 bis 36 30 bis 120 Minuten
van Es et al. 2023** *[756]*	9 RCTs USA, Asien, Europa, Australien	Schizophrenie N=1.464	Mehrfamilientherapie (u.a. Psychoedukation, gegenseitige Unterstützung)	Herkömmliche ambulante Behandlung	9 Wochen bis 24 Monate
Katsuki et al. 2022 *[728]*	9 RCTs (5 RCTs in Metaanalyse) USA, Asien, Europa	Schwere Depression N=504 (301)	Familieninterventionen Psychoedukation (k=6), Problemlösungsansätze (k=2), Kommunikations-training (k=3), Erweiterung von Ressourcen und Bewältigungsmechanismen (k=4), Mehrfamilien-Interventionen (k=2), Stärkung sozialer Unterstützung (k=2)	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	6 bis 36 Wochen; Dauer Follow-up 3 bis 24 Monate
Rodolico et al. 2022 *[729]*	93 RCTs* (90 RCTs in Metaanalyse) Europa, USA, Asien	Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis N=10.340 (9.541)	Familienpsychoedukation (k=9), Angehörigen-Psychoedukation (k=7), systemische Familien-intervention (k=4), gemeindebasierte Interventionen (k=6), bifokale psychoedukative Ansätze (k=6), Kombination Psychoedukation & Fertigkeitentraining (k=41), kurze PE (k=2) und weitere Kombinationen	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung oder kurzzeitige Familien- oder Angehörigenpsycho-edukation	Median Studiendauer 52 Wochen (Spannbreite 5-520 Wochen)
Ma et al. 2020 *[757]*	4 RCTs (2 RCTs in Metaanalyse) Asien, Europa	Schwere psychische Erkrankungen (Schizophrenie, schizo-	KVT-basierte Familieninterventionen	Überwiegend herkömmliche	8 bis 24 Wochen; Dauer Follow-up 6 Monate bis 5 Jahre

		affektive oder bipolare Störungen) N=524		ambulante Behandlung	
Sin et al. 2017 *[758]*	32 RCTs in Metaanalyse China, Nordamerika, Europa, Großbritannien, Mittlerer Osten, Südamerika, Australien, Indien	N= 4.163 (Familien-angehörige =2.858; Patienten n=1.305)	Überwiegend Psychoedukation	Überwiegend herkömmliche ambulante Behandlung	4 bis 52 Wochen; 6 bis 42 Sessions; Follow-up 2 bis 24 Monate
Chen et al. 2016 *[759]*	9 RCTs (5 RCTs in Metaanalyse) Fast ausschließlich Asien zudem Chile und Australien	Familienangehörige von Personen mit Schizophrenie N=608	Psychoedukation (k=4), gegenseitige Unterstützung (k=4), Beratung (k=1)	herkömmliche ambulante Behandlung	k. A.

*auch Open Label RCTs; **teilweise eingeschlossene Übersichtsarbeit

In einer systematischen Übersichtsarbeit mit Metaanalyse wurde die **Wirksamkeit von psychoedukativen Familieninterventionen** auf die psychische Gesundheit bei Menschen mit schwerer Depression und deren Angehörigen untersucht *[728]*. In die Arbeit konnten insgesamt neun RCTs [4] (N = 504) eingeschlossen werden. Zum Einsatz kamen ausschließlich Ansätze der psychoedukativen Familienintervention, die entweder an eine einzelne Familie oder an mehrere Familien gleichzeitig gerichtet waren. Inhaltliche Themenschwerpunkte der Interventionen waren insbesondere die Verbesserung der familiären Kommunikation und die Förderung von Ressourcen sowie Coping-Strategien. Die gepoolten Daten von insgesamt vier (Beobachtungszeitraum: nach 16 Wochen) respektive fünf Studien (Beobachtungszeitraum: nach 3-24 Monaten Follow-up) zeigten einen statistisch signifikanten Effekt der Familienpsychoedukationsmaßnahmen gegenüber der Kontrollbedingung im Hinblick auf die Symptomstärke der betroffenen Menschen mit einer schweren Depression (nach 16 Wochen: SMD = −0.52 [95% KI 1.03 bis −0.01]; p = 0.04; nach Follow-up: SMD = −0.53 [95 % KI −0.98 bis −0.08]; p = 0.02). Keine Effekte, weder nach 16 Wochen noch nach Ablauf des Follow-up-Zeitraums, zeigten sich für die erhobenen angehörigenbezogenen Endpunkte „Familiäres Funktionsniveau" und „Belastungserleben der Familienangehörigen" (Tabelle 45).

[4] Lemmens et al. 2009, Seikkula et al. 2013, Kumar et al. 2015, Katsuki et al. 2018, Hinton et al. 2020, Clarkin et al. 1990, Hu Xiong et al. 2007, Fiorillo et al. 2011, Shimazu et al. 2011.

Rodolico und Kollegen (2022) *[729]* untersuchten im Rahmen einer großen **Netzwerk-Metaanalyse** die **Auswirkungen von verschiedenen Familieninterventionen** auf das **Rückfallrisiko bei Menschen mit Schizophrenie**. Dabei konnten insgesamt 90 randomisierte kontrollierte Studien [5] eingeschlossen (N = 9.541 Teilnehmende) und 11 Familieninterventionsmodelle (Tabelle 44) identifiziert werden. In der Mehrheit kamen dabei psychoedukative Ansätze zum Einsatz, mitunter in Kombination mit einem Kompetenztraining und/oder Maßnahmen zur gegenseitigen Unterstützung. Es wurden auch Studien eingeschlossen, in denen psychoedukative Ansätze für Angehörige, systemische Familieninterventionen und gemeindebasierte, integrierte Ansätze untersucht wurden. Alle Interventionen, mit Ausnahme von krisenorientierten Interventionen (Fokus auf Krisenplan) und Familieninterventionen mit zwei oder weniger Sitzungen, reduzierten die Rückfallquote im Vergleich zur Standardbehandlung zum primären Zeitpunkt von 12 Monaten signifikant. Es zeigte sich für eine strukturierte Familienpsychoedukation eine Rückfallrate von 10 Prozent nach 12 Monaten, diese lag für eine kombinierte Familienpsychoedukation mit einem trainierenden Ansatz (Kompetenztraining) und gegenseitiger Unterstützung bei 17 Prozent. Systemisch orientierte Familieninterventionen führten zu einer Rückfallrate von 16 Prozent. Die Rückfallrate bei Teilnehmenden der Standardbehandlung (Kontrollgruppe, hauptsächlich antipsychotische Behandlung allein) wurde auf 37 Prozent geschätzt. Die Odds Ratios im Vergleich zur Standardbehandlung lagen zwischen 0,18 (95 % KI: 0,12 bis 0,27) für die alleinige Familienpsychoedukation bis zu 0,63 (0,42 bis 0,94) für gemeindebasierte Interventionen unter Einbeziehung von Familienmitgliedern. Es zeigten sich weiterhin bei der vergleichenden Analyse von alleiniger Familienpsychoedukation, dass sowohl kurz- (nach 6 Monaten; OR = 0.19, [95 % KI: 0.08 bis 0.44]; k = 33) als auch mittel- (nach 12 Monaten; OR = 0.18, [95 % KI: 0.12 bis 0.27]; k = 82) und langfristig (länger als 12 Monate; OR = 0.15, 95 % KI: 0.09 bis 0.24]; k = 42) vorteilhafte Effekte gegenüber einer herkömmlichen Therapie messbar sind. Ähnliche positive Effekte, mit wenigen Ausnahmen, zeigten sich auch bei den kombinierten Psychoedukationsmaßnahmen im Vergleich zur Standardtherapie (Tabelle 44, Tabelle 45). Keine überlegene Wirkung nach 6 Monaten konnten für die untersuchten systemischen Familieninterventionen aufgezeigt werden (OR = 0.16, [95 % KI: 0.01 bis 3.22]). Hier zeigten sich die positiven Auswirkungen hinsichtlich der Rückfallrate erst nach 12 (OR = 0.33, [95 % KI: 0.17 bis 0.66]) bzw. mehr als 12 Monaten (OR = 0.23, [95 % KI: 0.12 bis 0.44]). Analoge Ergebnisse im zeitlichen Verlauf konnten bei den gemeindebasierten Interventionen (Integrierte Intervention inkl. aufsuchender Komponente) festgestellt werden (nach 6 Monaten, (OR = 0.06, [95 % KI: 0.00 bis 1.15]; nach 12 Monaten, OR = 0.63, [95 % KI: 0.42 bis 0.94]; mehr als 12 Monate, OR = 0.61, [95 % KI: 0.4 bis 0.93]). Die Ergebnisse waren in verschiedenen Sensitivitäts- und Subgruppenanalysen robust. Das Vertrauen in die Schätzungen reichte von mäßig bis sehr niedrig für verschiedene Vergleiche. Die Autor:innen schlussfolgerten, dass nahezu alle untersuchten Familieninterventionsmodelle wirksam bei der Verhinderung von Erkrankungsrückfällen waren. Es zeigte sich in den vorliegenden Analysen, dass eine Familienpsychoedukation allein, ohne Ansätze von Kompetenztrainings, den komplexeren Modellen überlegen schien. Die Autor:innen schlussfolgern, dass mehrere wirksame Familieninterventions-Modelle in der klinischen Praxis in Betracht gezogen werden können, um das Risiko wiederkehrender psychotischer Exazerbationen bei Patient:innen mit Schizophrenie zu verringern. Sie empfehlen zudem, Familieninterventionen in die klinische Standardpraxis zu integrieren. Bei begrenzten Ressourcen könne eine einfache Familienpsychoedukation ohne zusätzliche trainierende Ansätze angeboten werden *[729]*.

[5] Aguglia et al. 2007, Barrowclough et al. 1999, Bertrando et al. 2006, Bhugra et al. 2011, Bressi et al. 2008, Buchkremer et al. 1995, Carpenter et al. 1986, Carrà et al. 2007, Cechnicki et al. 2017, Chatterjee et al. 2014, Chen et al. 2000, Craig et al. 2004, De Giacomo et al. 1997, Drury et al. 1996, Dyck et al. 2002, Garety et al. 2008, Giron et al. 2010, Glynn et al. 1992, Goldstein et al. 1981, Grawe et al. 2006, Guo et al. 2007, Guo et al. 2010, Hasan et al. 2015, Herz et al. 2000, Hogarty et al. 1986, Hogarty et al. 1997,

Hornung et al. 1996, Hu et al. 1994, Jenner et al. 2004, Jiang et al. 2007, Kane et al. 2016, Klingberg et al. 2010, Köttgen et al. 1988, Kopelowicz et al. 2003, Kopelowicz et al. 2012, Kopelowicz et al. 2003, Kulhara et al. 2009, Leff et al. 1982, Leff et al. 1989, Leff et al. 2001, Li et al. 2004, Li et al. 2005a, Li et al. 2005b, Li et al. 2008, Ling et al. 1999, Liu et al. 2007, Luo et al. 2019, Lv et al. 2003, Ma et al. 2003, Mak et al. 1997, Marchira et al. 2017, Mayoral et al. 2015, McFarlane et al. 1995, McFarlane et al. 1995b, Merinder et al. 1999, Montero et al. 1999, NCT02911519, Palma et al. 2019, Petersen et al. 2005, Pitschel-Walz et al. 2006, Piyavhatkul et al. 2017, Posner et al. 1992, Pu et al. 2003, Qiu et al. 2002, Ran et al. 2003, Razali et al. 2000, Schooler et al. 1997, She et al. 2017, Shimodera et al. 2000, Shiraishi et al. 2019, Spiegel et al. 1987, Sungur et al. 2011, Szmukler et al. 1996, Szmukler et al. 2003, Tan et al. 2005, Tan et al. 2007, Tarrier et al. 1988a, Tarrier et al. 1988b, Valencia et al. 2007, Valencia et al. 2013, Vaughan et al. 1992, Veltro et al. 2006, Vickar et al. 2009, Wang et al. 1997, Wang et al. 2005, Xiong et al. 1994, Yi et al. 2006, Zastowny et al. 1992, Zhang et al. 1994, Zhang et al. 2003, Zhang et al. 2006, Zhang et al. 2006b, Zhao et al. 2001, Zhu et al. 1998.

Tabelle 45: Effekte von Familien- und Angehörigeninterventionen aus aggregierter Evidenz

	Schwere psychische Erkrankungen					**Schwere Depression**
	Chien et al. 2024 *[727]*	**Kim et al. 2023** *[755]*	**van Es et al.** *[756]* **2023***	**Rodolico et al. 2022**** *[729]*	**Ma et al. 2020** *[757]*	**Katsuki et al. 2022**** *[728]*
	FI vs. TAU	FI vs. HT	MFT vs. HT	FI vs. HT	CBT FI vs. HT	FI vs. HT
Outcomes erkrankte Menschen						
Merkmale klinischer Recovery						
Wiederaufnahme stat.		++	++[1]			
Dauer Wiederaufnahme stat.			++[1]			
Rückfallrisiko	++		++[1]	++***		
psychische Symptome (allg.)		++	~		++	
Positivsymptomatik					++	
Negativsymptomatik					++	
Wahnvorstellungen					++	
Halluzinationen					~	
depressive Symptomatik						++
Merkmale funktionaler/persönlicher Recovery						
psychosoziale Funktionen		++				~
Lebensqualität		++				
Behandlungsassoziierte Merkmale						
Zufriedenheit Behandlung		++				
Abbrüche Behandlung						~
Outcomes Angehörige						
Belastungserleben	++	++	++[1]			~
pos. Familienklima (EE)	++					
Konflikte Familie			++[1]			
Bewältigungsstrategien (Coping)		++				
fam. Funktionsniveau		++	++[1]			~
Gesundheit		++				
seelisches Wohlbefinden		++				

fam. Beziehungen		~				
Wissen und Einstellung		++				
Erhaltene soziale Unterstützung		~				

(m)FI: (multiple) Familien Intervention; HT: herkömmliche Therapie; CBT: Cognitive behavioural Therapy; MS: Mutual Support (gegenseitige Unterstützung); EE: Expressed Emotion; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe+: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention;~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; [1]: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

teilweise eingeschlossene Arbeit;da die Ergebnisse je Outcome im Hinblick auf unterschiedliche Beobachtungs-/Follow-up Zeiträume unterschiedlich ausfallen können, wurden ausschließlich die Ergebnisse des am längsten verfügbaren Beobachtungs-/Follow-up Zeitraum in der Übersicht abgebildet (bei Rodolico et al. 2022 mind. mehr als 12 Monate; bei Katsuki et al. 2022 mind. mehr als 3 Monate; bei Ma et al. 2018 mind. mehr als 6 Monate); *** keine stat. signifikanten Effekte zeigten sich beim Vergleich einer krisenorientierten Familienpsychoedukation in Kombination mit einem Verhaltens- oder Kompetenztraining für die Familie und einer Kurzzeitigen Psychoedukationsmaßnahme für die Familie oder Angehörigen im Vergleich zu einer herkömmlichen Therapie*

Anmerkung: die Familieninterventionen (FI) bestehen überwiegend aus psycho-edukativen Maßnahmen, die entweder einzeln oder an mehrere Familien gleichzeitig eingesetzt wurden; darüber hinaus wurden noch Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung, systemische Familieninterventionen oder gemeindebasierte (assertive) Interventionen eingesetzt

Die Anwendung von **KVT-basierter Familientherapie** bei Betroffenen mit schwerer psychischer Erkrankung und Angehörigen wird in einer Übersichtsarbeit mit Metaanalyse von Ma et al. (2020) *[757]* untersucht. Die vier eingeschlossenen randomisierten kontrollierten Studien [6] (N = 524) fokussierten ausschließlich reine kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen (keine multimodalen oder kombinierten Maßnahmen), die bei den erkrankten Menschen selbst und insbesondere Angehörigen aus dem engeren Familienkreis angewandt wurden. Im Hinblick auf die krankheitsassoziierten Endpunkte Positiv- und Negativsymptomatik sowie die allgemeine Psychopathologie, zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zwischen einer CBT und der Standardtherapie (Positivsymptomatik: MD = -7,39 [95 % KI: -13.86 bis -0.92]; Negativsymptomatik: MD = -4.35 [95 % KI: -5.62 bis -3.08]; allgemeine Psychopathologie: MD = -10.26 [95 % KI: -17.41 bis -3.10], k = 2) (Tabelle 45).

[6] Habib et al. 2015, Naeem, Saeed, et al. 2015, Polo-Lopez et al. 2015, Sellwood et al. 2007.

Die folgenden Arbeiten untersuchen die spezifischen Auswirkungen von Interventionen auf Ebene der Angehörige. Um die **Wirksamkeit von psychoedukativen Angehörigeninterventionen auf das seelische Wohlbefinden und die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen** zu untersuchen, führten Sin et al. (2017) *[758]* eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse durch, bei der insgesamt 32 RCTs [7] inkludiert werden konnten, in denen (hauptsächlich interaktive) psychoedukative Interventionen untersucht wurden. Studien mit einer Interventionsdauer von weniger als 4 Wochen wurden ausgeschlossen. In der Mehrheit der Studien (75 %) fanden sich Eltern, insbesondere Mütter, in der Angehörigenrolle. Insgesamt nahmen 2.858 Angehörige an den Interventionen teil. In 15 der 32 Studien wurden auch die erkrankten Angehörigen (partiell) in die Intervention einbezogen (N = 1.305). Mehrheitlich wurde ein konventioneller Face-to-Face-Ansatz genutzt und dabei unterschiedliche Formate verfolgt: (1) individuelle Programme (Angehörige Person oder Familie als Einheit, k = 3), (2) Gruppenprogramme, in denen Pflegepersonen aus verschiedenen Familien die Programme gemeinsam absolvierten (k = 19), oder eine (3) Kombination aus Einzel- und Gruppensitzungen (k = 4). Mehrere Studien sahen telefonische und/oder E-Mail-Unterstützung in Ergänzung zu den psychoedukativen Interventionen vor. In einer der Studien wurde ein webbasiertes Psychoedukationsprogramm untersucht, das sowohl Patient:innen als auch ihren Angehörigen zur Verfügung gestellt wurde. Für die beiden primär untersuchten Outcomes (psychisches Wohlbefinden und Lebensqualität) konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der vergleichenden Analyse zwischen einer psychoedukativen Maßnahme und der psychiatrischen Standardversorgung aufgezeigt werden (Wohlbefinden, SMD = 0.1 [95 % KI = -0.19 bis 0.39, k = 2; Lebensqualität, SMD = 0.14 [95 % KI = -0.20 bis 0.49, k = 1), ebenso wenig für das Stressleben (SMD = -0.16; 95 % CI = -0.41 to 0.072, k = 4). Für weitere Endpunkte, die als Proxy-Maße für das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen ausgewählt wurden, zeigten sich positive Effekte. So konnte in Bezug auf eine globale Krankheitsanfälligkeit (SMD =-0.23 [95 % KI = -0.38 bis -0.075], k = 7) und Depressionsneigung (SMD =-0.7 [95 % KI = -0.97 bis -0.44], k = 2) durch die psychoedukative Intervention ein vorteilhafter Effekt erreicht werden (Tabelle 46). Die Psychoedukation schien auch negative Erfahrungen bei den Angehörigen mit der Begleitung ihrer erkrankten Angehörigen zu reduzieren (SMD = -0,210 [95 % KI -0,396 bis -0,025], k = 5) und das Belastungsleben zu reduzieren (SMD = -0.43; [95 % KI = -0.56 bis -0.30]; p < 0.001, k = 10). Auch das Wissen über psychische Erkrankungen ließ sich bei den Angehörigen verbessern. Für zahlreiche weitere sekundäre Outcomes wie Selbstwirksamkeitserleben, Hoffnung, Familienklima oder wahrgenommener sozialer Support konnten keine signifikanten Unterschiede abgebildet werden. Aufgrund des Mangels an verfügbaren Daten konnten letztlich nur wenige Daten in die Metaanalysen einfließen.

[7] Carra, Montomoli, Clerici, & Cazzullo, 2007, Chan, Yip, Tso, Cheng, & Tam, 2009, Cheng & Chan, 2005, Chien, Chan, & Thompson, 2006, Chien & Chan, 2004, Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005, Chien & Wong, 2007, Chien & Thompson, 2013b, Chien & Chan, 2013, Chien, Yip, Liu, & McMaster, 2016b, Chien, Thompson, Lubman, & McCann, 2016, Deane, Marshall, Crowe, White, & Kavanagh, 2015, Fallahi Khoshknab, Sheikhona, Rahgouy, Rahgozar, & Sodagari, 2014, Fiorillo, Bassi, de Girolamo, Catapano, & Romeo, 2011, Glick, Clarkin, et al., 1990a, Glick, Spencer, et al., 1990b, Glick, Clarkin, Haas, Spencer, & Chen, 1991, Clarkin, Glick, Haas, & Spencer, 1991, Haas, Glick, Clarkin, & Spencer, 1988, Haas, Glick, Clarkin, Spencer, & Lewis, 1990, Spencer et al., 1988, Gutierrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, & Ferrer-Garcia, 2009b, Gutierrez-Maldonado & Caqueo-Urizar, 2007, Hasan, Callaghan, & Lymn, 2015, Koolaee & Etemadi, 2010, Kulhara, Chakrabarti, Avasthi, Sharma, & Sharma, 2009, Leavey et al., 2004, Li & Xu, 2003, Li & Arthur, 2005, Liu, Gao, Yue, Zhan, & Liu, 2004, Lobban, Glentworth, et al., 2013, Lobban, Postlethwaite, et al., 2013, Martin-Carrasco et al., 2016, McCann et al., 2013, Merinder et al., 1999b, Merinder et al., 1998a, 1998b, Merinder, 2000, Navidian, Kermansaravi, & Rigi, 2012, Ozkan, Erdem, Ozsoy, & Zararsiz, 2013, Posner, Wilson, Kral, Lander, & McIlwraith, 1992, Rotondi et al., 2005b, Rotondi et al., 2010, Sharif, Shaygan, & Mani, 2012, Shin, 2004, Smith & Birchwood, 1987, So et al., 2006, Szmukler et al., 2003.

Tabelle 46: : Effekte von Familien- und Angehörigeninterventionen aus aggregierter Evidenz – ausschließlich angehörigenbezogene Outcomes

	Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis Schizophrenie	
	Sin et al. 2017 *[758]*	**Chen et al. 2016** *[759]*
	FI vs. HT	FI vs. HT
Angehörigenbezogene Merkmale		
globale Krankheitsanfälligkeit	++	
Depressionsneigung	++	
psychisches Wohlbefinden	~	
Stresserleben	~	
Belastungserleben	++	++
wahrgenommen Unterstützung	~	~
fam. Funktionsniveau	~	~
Lebensqualität	~[1]	
Negative Erfahrungen	++	
Familienklima (Expressed Emotion)	~	

FI: Familien Intervention; HT: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, - Effekt zuungunsten der Intervention;~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen;[1]: Befund aus einer Einzelstudie repliziert

Anmerkung: die Familieninterventionen (FI) bestehen überwiegend aus psycho-edukativen Maßnahmen; darüber hinaus wurden noch Interventionen zur gegenseitigen Unterstützung oder Beratung eingesetzt

Im Rahmen einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit wurden die **Auswirkungen nicht-pharmakologischer Interventionen wie Psychoedukation, gegenseitige Unterstützung und Beratungsangebote bei pflegenden Angehörigen von Menschen mit Schizophrenie** untersucht *[759]*. Im Fokus der Studie standen dabei insbesondere die Effekte der untersuchten Ansätze auf das Belastungserleben, die soziale Unterstützung (erfasst mit Hilfe des Social Support Questionnaire und des Family Support Services Index) und das familiäre Funktionsniveau (erfasst mit Hilfe von Family Assessment Device und General Health Questionnaire SF-36). Insgesamt konnten neun RCTs eingeschlossen werden [8]. Es zeigten sich positive Effekte durch psychosoziale Interventionen gegenüber einer herkömmlichen Therapie in Bezug auf das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen (SMD = -2.10 [95 % KI: -3.46 bis -0.74; p = 0.002, k = 4). Keine signifikant positiven Wirkungen konnten für den sozialen Support (SMD = -1.01 [95 % KI: -2.18 bis 0.15]; p = 0.09, k = 3) sowie das familiäre Funktionsniveau (SMD = 2.11 [95 % KI: 0.25 bis 4.48]; p = 0.08, k = 4) beobachtet werden (Tabelle 46).

[8] Szmukler et al. 1996, Chou et al. 2002, Chien et al. 2004, Chien et al. 2005, Cheng et al. 2005, Chien et al. 2008, Kulhara et al. 2008, Gutiérrez et al. 2009, Sharif et al. 2012.

Zusatzinformation: In einer systematischen Übersichtsarbeit von Wang et al. (2022b) *[643]* wurde explizit der Ansatz von **familiengeleitetem Peer-Support** in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in seiner Wirksamkeit untersucht (Kapitel **Evidenzkapitel Peer-Support**). Fünf Arbeiten mit einem randomisierten kontrollierten Design konnten identifiziert werden [9]. Bei familiengeführter Peer-Unterstützung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppen in Bezug auf die Funktionsfähigkeit (SMD = 0,9 [95 % KI: –0,50 bis 2,30], p = 0,21, k = 4) oder Belastungen der Familie (SMD = -1,75, [95 % KI: -3,63 bis 0,12], p = 0,07, k = 3). Es schien positive Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von formellen Unterstützungsangeboten für Familien (SMD = –1,38, [95 % KI: –2,19 bis –0,56], p = 0,0009, k = 4)., die psychosoziale Funktionsfähigkeit der von Krankheit betroffenen Personen (SMD = –2,47, [95 % KI: –2,95 bis –1,98], p < 0,00001, k = 3), psychiatrische Symptome (SMD = -1,45, [95 % KI: -2,68 bis -0,22], p = 0,02, k = 3), sowie erneute Krankenhauseinweisungen und die Dauer der Behandlungen (SMD = -1,34, [95 % KI: -1,94 bis -0,75], p < 0,00001 und SMD = –1,48, [95 % KI: –2,56 bis –0,41], p = 0,007) zu geben.

[9] Chien & Chan, 2004; Chien et al., 2018; Chien & Thompson, 2013; Chien et al., 2008; Dixon et al., 2011

Schwach

Empfehlung 27 NEU	Evidenzbasierte Empfehlung „Angehörigeninterventionen“
Empfehlungsgrad B	Angehörige* und nahestehende Personen von schwer psychisch kranken Menschen können schwerwiegende und vielfältige Belastungen erfahren. Zugleich können sie eine wichtige Ressource sein und eine wesentliche stabilisierende Funktion haben. Angehörige und nahestehende Personen sollten bei Bedarf Entlastung und Unterstützung erfahren, um das mit der Sorge um die erkrankte Person verbundene Belastungserleben zu reduzieren sowie die eigene Gesundheit und Lebensqualität zu stärken.
Konsensstärke	**Starker Konsens (95 %)**

**Im Leitliniengremium wird betont, dass Angehörige unterschiedliche Personen mit unterschiedlichen Perspektiven, Erfahrungen und Bedürfnissen meint – gemeint sind sowohl Eltern und Partner:innen, als auch Kinder oder Geschwister sowie Onkel, Tanten und Großeltern und weitere verwandte Personen. Darüber hinaus tragen verschiedene weitere Faktoren (z. B. alleinerziehendes Elternteil, Alter von Kindern und mitbetroffenen Geschwistern, soziale Hintergründe) zum Ausmaß der erlebten Belastungen bei (Kapitel Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen).*

Praktische Informationen

AG-Impuls-Textbox 6: Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder

Perspektive der AG Impuls

Unterschiedliche Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder auf die psychische Erkrankung und Umgang mit Informationsbedarfen von Seiten der Angehörigen

Wenn ein Mensch psychisch erkrankt, sind in der Regel auch dessen Familie und sein enges persönliches Umfeld mitbetroffen. Die Sichtweisen der beteiligten Personen sind üblicherweise nicht identisch. Ein Teil der Unterschiede kann auf die unterschiedlichen Rollen in den Familien zurückgeführt werden, so bringen Eltern, Partner:innen, Kinder oder Geschwister sowie Onkel, Tanten und Großeltern unterschiedliche Erfahrungen, Bedürfnisse und Erwartungen mit. Den Unterschieden wird in der Regel nicht Rechnung getragen, was mutmaßlich auch mit der Unkenntnis der Besonderheiten bestimmter familialer Rollen zusammenhängt, sowohl bei den Beteiligten als auch den Akteuren des Hilfesystems. Erfreulicherweise wird der besonderen Situation von Kindern psychisch erkrankter Menschen, neben den Eltern, ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt *[1296]*.

Nicht selten stehen sich die unterschiedlichen Sichtweisen im Familiensystem so kontrovers gegenüber, dass eine Verständigung darüber innerfamiliär nicht mehr gelingt und sie sich ggf. mit schon länger bestehenden Familienkonflikten verbinden. In einigen Fällen führt dies dazu, dass das psychisch erkrankte Familienmitglied jeglichen Kontakt mit anderen Familienangehörigen (insbesondere den Eltern) aktiv unterbindet und auch jegliche Informationen seitens des Behandlungs- sowie Pflegepersonals an diese Personen untersagt. Nicht selten ist es dann ein Geschwister – eine Schwester oder ein Bruder -, die oder der aufgrund der intensiven Geschwisterbeziehung aus der Zeit vor und dem Beginn der Erkrankung die einzige Vertrauensperson aus der Herkunftsfamilie bleibt.

Gerade in diesen schwierigen Beziehungsverhältnissen muss der Hilfebedarf der Angehörigen beantwortet werden. Mit ihnen kann und sollte über die Erkrankung sowie die daraus erwachsenden psycho-sozialen Umstände gesprochen werden, und zwar ganz allgemein ohne Bezug auf die konkrete Situation des erkrankten Familienmitgliedes. Auch können die Probleme dieser Angehörigen thematisiert werden, ohne die vom erkrankten Familienmitglied geforderte Schweigepflicht zu brechen.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Die Ergebnisse sind nicht konsistent. Oft konnten nur wenige Studien in den quantitativen Analysen berücksichtigt werden. Die Heterogenität war zum Teil hoch. Bezogen auf das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und das Stresserleben konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der vergleichenden Analyse zwischen einer psychoedukativen Intervention und der psychiatrischen Standardversorgung aufgezeigt werden. Allerdings zeigten sich positive Effekte hinsichtlich der Reduktion einer globalen Krankheitsanfälligkeit und Depressionsneigung, zudem ließ sich das Belastungserleben reduzieren und das Familienklima verbessern durch die psychosoziale Intervention. Breitere psychosoziale Ansätze führten nicht zu Verbesserungen hinsichtlich sozialer Unterstützung und familiären Funktionen.

Unerwünschte Effekte wurden nicht systematisch erfasst.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[729]*
Evidenz1	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Rückfallrate bei psychotischer Erkrankung nach 12 Monaten: sign. Reduktion durch PE
	Vergleich von Psychoedukation für Angehörige (PE) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[758]*
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Mentales Wohlbefinden (Angehörige): kein sign. Unterschied
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Lebensqualität (Angehörige): kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Stresserleben (Angehörige): kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Allgemeine Morbidität (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Depressives Erleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch PE
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Familienklima: kein sign. Unterschied
	Vergleich von nicht-pharmakologischer Interventionen für Angehörige (NPI) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[759]*
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Belastungserleben (Angehörige): sign. Reduktion durch NPI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Sozialer Support: keine sign. Verbesserung durch NPI
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Familiäres Funktionsniveau: keine sign. Verbesserung NPI

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Die Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder auf die psychische Erkrankung und den Umgang mit dieser können unterschiedlich sein. Deshalb sind die individuellen Werte und Präferenzen immer zu berücksichtigen.

Ressourcen

Möglichkeiten an Unterstützungsangeboten für Angehörige:

- Beratungsangebote kommunaler und kirchlicher Träger oder Wohlfahrtsverbände
- Informationsangebote (Ratgeber, Internetangebote, Telefon-Hotlines, Chats und Foren)
- Angehörigen-Selbsthilfe, Trialogseminare
- Seminare, Veranstaltungen, Tagungen zu spezifischen Themen
- Online-Selbsthilfeprogramm: z. B. „Familiencoach Depression“ der AOK-Krankenkasse (kostenfrei)
- Unterstützung im Rahmen aufsuchender gemeindepsychiatrischer oder klinikgeleiteter Behandlung (StäB) des erkrankten Angehörigen

Im Rahmen von Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen (§113 (2) Nummer 2 SGB IX) für den erkrankten Angehörigen

Rationale

Zwei der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten (s. Familien- und Angehigeninterventionen) fokussierten die **Auswirkungen von strukturierten Interventionen allein auf der Angehörigenebene**. Dabei richteten sich die betrachteten Interventionen nicht immer allein an die Angehörigen, sondern konnten auch die erkrankten Angehörigen einbeziehen *[758]*. Die Ergebnisse sind nicht konsistent. Oft konnten nur wenige Studien in den quantitativen Analysen berücksichtigt werden. Die Heterogenität war zum Teil hoch. Bezogen auf das psychische Wohlbefinden, die Lebensqualität und das Stresserleben konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede in der vergleichenden Analyse zwischen einer psychoedukativen Intervention und der psychiatrischen Standardversorgung aufgezeigt werden *[758]*. Allerdings zeigten sich positive Effekte hinsichtlich der Reduktion einer globalen Krankheitsanfälligkeit und Depressionsneigung *[758]*, zudem ließ sich das Belastungsleben reduzieren *[758][759]* und das Familienklima *[758][759]*) verbessern durch die psychosoziale Intervention. Breitere psychosoziale Ansätze führten nicht zu Verbesserungen hinsichtlich sozialer Unterstützung und familiären Funktionen *[759]*.

Kaum untersucht wurden **spezifische Geschwisterinterventionen.** Eine Auswertung internationaler Literatur verweist auf unterschiedliche Hilfebedarfe von Geschwistern psychisch kranker Menschen: (1) Bedürfnis nach Informationen zur Erkrankung und den Symptomen, u. a. auch zu Prognose, Genetik und Vererbung, (2) Beteiligung an Selbsthilfegruppen (u. a. auch exklusive Geschwistergruppen), (3) Hilfe zum Management der eigenen psychosozialen Belastungen durch Professionelle und Eltern, (4) Bedürfnisse im Hinblick auf den Umgang mit psychotischen Symptomen, mit Inaktivität, mit der Medikation, mit Aggressionen, mit depressiven Stimmungen des erkrankten Geschwisters, mit Selbstverletzungen, mit suizidalem Verhalten, (5) sowie Unterstützung bei der Generierung von Hilfen für das erkrankte Familienmitglied *[141]*. Die Bedarfe und Rollen von Geschwistern werden sehr von der Lebenssituation beeinflusst. Hierzu zählen beispielsweise Aspekte von Lebensalter (bei Diagnosestellung) und Geschlecht, von Altersunterschieden zwischen den Geschwistern, vom Beziehungsgefüge vor Erkrankungsausbruch und den (sich verändernden) Familiendynamiken und einzelnen Lebensläufen *[141]*. Die unterschiedlichen Rollen von Mitgeschwistern schwer psychisch erkrankter Menschen und ihr Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen der Pflege und Begleitung eines kranken Geschwisterteils werden auch an anderer Stelle deutlich gemacht. Dabei war die Vermittlerrolle zwischen dem kranken Geschwisterteil und der Herkunftsfamilie zur Wiederherstellung der zerrütteten Familienbande ein wesentlicher Aspekt *[1281]*. Randomisierte kontrollierte Studien zu psychosozialen Interventionen für Geschwister liegen mit Ausnahme einer sehr kleinen Untersuchung zu Psychoedukation bisher nicht vor *[605]*.

Eine ältere Übersichtsarbeit in diesem Themenbereich wurde bereits für die 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie berücksichtigt. Verglichen wurden dabei psychoedukative Ansätze für Geschwister von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen mit der üblichen Versorgung einerseits und mit anderen aktiven Kontrollinterventionen andrerseits (Tabelle 50). Eine Suche in 2013 nach RCTs ergab einen Treffer. In dieser Studie erhielt eine Gruppe von Geschwistern Psychoedukation und eine Vergleichsgruppe die übliche Unterstützung. An der Studie nahmen neun Geschwister teil. Sie wurde im Rahmen einer ambulanten Versorgung durchgeführt und dauerte 21 Monate. Es zeigte sich, dass Brüder und Schwestern, die eine Psychoedukation erhielten, besser mit der Erkrankungssituation ihrer erkrankten Geschwister zurechtkamen *[605]*. Eine verlässliche Aussage lässt sich auf Basis dieser Arbeit nicht ableiten.

Tabelle 50: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Geschwisterinterventionen

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Teilnehmende Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontrollintervention	Studiendauer und Dauer Follow up
Sin et al. 2015*[605]* Psycho-edukation Geschwister	14 RCTs, davon 1 RCT, in dem Daten für Geschwister separat dargestellt werden (Chien 2007) China: k = 1	Geschwister von Patient:innen mit Schizophrenie N = 84 Angehörige, davon N = 9 Geschwister (10,7 %) Angehörige: Ambulant: k = 1	ambulantes Gruppenformat, 18 Sitzungen über 36 Wochen Psychoedukation für Angehörige und Betroffene	TAU (ambulante psychiatrische Behandlung und Familienbegleitung)	12 Monate

Die **Einbeziehung von Angehörigen** in psychosoziale Interventionen kann grundsätzlich auf unterschiedliche Weise erfolgen. Neben individuellen Einzelgesprächen mit Angehörigen (ohne die erkrankte Person), kann diese durch Familiengespräche (mit erkrankter Person), durch Gespräche in Mehr-Familien-Gruppen oder durch Psychoedukative Angehörigengruppen (mit und ohne parallellaufende Patientengruppen) geschehen. Auch die Angehörigen-Selbsthilfe **(Matrixkapitel**) spielt in Deutschland eine große Rolle. Weitere Angebote liegen in Beratungs- und Informationsangeboten, z. B. in Form von Angehörigeninformationstagen *[1282]*, Angehörigenvisiten *[1283]*, Angehörigenbriefen *[1284]* oder über Telefon-Hotlines *[1285]*. Ebenso bieten „Trialog"-Gruppen, in denen sich Betroffene und Angehörige auch unabhängig voneinander begegnen können, eine Möglichkeit für Angehörige, sich zu informieren und Entlastung zu erfahren.

Eine besondere Form liegt in sog. **Netzwerkgesprächen**, wie sie im **finnischen Modell der Bedürfnisangepassten Behandlung** („need-adapted treatment") und des Offenen Dialoges liegen. Bisher liegen hierfür keine hochwertigen Wirksamkeitsstudien vor. In Regionen Finnlands und in anderen skandinavischen Ländern wird dieser Ansatz im Rahmen der Routineversorgung in der Behandlung von Menschen mit Psychosen umgesetzt. Kennzeichnend sind u. a. sofortige und flexible Hilfe, die Einbeziehung der Familien und weiterer Bezugspersonen in der Form sogenannter „Therapieversammlungen" von Beginn an und möglichst im häuslichen Umfeld, eine klare psychotherapeutische Ausrichtung der Behandlung, die personale Kontinuität durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team und eine möglichst niedrig dosierte selektive Psychopharmakotherapie. Rückblickend bewertet die Mehrheit der in Finnland mit diesem Ansatz behandelten und in einer qualitativen Studie befragten Patient:innen die Netzwerkgespräche als wichtigen Teil ihrer Behandlung, da sie den Austausch mit anderen Menschen ermöglichten und die Chance boten, schwierige Erfahrungen zu verarbeiten. Eine Minderheit der Teilnehmenden gab gemischte Erfahrungen in Bezug auf die Einbeziehung der Familie und die sofortigen Hausbesuche an *[1286]*.

Zur **Wirksamkeit und zu Wirksamkeitsfaktoren der bedürfnisangepassten Behandlung und des Offenen Dialogs** liegen bisher keine randomisierten Studien vor. Die Autoren argumentieren, dass aufgrund der sich ändernden Struktur der Modelle, der Entwicklungsperspektive und des individuell zugeschnittenen Formates vorab vollständig definierte Behandlungsprogramme, zu denen eine zufallsbestimmte Zuteilung erfolgten könnte, nicht definiert werden konnten und die kontinuierliche Weiterentwicklung der Modelle nicht möglich gewesen wäre. Daher wurden jeweils verschiedene Kohorten von Ersterkrankten, die mit den in der jeweiligen Zeitperiode verfügbaren Programmen behandelt worden waren, miteinander verglichen. Es erfolgten prospektive Verlaufsstudien mit historischen Kohortenvergleichen. Später wurden Kontrollgruppenstudien ohne Randomisierung durchgeführt.

Lehtinen et al. (2000) *[1287]* (Finnland) fanden bei 106 Patienten, dass 43 Prozent der 67 schizophren oder schizophreniform diagnostizierten Studienteilnehmenden in der **Gruppe mit bedürfnisorientierter Behandlung** kontinuierlich ohne Antipsychotika behandelt werden konnten und nach 2 Jahren eine signifikant geringere stationäre Verweildauer, mehr Symptomfreiheit und ein höheres soziales Funktionsniveau aufwiesen.

Die **Kohortenstudien aus der Gruppe um Seikkula (Finnland)** *[1288][737][1289][1290][1291]*, zu denen auch 5-Jahres Katamnesen gehören, ergaben (bei jungen Menschen mit einer Psychose) deutliche Hinweise auf positive Effekte des Modells des Offenen Dialogs (OD) bei sozialen Funktionen, Fortführung von Arbeit oder Ausbildung und der Reduktion stationärer Aufenthalte. Aufgrund des Designs und der unzureichenden Kontrolle möglicher konfundierender Variablen sind abschließende Aussagen auf Basis dieser Studien jedoch nicht möglich. Bei den Patient:innen dieser späteren Kohorten wurde eine neuroleptische Behandlung nur noch in einem Drittel begonnen und noch seltener kontinuierlich fortgeführt. In der aktuellen Suche wurden Ergebnisse einer Langzeituntersuchung identifiziert. Diese Studie zielte darauf ab, langfristige Muster der Psychopharmakotherapie im Rahmen einer Behandlung mit dem Offenen Dialog bei Menschen mit Ersterkrankung (N=61) zu analysieren und diese mit den Ergebnissen einer Vergleichsgruppe mit herkömmlicher Behandlung (N=1.378 aus Registerdaten) zu vergleichen. Es ließen sich Hinweise darauf finden, dass im Rahmen der OD-Behandlung Psychopharmaka zu einem geringeren Anteil verschrieben wurden *[1292]*. Ein Vergleich über 19 Jahre hinweg verwies zudem auf eine geringere Dauer stationärer Behandlungen und eine geringere Zahl an Erwerbsunfähigkeitsrenten in der OD-Gruppe. Es wurde kein Unterschied zwischen den Stichproben hinsichtlich der Suizidraten festgestellt *[1293]*. OD (N=780) war auch in einem größeren – ebenfalls Registerbasierten Datensatz in der Vergleichsgruppe (N=44.868) - Vergleich mit günstigen Langzeitergebnissen bezogen auf eine psychiatrische Behandlung und Erwerbsunfähigkeitsrenten verbunden. Es wurde kein signifikanter Unterschied in der Sterblichkeitsrate festgestellt. Die kumulativen 10-Jahres-Ausgaben pro Kopf waren bei OD niedriger *[1294]*.

Obwohl sich die Mehrzahl dieser Studien auf die Behandlung psychotischer Störungen bei jungen Menschen beziehen, sind laut Ansicht der Autor:innen die Prinzipien des Ansatzes nicht als diagnosespezifisch anzusehen, sondern beschreiben eine umfassende Behandlung im bestehenden sozialen Netz, bezogen auf die Besonderheiten von Krisensituationen. Wesentliche Elemente multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Behandlung werden hier, ergänzt um eine systemische und dialogische Orientierung, verwirklicht. Bei Menschen mit länger dauernder schwerer psychischer Erkrankung bedürfen beide Modelle weiterer Wirksamkeitsstudien. Der Ansatz erscheint für die Zielgruppe der vorliegenden Leitlinie und mit der Betonung psychosozialer Interventionen sehr relevant.

In Deutschland konnten aufgrund der Besonderheiten der Finanzierung und Organisation stationärer und ambulanter psychiatrischer Versorgung bisher nur **Elemente von bedürfnisangepasster Behandlung und Offenem Dialog** umgesetzt werden. Dies erfolgt insbesondere in Modellen Integrierter Versorgung oder in Kliniken mit regionalem Budget. Durch Fortbildungen von stationären oder ambulanten Teams wird mittlerweile in einigen Versorgungsregionen oder Institutionen die therapeutische Kultur positiv verändert, insbesondere durch mehr Nutzerorientierung und eine stärker psychotherapeutische Haltung des multiprofessionellen Teams. Im Rahmen des aus dem Innovationsfonds des G-BA geförderten GBV-Projekts *[1295]*, in dem eine leitliniengerechte regionale Struktur ambulanter multiprofessioneller Teams unter deutschen Verhältnissen implementiert und erprobt wurde, bildete der Ansatz des Offenen Dialoges eine der konzeptuellen Grundlagen der Arbeit der regionalen Teams (Kapitel **Intensive längerfristige aufsuchende Behandlung)**.

Schwach

Empfehlung 28 **NEU**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Unterstützte Elternschaft“**
Empfehlungsgrad **B**	Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung sollte - flexibel an die individuellen Bedürfnisse angepasst – Unterstützung in der elterlichen Funktion mithilfe spezifischer Ansätze angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (95 %)**

Praktische Informationen

Eine **Befragung von Eltern mit einer (schweren) psychischen Erkrankung in (teil-)stationärer Behandlung** machte deutlich, dass von Eltern gleichzeitig unterschiedliche Hilfen für ihre (belasteten) Kinder (aus unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern) in Anspruch genommen werden. Diese reichen von niederschwelligen Angeboten (z. B. Krabbelgruppen, Familienberatungsstellen) über therapeutische Angebote (SGB V), Schulbegleitung und Familienhilfen (SGB VIII) bis hin zu stationären Behandlungen oder Wohngruppen. Ein Großteil der Unterstützung werde durch Familie und Freunde geleistet. Häufig werden auch ambulante Hilfen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) in Anspruch genommen *[751]*. **Familienorientierte Komplexangebote** sind dabei rar wie eine Übersichtsarbeit über entsprechende Angebote im deutschsprachigen Raum zeigen konnte. Die interventionellen Methoden in familienorientierten Angeboten umfassen v. a. Familiengespräche, Elterngespräche sowie Einzel- und Gruppengespräche für Kinder und Jugendliche; daneben Freizeit- und Spielgruppen, Patenschaften, Ansätze der Selbsthilfe sowie aufsuchende Hilfen. In der Mehrheit liegen die Schwerpunkte auf der Unterstützung der Kinder und Jugendlichen im Umgang mit der psychischen Erkrankung

ihrer Eltern sowie auf einer Erweiterung der kindlichen Ressourcen. Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass ein Großteil der Programme auch die Stärkung des elterlichen Verhaltens in den Blick nimmt (Elterntraining). Selten wurden die beschriebenen Komplexangebote systematisch untersucht *[752]*. Informationen zu Hilfen für psychisch erkrankte Mütter und Väter hat beispielsweise der Dachverband Gemeindepsychiatrie zusammengestellt (Factsheet_Hilfe_fuer_Familien.pdf).

Auch im Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe wurden zentrale Bedarfe der betroffenen Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien formuliert, die sich aus bisherigen Forschungsergebnissen und Praxiserfahrungen ableiten lassen *[158]*. Aufgeführt werden die Stärkung bzw. Schaffung präventiver und Resilienz fördernder Angebote für Kinder und Jugendliche (z. B. gemeinsame Freizeitaktivitäten, Patenfamilien) und die Notwendigkeit altersgerechter Informations-, Beratungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche. Informations- und Beratungsangebote müssten gleichzeitig für die erkrankten Eltern und ggf. ihre Partner sowie weitere Angehörige zur Verfügung stehen. Unterstützende präventive sowie entlastende Angebote für betroffene Familien sollten möglichst niedrigschwellig sein (z. B. Frühe Hilfen (https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/was-sind-fruehe-hilfen/), Erziehungsberatung, ambulante Erziehungshilfen). Ebenso notwendig erscheint die Erarbeitung von Krisenplänen mit allen Beteiligten, die Bereitstellung von Anlaufstellen für Eltern in akuten Krisen sowie von Hilfenetzen. Zentrales Ziel sollte zudem eine **koordinierte Behandlungs- und Hilfeplanung und deren Umsetzung** sein, die alle beteiligten Institutionen und Personen einbezieht. An dieser Stelle sei beispielsweise auf das bewährte Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern in Duisburg hingewiesen *[753]*. Seit 2006 existiert die BAG „Kinder psychisch erkrankter Eltern“. Auf der Internetseite werden Projekte und Mitgliedseinrichtungen vorgestellt, die sich besonders für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil engagieren. Darüber hinaus finden sich Informationen zu Veranstaltungen und zahlreiche Literaturhinweise.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die S3+Kinderschutzleitlinie - Kindesmisshandlung, -vernachlässigung und - missbrauch unter Einbindung der Pädagogik und Jugendhilfe (**Registernummer 027 - 069**) verwiesen.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Qualitativ hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Ansätzen zur **Unterstützung der elterlichen Kompetenz für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** liegen bisher kaum vor. In wenigen Einzelstudien wurden Online-Interventionen untersucht. Die Ergebnisse verweisen auf positive Effekte zugunsten der eingesetzten Intervention hinsichtlich einer höheren Zufriedenheit, eines verbesserten persönlichen Wohlbefindens und eines verringerten persönlichen Stresserlebens bei den Eltern.

Unerwünschte Effekte wurden nicht systematisch erfasst.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

GRADE	Vergleich von Elterninterventionen (EI) (Internetangebot + Online-Peer-Support) vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[748][749]*
Evidenz1	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Elterliche Copingsskills: kein sign. Unterschied *[749]*(O'Shea et al. 2019)
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Elterliche Fähigkeiten, Zufriedenheit: sign. Unterschied durch EI *[749][748]*
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Elterliche Copingsskills: sign. Verbesserung durch EI *[748]*

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

2Hochstufung der Empfehlung trotz schwacher Evidenz vorgeschlagen

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Hinweise auf größere (Rollen-)Zufriedenheit *[748]*.

Im Ergebnis qualitativer Ergebnisse wurden Erfahrungen und Wahrnehmungen der Eltern in Bezug auf die Auswirkungen ihrer schweren psychischen Erkrankung auf ihre Elternschaft und individuelle Unterstützungsbedürfnisse benannt *[750]*.

Die Angebote setzen voraus, dass die Betroffenen nach ihren Präferenzen gefragt werden.

Ressourcen

Zuverlässige Daten hierzu liegen nicht vor.

Interventionen, die sich an Eltern richten, stellen allerdings eine potenziell starke Ressource dar, da sie nicht nur die von einer psychischen Erkrankung Betroffenen in der Wahrnehmung ihrer elterlichen Rolle positiv beeinflussen kann, sondern auch eine Stärkung der Kinder in ihrer Entwicklung erreicht werden kann.

Keine regelhafte Umsetzung strukturierter Familien- bzw. Elterninterventionen.

Möglichkeiten über:

- Erfassung der elterlichen Bedarfe im Rahmen von Beratung und Therapie
- niederschwellige Angebote (z. B. Familienberatungsstellen, Frühe Hilfen)
- aufsuchende gemeindepsychiatrische oder klinikgeleitete Ansätze (StäB)
- Assistenzleistungen (Begleitete Elternschaft als qualifizierte Assistenz umfasst die pädagogische Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle nach SGB IX)
- Hilfen zur Erziehung (§ 27ff. SGB-VIII)
- Patenschaften, Ansätze der Selbsthilfe
- Erarbeitung von Notfallplänen.

Rationale

Elterninterventionen

In einem Cochrane-Review wurden die Auswirkungen von **Interventionen, welche sich an Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankungen wenden**, untersucht *[730]* (Tabelle 47). Im Zuge der systematischen Recherche nach Literatur konnte lediglich eine ältere randomisierte kontrollierte Studie eingeschlossen werden *[760]*. Die dabei eingesetzte Intervention umfasste Hausbesuche durch speziell psychiatrisch ausgebildete Pflegekräfte (einmal wöchentlich für mind. 60 bis 90 Minuten) bei Müttern mit Psychose-Erfahrungen nach einer stationären Behandlung. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Intensität der Kontakte einer psychiatrischen Fachkraft mit einer ehemals stationär behandelten Mutter wenig Einfluss auf deren Anpassung nach dem Krankenhaus hatte.

Zusatzinformation: Eine weitere narrative Arbeit verweist auf 15 Studien, in denen gezielte Interventionen für Eltern mit (schweren) psychischen Erkrankungen identifiziert wurden. Allerdings wurden hierbei auch nicht-kontrollierte Studien berücksichtigt; weshalb die Übersichtsarbeit nicht den Kriterien der vorliegenden Leitlinie entspricht. Insgesamt verweisen die Autor:innen auf eine geringe Qualität. Zu den Interventionen gehörten Hausbesuchsprogramme, komplexe Gemeinschaftsprogramme, stationäre Behandlungen und Online-Interventionen. Die Interventionen zielten auf verschiedene Bereiche ab; am häufigsten thematisiert wurden Erziehungskompetenzen und das Verständnis für die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Erziehung. Es konnten positive Veränderungen auf Seiten des Erlebens der Eltern als auch deren Kinder beobachtet werden *[747]*. Hierin inkludierte RCTs sind auch in Radley et al. (2021) *[730]* enthalten bzw. wurden in einer eigenen Recherche identifiziert (s. Einzelstudien).

Tabelle 47: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Elterninterventionen

Autoren Jahr	Anzahl eingeschlossener Studien Land	Diagnosen Anzahl	Intervention	Kontroll-intervention	Studiendauer und Follow up Zeitraum
Radley et al. 2021 *[730]*	1 RCT; USA	Psychose N=50 (ausschließlich Mütter)	Häusliche Langzeitnachsorge durch geschulte Pflegekräfte	Herkömmliche ambulante Behandlung + Informations-broschüre	1 bis 2 Jahre

Auf **RCT-Ebene** ließen sich nur zwei Studien identifizieren. In einer Studie wurde ein Online-Elternbildungskurs, der von einem psychisch erkranken Elternteil und einem Psychologen/einer Psychologin gemeinsam moderiert wurde, hinsichtlich seiner Wirksamkeit untersucht. Die Kontrollbedingung beinhaltete die Teilnahme an einem Online-Kurs zur Erziehung eines gesunden Lebensstils (Tabelle 48) *[748]*. Neben der Anwendung von Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie wurde zusätzlich ein Online-Peer-Support-Ansatz (Mailingliste) genutzt. Im Rahmen der Behandlung wurden die Schwerpunkte auf die Kindesentwicklung, den Stressabbau und eine positive Elternschaft gelegt. Positive Effekte zugunsten der eingesetzten Intervention nach drei Monaten zeigten sich vor allem hinsichtlich der Zufriedenheit ($t = -2.2$, $df = 28$, $p = 0.05$) und des persönlichen Wohlbefindens ($t = -2.43$, $df = 40$, $p = 0.05$) (Kaplan et al. 2014) (Tabelle 49). Nach einem achtzehnmonatigen Follow-up-Zeitraum konnten nach wie vor eine höhere Zufriedenheit ($d = 4.80$, $SE = 1.67$, $df = 257$, $t = 2.88$, $p = 0.004$) sowie ein verringertes persönliches Stresserleben ($F = 3.46$, $df = 257$, $p = 0.017$) beobachtet werden *[749]*.

Tabelle 48: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Elterninterventionen

Autor/Jahr **(Land)**	**Patienten** • **Anzahl (IG/KG)** • **Diagnosen** • **Erkrankungsdauer bzw. frühere Episoden** • **Alter (Ø)** • **Setting**	**Intervention** • **Ansatz** • **Dauer**	**Kontrollgruppe**	**Follow-up Zeitraum**
Kaplan et al. 2014 *[748]* (USA)	• N=60 (31/29) • Stimmungsstörung (87%); Schizophrenie (13 %) • k. A. • 37 Jahre • ambulant	• Internetbasiertes Bildungsprogramm + Online Peer Support • 3 Monate	• herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil	• -
O´Shea et al. 2019 *[749]* (USA)	• N=131 (66/65) • bipolare Erkrankung (n=66), Depression (n=51), schizo-affektive Erkrankung (n=46) • k. A. • 37 Jahre • ambulant	• Internetbasiertes Bildungsprogramm + Online Peer Support • 3 Monate (12 Sitzungen)	• herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu einem gesunden Lebensstil	• 18 Monate

Tabelle 49: Effekte von Elterninterventionen aus Einzelstudien

	O´Shea et al. 2019 *[749]*	**Kaplan et al. 2014** *[748]*
	Elternintervention vs. TAU + Infoblätter	**Elternintervention vs. TAU + Infoblätter**
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
Kompetenzgefühl der Eltern		~
Wohnumfeld		++
Soziale Unterstützung		~
(Rollen-)Zufriedenheit	++	++
¯ Elterliches Stresserleben	++	
Wohlbefinden (Eltern)		++
Elterliche Fähigkeiten	~	
Elterliche Coping Skills	~	~
Eltern-Kind Interaktion		~

TAU: herkömmliche Therapie; ++: signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, ¯: Reduktion, : Erhöhung

Zusammenfassung

Qualitativ hochwertige Studien zur Wirksamkeit von Ansätzen zur **Unterstützung der elterlichen Kompetenz für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** liegen bisher kaum vor. In einem Cochrane-Review *[730]* wurde eine Studie aus 1983 identifiziert; untersucht wurde dabei eine Unterstützung für erkrankte Mütter im häuslichen Umfeld. Interventionen für Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung umfassen auch komplexe Gemeinschaftsprogramme, stationäre Behandlungen oder Online-Interventionen *[747]*. Letztere wurden in weiteren Einzelstudien untersucht und verweisen auf positive Effekte zugunsten der eingesetzten Intervention hinsichtlich einer höheren Zufriedenheit, eines verbesserten persönlichen Wohlbefindens und eines verringerten persönlichen Stresserlebens *[748][749]*.

In einer zusammenfassenden Analyse qualitativer Forschungsergebnisse (29 Studien mit 562 Eltern) wurden Erfahrungen und Wahrnehmungen der Eltern in Bezug auf die Auswirkungen ihrer schweren psychischen Erkrankung auf ihre **Elternschaft und individuelle Unterstützungsbedürfnisse** untersucht. Dabei wurden sechs Themen identifiziert: (1) der (durch die Erkrankung) eingeschränkte Elternteil, (2) Herausforderungen in der Erziehung, (3) das belastete Kind, (4) unausweichliche Bedrohung, (5) Bekämpfung der Bedrohung und (6) umfassender Unterstützungsbedarf. Es wurden frühzeitige und umfassende Maßnahmen und Unterstützungsleistungen auf verschiedenen Ebenen (Eltern, Kind & Familie, Gesundheitsversorgung und Politik) empfohlen *[750]*. Ein Ergebnis der Analyse war die durch die Betroffenen erlebte unausweichliche Bedrohung (Thema 4). Die im Zusammenhang mit der Erziehung erlebten Herausforderungen werden begleitet von negativer Selbstwahrnehmung hinsichtlich der Erziehungskompetenz, anhaltender und beherrschender Ängste vor dem Verlust der Kinder und des Sorgerechts sowie dem Erleben von Stigmatisierung sowohl gesamtgesellschaftlich, als auch im Lebensumfeld und in den Unterstützungssystemen. Dieses Erleben führe zu einer Verstärkung des Bedrohungsgefühls und einer verminderten Suche nach Unterstützung. Die befragten Eltern empfanden den Kontakt mit den Jugendämtern z. T. als „traumatisch" und „einschüchternd" und fürchteten die Folgen einer negativen Bewertung. Auch im Leitliniengremium wurde die hohe Komplexität von Elternschaft und Kinderschutz diskutiert. Die Sorge von Eltern, dass die Kinder aus der Familie genommen werden könnten, könne dazu beitragen, dass die psychischen Probleme verschwiegen werden und keine adäquate Hilfe in Anspruch genommen werde.

Die **Empfehlung in dieser Leitlinie bleibt auf Elternebene** und eine Stärkung der elterlichen Kompetenz, zum Wohle der betroffenen Kinder, beschränkt, weil die Zielgruppe der Leitlinie erwachsene Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung umfasst und die Ausrichtung der Leitlinie einen Recovery-orientierten Ansatz verfolgt. Gleichzeitig werden die Risiken der Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil, selbst psychische Probleme zu erleben, deutlich gemacht (Kapitel **Die besondere Situation von (Familien-)Angehörigen**) und es wird auf psychosoziale Hilfeansätze im vorliegenden Kapitel verwiesen. Für die gezielte Unterstützung der elterlichen Kompetenz ist das Wissen um die besonderen und individuellen Bedarfe der Kinder, aber auch die von Resilienz- und Bewältigungsfaktoren unumgänglich. Im Modell der intergenerationalen Transmission von Psychopathologie nach Hosman et al. (vgl. *[1297]* wird das komplexe Zusammenspiel genetischer, pränataler und umweltbedingter Einflussfaktoren im Hinblick auf das Risiko für eine ungünstige kindliche Entwicklung verdeutlicht. Neben den Risikofaktoren sind es auch die Schutzfaktoren – jeweils auf elterlicher und kindlicher Seite – die die kindliche Entwicklung prägen *[1297]*.

Resilienz- und Bewältigungsfaktoren für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern (*[1298]* S. 61):

Kindzentrierte Schutzfaktoren:

- Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen, Soziabilität und eine überwiegend positive Stimmungslage
- Soziale Empathie und Ausdrucksfähigkeit (Wahrnehmung eigener Gefühle und sozialer Signale, Verbalisierung und Modulation eigener Gefühle, Wahrnehmung und Verstehen sozialer Regeln, Handlungsausrichtung nach sozialen Regeln, Umgang mit Konflikten)
- Effektive Problemlösefähigkeit und realistische Einschätzung persönlicher Ziele
- Gute bzw. überdurchschnittliche Intelligenz und positive Schulleistungen
- Positive Selbstwertkonzepte, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen und internale Kontrollüberzeugungen
- Ausgeprägtes Kohärenzgefühl

Familienzentrierte Schutzfaktoren:

- Emotional sichere und stabile Beziehung zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen Bezugsperson
- Emotional positive, zugewandte und akzeptierende sowie zugleich normorientierte, angemessen fordernde und kontrollierende Erziehung
- Gute Paarbeziehung der Eltern, in der Konflikte offen und produktiv ausgetragen werden
- Familiäre Beziehungsstrukturen, die sich durch emotionale Bindung der Familienmitglieder und Anpassungsvermögen an Veränderungen bzw. Entwicklungen auszeichnen

Soziale Schutzfaktoren:

- Soziale Unterstützung und sozialer Rückhalt durch Personen außerhalb der Familie
- Einbindung in ein Peer-Netzwerk
- Soziale Integration in Gemeinde, Vereine, Kirche etc.

Neben diesen generellen Schutzfaktoren gibt es aus qualitativen Studien Hinweise darauf, dass eine **alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung und Informationsvermittlung** über die psychische Erkrankung der Eltern, die an den Bedürfnissen und Fragen der Kinder anknüpft, sowie ein adäquater Umgang mit der Erkrankung innerhalb der Familie bedeutende spezielle Schutzfaktoren darstellen *[1298]*. Bewältigungsstrategien sind abhängig vom Alter und Entwicklungsverlauf.

Aktuelle Ergebnisse der bundesweiten, repräsentativen Befragung „Kinder in Deutschland KiD 0 – 3 2022", in der im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung die Entwicklung von 7.818 Säuglingen und Kleinkindern von 258 Kinderärzt:innen festgehalten wurde, wurde ein Anstieg erlebter elterlicher psychischer Belastungen (Angst und Depressivität) und ihrer wahrgenommenen Erziehungskompetenz gegenüber einer Erhebung

aus 2015 deutlich (Prävalenzen: 21,5 % vs. 15,7 %). Zugleich wurden bei den Kindern der betreffenden Familien signifikant häufiger Hinweise auf eine Regulations- und/oder eine Entwicklungsverzögerung beobachtet. Die Ergebnisse verdeutlichen nicht nur die in den letzten Jahren zunehmende Relevanz psychischer Belastungen bei Eltern mit kleinen Kindern, sondern auch die Bedeutung einer frühen Unterstützung *[1299]*.

In der Diskussion im Leitliniengremium wurde auch die **Rolle der Väter mit schwerer psychischer Erkrankung** und ihrer - in der Forschung bisher wenig berücksichtigten - Bedeutung diskutiert (vgl. *[1300]*). Es liegen wenige Befunde v. a. aus qualitativen Studien vor *[1301][1300]*. Eine schwere psychische Erkrankung kann die Vater-Kind-Beziehung und das Erziehungsverhalten direkt und indirekt beeinflussen. Neben Ängsten wird auch positives Erleben bei der Erfüllung der Vaterrolle beschrieben (u. a. Stolz bezüglich der Vaterrolle, Lebenssinn, Freude an der Schöpfung und Entwicklung von Leben) *[1300]*.

Gleichzeitig sehen Bewältigungsstrategien von Vätern im Umgang mit einer depressiven Erkrankung häufig nicht den Einbezug der eigenen Familie vor *[1301]*. Zudem gibt es Hinweise, dass die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen durch Väter mit psychischen Gesundheitsproblemen begrenzt ist *[1302]*. Neben gezielter Forschung in diesem Bereich ist die Entwicklung von psychosozialen Angeboten erforderlich, die sich an den besonderen Bedürfnisse von Vätern orientieren *[1303]*.

Schwach

Empfehlung 29 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung „Erweiterung sozialer Netze“**
Empfehlungsgrad **B**	Die Anwendung psychosozialer Therapien bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und erlebter sozialer Isolation sollte auch darauf zielen, soziale Netzwerke der Betroffenen zu stärken und soziale Aktivitäten zu fördern.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise

Psychosoziale Ansätze zur Erweiterung sozialer Netzwerke und Aktivitäten

- Bei der möglichen Erweiterung sozialer Netzwerke sind Faktoren der **Qualität und der Tragfähigkeit der sozialen Beziehungen und Netzwerke** von Bedeutung, da bestimmte Netzwerke auch negative Auswirkungen auf eine psychische Erkrankung haben können. Aus Sicht des Leitliniengremiums ist es wichtig, eine Unterscheidung zwischen positiven und negativen Netzwerken zu unterstützen.
- Auch Selbsthilfegruppen stellen soziale Netzwerke dar (Empfehlung 3 zur Selbsthilfe).
- Die Wahl des Netzwerkes sowie sozialer Kontakte und Aktivitäten trägt die betroffenen Person selbst. Gezielte Interventionen sind darauf ausgerichtet, Möglichkeitsräume zu erweitern.
- Die Messung der Qualität von sozialen Netzwerken ist gegenüber der Messung quantitativer Aspekte herausfordernder.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Die Suche nach Arbeiten zu Interventionen in einem erweiterten sozialen Umfeld mündeten in Untersuchungen zur Wirksamkeit von psychosozialen Ansätzen zur Erweiterung sozialer Netzwerke und Aktivitäten. Anderson et al. (2015) *[775]* konnten ein breites Spektrum an Interventionen identifizieren, u.a. angeleitete Peer Unterstützung, ein freiwilliges Partner-Programm, psychosoziales Kompetenztraining, unterstützte Teilnahme an sozialen Aktivitäten und eine hundegestützte Therapie. Der Fokus aller Ansätze lag auf der Bildung von sozialen Beziehungen außerhalb therapeutischer Settings und der unmittelbaren Familie. In der Mehrheit der Studien ließ sich eine beobachtbare Zunahme der Größe des sozialen Netzwerks der Patient:innen am Ende der Intervention aufzeigen *[746] [775]* sowie vereinzelt positive Effekte auf das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität der Betroffenen sowie die Kommunikation *[775][778]*.

Unerwünschte Effekte wurden in den Studien nicht systematisch erfasst.

Anmerkung im Gremium: Bei der möglichen Erweiterung sozialer Netzwerke sind Faktoren der Qualität und der Tragfähigkeit der sozialen Beziehungen und Netzwerke von Bedeutung, da bestimmte Netzwerke auch negativen

Auswirkungen auf eine psychische Erkrankung haben können. Aus Sicht des Leitliniengremiums ist es wichtig, eine Unterscheidung zwischen positiven und negativen Netzwerken zu unterstützen.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE **Evidenz1** **Gering (⊕⊕⊖⊖)**	Vergleich von psychosozialen Interventionen zur Erweiterung sozialer Netzwerke angeleitete Peer-Unterstützung, ein freiwilliges Partner-Programm, psychosoziales Kompetenztraining, unterstützte Teilnahme an sozialen Aktivitäten und eine hundegestützte Therapie vs. Standardbehandlung, direkte Evidenz aus RCTs *[775]* Größe des sozialen Netzwerks: Zunahme der Netzwerkgröße stat. Signifikant

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

2Hochstufung der Empfehlung trotz schwacher Evidenz vorgeschlagen

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Die Angebote setzen voraus, dass die Präferenzen hinsichtlich sozialer Kontakte und Aktivitäten der Betroffenen erfragt und berücksichtigt werden.

Ressourcen

Möglichkeiten zur Umsetzung psychosozialer Ansätze zur Erweiterung sozialer Netzwerke liegen beispielsweise in Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen (§113 (2) Nummer 2 SGB IX).

Rationale

Interventionen in erweiterten sozialen Kontexten

In einer systematischen Übersichtsarbeit mit narrativer Synthese von Anderson et al. (2015) *[775]* wurde untersucht, inwieweit psychosoziale Interventionen dazu beitragen können, den Umfang des sozialen Netzwerkes zu erweitern (primärer Outcome). Zudem wurde der Einfluss dieser Beziehungsstrukturen auf patientenbezogene Endpunkte (sekundäre Outcomes) untersucht. Dabei wurde ein breites Spektrum an Interventionen identifiziert: angeleitete Peer-Unterstützung, ein freiwilliges Partner-Programm, psychosoziales Kompetenztraining, unterstützte Teilnahme an sozialen Aktivitäten und eine hundegestützte Therapie. Der Fokus aller Ansätze lag auf der Bildung von sozialen Beziehungen v. a. außerhalb therapeutischer Settings und der unmittelbaren Familie. Insgesamt konnten fünf Studien *[742] [741] [776] [777] [745]*, überwiegend aus dem europäischen Raum, eingeschlossen werden (Tabelle 51). In vier der Studien ließ sich eine beobachtbare Zunahme der Größe des sozialen Netzwerks der Patient:innen am Ende der Intervention aufzeigen. Zudem ließ sich vereinzelt aufzeigen, dass sich das Selbstwertgefühl und die Lebensqualität der Betroffenen sowie die kommunikativen Kompetenzen verbesserten (Tabelle 52). Trotz der geringen Anzahl an Studien und der Heterogenität der betrachteten Ansätze und der Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Netzwerkgröße geben die Ergebnisse erste Hinweise darauf, dass gezielte Interventionen zur Erweiterung des sozialen Netzwerkes zielführend sein können.

Tabelle 51: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen im erweiterten sozialen Umfeld

Autoren **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Land**	**Diagnosen** **Anzahl**	**Intervention**	**Kontrollintervention**	**Studiendauer und Follow up Zeitraum**
Anderson et al. 2015 *[775]*	5 RCT; Italien, Irland, Niederlande, Spanien, Israel	Psychosen (überwiegend Menschen mit Schizophrenie) N=631	Peer Support, Partner-Programm, Unterstützung bei sozialen Aktivitäten, IPT und Therapiehund, Training sozialer Fertigkeiten Dauer bis zu 9 Monaten	Herkömmliche ambulante Behandlung	• bis 9 Monate • bis 24 Monate

Tabelle 52: Effekte von psychosozialen Interventionen im erweiterten sozialen Umfeld

	Anderson et al. 2015				
	Terzian et al. 2013 *[742]* **Unterstützung soz. Aktivitäten vs. TAU**	**Castelein et al. 2008** *[776]* **Peer-Support-Gruppe vs. Warteliste**	**Hasson-Ohayon et al. 2014** *[741]* **SCIT + Soz. Mentoring vs. Soz. Mentoring allein**	**Villalta-Gil et al. 2009** *[777]* **IPT + Therapiehund vs. IPT**	**Sheridan et al. 2015** *[745]* **fPP + finanzieller Anreiz vs. vs. finanzieller Anreiz allein**
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery					
Größe soziales Netzwerk	++	++	++	++	+
ADI	~				
Berufliche Teilhabe	~				
Selbstwertgefühl		++			
Lebensqualität		++*			
Verbesserte Kommunikation			+		
Fähigkeit zur Interaktion				++	

TAU herkömmliche Therapie;SCIT Social Cognition Interaction Training, IPT Integrative psychologische Therapie; fPP freiwilliges Partner-Programm; ADI Activities of daily living; ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; *nur bei Personen, die regelmäßig an ihren Peer-Support Gruppen teilnahmen; ¯: Reduktion, : Erhöhung

In der aktuellen Recherche nach Einzelstudien konnten zwei weitere RCTs identifiziert werden. Dabei wurde die **Wirkung von ehrenamtlicher Begleitung** (volunteer befriending programme) untersucht. Hierin wird ein Potenzial gesehen, der häufig mit schwerer psychischer Erkrankung verbundenen sozialen Isolation zu begegnen und damit die gesundheitlichen Ergebnisse zu verbessern. Priebe et al. (2020) *[746]* etablierten ein Programm zur Begleitung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis durch ehrenamtlich tätige Personen mit definierten Qualitätskriterien und einer systematischen Schulung aller Freiwilligen in einer RCT. Im Vordergrund standen die Interessen und Präferenzen der Beteiligten. Methoden bestanden in Aktivitätenheften mit Optionen für kostenlose oder kostengünstige Aktivitäten in der Umgebung, in regelmäßigen Erinnerungen aller Teilnehmenden und in Unterstützungsangeboten bei möglichen Problemen in der Beziehungsgestaltung. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erhielten Informationen über soziale Aktivitäten. Die Ergebnisse wurden am Ende des Programms, nach 12 Monaten und bei einer 6-monatigen Nachuntersuchung bewertet. Das primäre Ergebnis war die tägliche Zeit, die mit Aktivitäten verbracht wurde (unter Verwendung des Time Use Survey (TUS)). Nach einem Jahr waren die mittleren TUS-Werte in beiden Gruppen mehr als dreimal höher, ohne dass ein signifikanter Unterschied bestand (SDM=8,9, [95 % KI: –40,7 bis 58,5, p = 0,72). Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Lebensqualität, den psychopathologischen Symptomen oder dem Selbstwertgefühl. Allerdings hatten die Beteiligten in der Interventionsgruppe am Ende des 12-Monats-Zeitraums deutlich mehr soziale Kontakte als die Beteiligten in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied blieb auch bei der Nachuntersuchung 6 Monate später bestehen. Sowohl Patient:innen als auch ehrenamtlich Tätige beteiligten sich in unterschiedlichem Maße am Programm. Insgesamt gab es weniger Treffen als vorgesehen. Etwa ein Viertel der Betroffenen absolvierte kein bzw. lediglich das erste Treffen *[746]*.

Tabelle 53: Charakteristika eingeschlossener Einzelstudien zur Wirksamkeit von Interventionen im erweiterten sozialen Umfeld

Autor/Jahr **(Land)**	**Patienten** • **Anzahl (IG/KG)** • **Diagnosen** • **Erkrankungsdauer bzw. frühere Episoden (MW)** • **Alter (MW)** • **Setting**	**Intervention** • **Ansatz** • **Dauer**	**Kontrollgruppe**	**Follow-up Zeitraum**
Priebe et al. 2020 *[746]* (UK)	• N=124 (63/61) • Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 14 Jahre	• Programm zur Unterstützung sozialer Beziehung durch Ehrenamt • 12 Monate	• herkömmliche Therapie + Informationsblätter zu Aktivitäten	6 Monate

	• 42 Jahre • ambulant			
Sikira et al. 2021 *[778]* (Bosnia and Herzegovina)	• N=65 (33/32) • Schizophrenie • k. A. • 43 Jahre • ambulant	• Programm zur Unterstützung sozialer Beziehung durch Ehrenamt • 6 Monate	• herkömmliche Therapie	6 Monate

Durchgeführt wurde eine weitere über 6 Monate andauernde Studie in einer Ambulanz in Sarajevo mit 65 Erwachsenen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und reduzierter Lebensqualität (Tabelle 53, Tabelle 54). Die Patient:innen der Interventionsgruppe trafen sich 14-tägig mit einer ehrenamtlich tätigen Person. Das primäre Ergebnis war die **Lebensqualität**. Die Patient:innen in der Interventionsgruppe zeigten nach 6 Monaten (SDM=0,7, [95 % KI: 0,3–1,1], p = 0,003) und 12 Monaten (SDM=1,7, [95 % KI: 1,1–2,3], p < 0,001) eine signifikant bessere Lebensqualität. Sie wiesen auch bei beiden Nachuntersuchungen signifikant niedrigere Symptomwerte und nach 12 Monaten eine signifikant günstigere objektive soziale Situation auf. Die Teilnehmenden berichteten von überwiegend positiven Erfahrungen *[778]*.

Tabelle 54: Effekte von Interventionen im erweiterten sozialen Umfeld aus Einzelstudien

	Priebe et al. 2020 *[746]*	**Sikira et al. 2021** *[778]*
	Befriending vs. TAU + Infoblätter	Befriending vs. TAU
Merkmale klinischer Recovery		
Positiv- und Negativsymptomatik	~	++
Depressive Symptomatik	~	
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
Zeit in Aktivitäten	~	
Selbstwertgefühl	~	
Lebensqualität	~	++
Soziale Kontakte	++	
Objective Social Outcomes Index*	++	++

TAU Herkömmliche Therapie; ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; * Index für soziale Situation in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Lebenssituation

10.3 Evidenzkapitel: Trainierende Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen sowie sozial-kognitiven Fertigkeiten

Hintergrund

Trainierende Interventionen zur **Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten** zielen darauf ab, die Betroffenen darin zu stärken, Fertigkeiten auszubauen, um selbstbestimmt ein weitgehend unabhängiges Leben gestalten und am sozialen Leben besser teilhaben 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 unterschieden, die auf die Verbesserung sozialer und kommunikativer Fertigkeiten (Social Skills Training) zielen. Sowohl im Alltag als auch in der wissenschaftlichen Literatur lassen sich beide Interventionsformen nicht immer klar voneinander trennen.

Mit dem **Training alltagspraktischer Fertigkeiten** werden alle notwendigen Fertigkeiten angesprochen, die für eine unabhängige Lebensführung, Bildung, Arbeit und Freizeit und gesellschaftliche Teilhabe erforderlich sind. Es sind v. a. im Rahmen der Deinstitutionalisierung verschiedene Trainingsprogramme entwickelt worden, die oft verschiedene Module enthalten und gleichzeitig auf die Verbesserung sozialer Fertigkeiten fokussieren (z. B. UCLA Social and Independent Living Skills Program, University of California San Francisco *[779]*, Functional Adaptation Skills Training (FAST) *[780]*). Mit Hilfe des In Vivo Amplified Skills Trainings wird gleichzeitig der Transfer der erworbenen Fertigkeiten in den Alltag gezielt unterstützt *[781]*. Relevante Konzepte wurzeln auch im Bereich der Pflege. Den zentralen Gedanken des hier beispielhaft benannten Selbstpflege- oder Selbstfürsorgedefizitmodells nach Dorothea Orem *[782]* bildet die Funktionstüchtigkeit des Menschen, welche Selbstsorge ermöglicht und zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden beiträgt. Diese Fähigkeiten sind im Zusammenhang mit schweren psychischen Erkrankungen oft beeinträchtigt, so dass den pflegerischen Aktivitäten eine hohe Bedeutung beizumessen ist.



Ohne die Durchführung der Selbstpflege (Körper-, Kleider- und Wohnungspflege) ist kein selbstbestimmtes Leben mit dauerhafter Integration in Familie, Arbeitsprozesse etc. möglich. (Statement von 2012).

Beeinträchtigungen sozialer Kompetenzen zeigen sich beispielsweise in der Schwierigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen zu pflegen, soziale Rollen auszufüllen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben oder Freizeitaktivitäten nachzugehen. Soziale Fertigkeiten sind vielfältig und komplex; sie umspannen verbales und nonverbales Verhaltens, die Orientierung an sozialen Regeln, Durchsetzungsfähigkeit oder auch Fähigkeiten zur Konversation und die situationsspezifische Erfassung und den Ausdruck von Empathie und Emotionen *[783]*. Mit Hilfe des Social-Skills-Modells *[784] [1476]* lassen sich drei Komponenten sozialer Fertigkeiten bündeln: (1) Wahrnehmung sozialer Reize und Situationen (Receiving Skills), (2) kognitive Verarbeitung dieser Informationen (Processing Skills) und (3) angemessene Reaktionen in sozialen Situationen (Expressive Skills) *[786]*.

Klassische Trainingsansätze zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten nutzen überwiegend verhaltenstherapeutische Prinzipien und Techniken. In Tabelle 55 sind die Hauptmerkmale klassischer Interventionsansätze zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten beschrieben.

Tabelle 55: Hauptmerkmale des Trainings sozialer Fertigkeiten nach Kopelowicz et al. (2006) *[783]*

Komponente	Beschreibung
Problemidentifikation	Erkennen bestehender Hindernisse und Barrieren im Lebensalltag
Zielsetzung	Entwicklung „kleinster Schritte" im Hinblick auf eine Annäherung an persönliche Ziele durch eine genaue Beschreibung der notwendigen sozialen Fertigkeiten und der Herstellung eines konkreten Kontextbezuges (Welche Fähigkeit wird wann, wo und wozu benötigt?)
Anwendung von Rollenspielen und konkreten Übungen	Demonstration konkreter verbaler, nonverbaler und paralinguistischer Verhaltensweisen, die für eine erfolgreiche soziale Interaktion erforderlich sind.
Positive und negative Verstärker	Verstärkung in Form von Feedback an die Teilnehmenden in Folge von demonstriertem Verhalten.
Modelllernen	Ermöglicht den Teilnehmenden indirektes Lernen durch die Beobachtung der erwünschten Verhaltensweisen am Trainer/an der Trainerin oder anderen Teilnehmenden.
Übungsphase	Training der zu erlernenden Verhaltensweisen durch Wiederholungen.
Positive soziale Verstärkung	Verstärkung in Abhängigkeit der verbesserten Verhaltensweisen.
Hausaufgaben	Motivation der Teilnehmenden, erlernte soziale Kompetenzen in konkreten alltäglichen Situationen anzuwenden.
Positive Verstärkung und Problemlösung	In Abhängigkeit neuer Erfahrungen der Teilnehmenden im Umgang mit den neu erlernten Strategien erfolgt eine entsprechende positive Verstärkung durch den Trainer/die Trainerin und/oder die Anpassung bzw. Erarbeitung weiterer Problemlösestrategien.

Das **Spektrum an Trainingsansätzen** ist mittlerweile sehr breit. Neben einem Basistraining und spezifischen Problemlöseansätzen finden sich modular aufgebaute komplexe Trainingsprogramme und kombinierte Ansätze, die gleichzeitig allgemein-kognitive als auch berufsspezifische Fertigkeiten (Kapitel Berufliche Teilhabe) stärken *[787]*.

Neuere Ansätze fokussieren eine Kombination des sozialen Fertigkeitentrainings mit kognitiven Übungsstrategien im **sozial-kognitiven Training**. Es wird angenommen, dass soziale Kognitionen die Grundlage für soziale Interaktionen bilden und diese insbesondere bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis beeinträchtigt sind *[788]*. Sie werden als mentale Operationen definiert, die das Wahrnehmen, Interpretieren und Erzeugen von Reaktionen während sozialer Interaktionen maßgeblich beeinflussen *[789]*. Es ließen sich vier kritische Kernbereiche der sozialen Kognitionen identifizieren: (1) Emotionsverarbeitung, (2) soziale Wahrnehmung, (3) Theory of Mind und (4) Attributionsstile *[790]*. Die in den letzten Jahren entwickelten und untersuchten sozial-kognitiven Trainingsansätze sind entweder breiter angelegt und umfassen neurokognitive Ansätze, spezielle Lerntechniken oder Virtual-Reality-Ansätze zum Training sozialer Fertigkeiten oder folgen einer gezielten Intervention umschriebener sozial-kognitiver Domänen *[788]*.

Zu den **breiter angelegten sozial-kognitiven Trainingsansätzen** zählt beispielsweise die Cognitive Enhancement Therapy (CET), in welcher ein begleitendes Gruppentraining neurokognitiver und sozial-kognitiver Fähigkeiten als auch sozialer Fertigkeiten kombiniert wird. In einem computerbasierten neurokognitiven Training werden zunächst Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Problemlösekompetenzen trainiert. Im Verlauf nehmen die Patient:innen an weiteren Sitzungen einer sozialkognitiven Gruppentherapie teil. Spezielle Techniken unterstützen ferner den Transfer in den Alltag. Nachgewiesen werden konnten signifikante Effekte auf die Verarbeitungsgeschwindigkeit, Denkstile, soziale Kognitionen und die soziale Anpassung *[791]*. Die Effekte blieben auch nach einem Jahr bestehen. Dabei erwies sich die Verbesserung der Verarbeitungsgeschwindigkeit als ein bedeutender Mediator für eine verbesserte soziale Anpassungsleistung *[792]*. Das Errorless Learning verfolgt mit Hilfe des Prinzips des fehlerfreien Lernens die Verbesserung sozialer Problemlösefertigkeiten im Gruppensetting *[793]*. Häufig zitiert wird auch die Integrierte Psychologische Therapie (IPT) *[794]*. Das IPT vereint verschiedene Interventionsansätze in einem fünfstufigen, systematisch aufeinander aufbauenden Programm (kognitive Differenzierung, soziale Wahrnehmung, verbale Kommunikation, soziale Fertigkeiten und interpersonelles Problemlösen), verwendet dabei typische Anwendungen des sozialen Fertigkeitentrainings und zielt auf die Verbesserung kognitiver Grundfunktionen und sozialer Kompetenzen. Das IPT

ist durch spezifische Erweiterungen (Emotional Management Therapy, Adressierung sozialer Fertigkeiten in einem beruflichen Kontext, im Bereich des Wohnens oder der Freizeit) mehrfach modifiziert worden *[797] [795] [796]*. Zur Wirksamkeit liegen auch einige Studien aus Deutschland vor. In einer Subanalyse wurden ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien (k = 7 Studien, N = 362 Patient:innen) betrachtet. Die Patient:innen der Experimentalgruppe zeigten dabei signifikante Verbesserungen in drei relevanten Bereichen: Neurokognitionen (ES = 0,48), psychosoziales Funktionsniveau (ES = 0,62) und Psychopathologie (ES = 0,49) *[794]*.

Zu den **gezielten Trainingsansätzen sozial-kognitiver Fertigkeiten** lassen sich beispielsweise Attention Shaping mit Ziel einer Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistung *[798]* oder das Social Cognitive and Interaction Treatment Program (SCIT) benennen *[799]*. Das Manual beinhaltet ein gestaffeltes Training sozial-kognitiver Fähigkeiten, das auf Veränderungen emotionaler Wahrnehmungsprozesse, Attributionsstile und das Vergegenwärtigen von Intentionen, Gedanken und Gefühlen Anderer (Theory of Mind, ToM) ausgerichtet ist *[800]*. Horan und Kolleg:innen untersuchten die Effekte eines integrativen Interventionsansatzes zum Training sozialer Kognitionen (Social Cognitive Skills Training, SCST) gegenüber einem Training zum Krankheitsmanagement (UCLA Social and Independent Living Skills Program, UCLAS SILS*) [779]*. Im Ergebnis wurden signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Wahrnehmung mimischen Ausdrucks in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe deutlich *[801]*. Auch das Social Cognition Enhancement Training (SCET) zielt auf die Verbesserung sozialkognitiver Fertigkeiten. Mit Hilfe vierteiliger Cartoons sollen die Patient:innen angeregt werden, soziale Hinweisreize auf den Karten zu erkennen, die Bilder entsprechend der Kontextinformation zu ordnen und die abgebildeten sozialen Situationen folgerichtig zu erklären. Es wird davon ausgegangen, dass nicht nur die Strukturgebung von Cartoons, sondern auch die Möglichkeit humoristischer Darstellungen die Motivation der Patient:innen steigern kann *[802]*. Eine Übersicht über die verschiedenen sozial-kognitiven Ansätze findet sich bei Tan et al. (2018) *[788]*.

Bei der Entwicklung von Ansätzen des sozialen Fertigkeitentrainings spielt die **motivationale Unterstützung** der Teilnehmenden eine bedeutsame Rolle *[787]*. Eine Möglichkeit, die Motivation zur Teilnahme an einem Training zu erhöhen, wird in der Anwendung von Virtual-Reality-Applikationen (VR) gesehen. Man geht davon aus, dass sich die Teilnehmenden mit Hilfe von VR eher in ein Szenario einfühlen und soziale Interaktionen mit virtuellen Figuren eingehen können. Gegenüber einem Training mit Hilfe traditioneller Rollenspiele zeigten die Patient:innen der Experimentalgruppe eine höhere Therapiemotivation, verbesserte soziale Fertigkeiten und eine verbesserte Fähigkeit zur Verallgemeinerung des Erlernten in verschiedene Situationen *[803]*. Bereits der Einsatz von Brettspielen im Rahmen sozialer Fertigkeitenprogramme resultiert in höherer Motivation *[804]*. Mit *The Train* ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Spiel entwickelt worden, das im Spielverlauf die kognitiven Beeinträchtigungen der Patient:innen berücksichtigt und durch seinen spielerischen Charakter gleichzeitig eine positive Beeinflussung der Motivation erreicht. Dabei wird eine Zugfahrt simuliert, in der die Mitspielenden auf unerwartete Probleme stoßen, deren Lösung schließlich zu einer Erweiterung von Problemlöse- und kommunikativen Fertigkeiten sowie Selbstmanagementfertigkeiten führen soll *[804]*.

Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der **Verallgemeinerung und des Transfers erlernter sozialer Kompetenzen in den Alltag** werden in den Trainingsansätzen Transfertechniken berücksichtigt, die z. B. eine intensive Beteiligung der Patient:innen während der Trainingseinheiten an der Erarbeitung individueller Fragestellungen und Lösungen oder die eine gezielte Konfrontation der Patient:innen mit spezifischen herausfordernden Situationen durch Hausaufgaben und In-vivo-Übungen anstreben *[787]*. Spezifische, den Transfer unterstützende Trainingsprogramme wurden beispielsweise mit dem In Vivo Amplified Skills Training (IVAST) – hierbei erfolgt die Unterstützung durch Case Management – *[739] [781]* oder dem UCLA SILS und dem expliziten Einbezug von Angehörigen *[805]* entwickelt. Eine weitere Adaptation erfuhr das UCLA SILS durch die individuelle Anwendung einzelner Module im häuslichen Setting der Patient:innen *[806]*. Im Idealfall findet ein solches Training im erweiterten häuslichen Umfeld statt.

Andere Weiterentwicklungen beinhalten spezielle Ansätze zur Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und einer zusätzlichen Suchtstörung *[807]* oder sind auf die Vermittlung sozialer Fertigkeiten bei älteren Menschen ausgerichtet *[808] [809] [810]*.

Trainingsangebote von Alltags- und sozialen Fertigkeiten finden im Alltag eine breite Anwendung. **Manualisierte Trainingsangebote** können hinsichtlich ihrer Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien einfacher untersucht werden als nicht-manualisierte; die konkrete Vorgehensweise ist transparenter und kann dadurch nach Abschluss der Studie auch leichter in die Praxis implementiert werden.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 30 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Hilfen zur eigenen Lebensgestaltung“**
Empfehlungsgrad EK	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens**

Praktische Informationen

!	Ohne die Durchführung der Selbstpflege (Körper-, Kleider- und Wohnungspflege) ist kein selbstbestimmtes Leben mit dauerhafter Integration in Familie, Arbeitsprozesse etc. möglich. (Statement von 2012).

Stark

Empfehlung 31 **NEU**	**Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training sozialer und sozial-kognitiver Funktionen “**
Empfehlungsgrad **A**	Trainierende Interventionen zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Funktionen* sollen bei Vorhandensein entsprechender Beeinträchtigungen und orientiert an den individuellen Bedarfen und Wünschen der Betroffenen durchgeführt werden. Die Interventionen sollten auch auf eine Stabilisierung des Erlernten und einen Alltagstransfer ausgerichtet sein.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

** Studien liegen bisher hauptsächlich für Patient:Innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Wenige Befunde verweisen auf die Wirksamkeit in anderen Patientengruppen.*

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise

Trainierende Interventionen sollten als systematische Intervention durchgeführt werden und möglichst an die Voraussetzungen, Bedürfnisse und Wünsche der einzelnen Personen anknüpfen. Sie gewinnen im Rahmen von Recovery-Prozessen dann eine Bedeutung, wenn sie an die unmittelbaren Lebenswelten der Betroffenen anknüpfen und sie in einem weitgehend selbstständigen und in sozialen Bezügen eingebetteten Leben unterstützen.

Findet ein Trainieren außerhalb der individuellen Lebenswelten statt, sollte durch spezielle Aufgaben ein Alltagstransfer unterstützt werden. Dabei sollte der Einbezug von Angehörigen angestrebt werden. Die Länge der Behandlung sollte sich am Bedarf der Betroffenen orientieren. Zuverlässige systematische Untersuchungen zur Effektivität eines Fertigkeitentrainings in Abhängigkeit der Behandlungsdauer existieren bisher nicht.

Relevant für die Umsetzung sind unterschiedliche Behandlungs- und Versorgungskontexte und die Verantwortung unterschiedlicher Professionen. Bei der Planung sollten immer die Einbettung in die Gesamt-Behandlungsplanung berücksichtigt werden.

Alterskorrelierte Besonderheiten

Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten geben Hinweise auf alterskorrelierte Besonderheiten bei der Umsetzung des Fertigkeitentrainings. Die Analyse von Moderatorvariablen zeigte bezogen auf die Verbesserung der Negativsymptome sowie der sozialen und alltagspraktischen Fertigkeiten, dass die Effekte des Trainings bei jüngeren Patient:innen größer sind *[815]*. Effekte auf die Gesamtsymptomatik wurden am ehesten bei einem jüngeren Durchschnittsalter gefunden *[817]*.

Aufgrund verschiedener somatischer, psychischer und sozialer Besonderheiten, die mit dem Älterwerden assoziiert sein können, wurde beispielsweise eine Adaptation des UCLA Social-and-Independent-Living-Skills-Moduls *[779]* für die **Behandlung älterer Menschen** mit schweren psychischen Erkrankungen vorgenommen und in einer Studie an 76 Patient:innen zwischen 42 und 74 Jahren mit Schizophrenie evaluiert. Das spezielle Behandlungsprogramm kombiniert Ansätze kognitiver Therapie, Unterstützung im Alltag und ein soziales Fertigkeitentraining sowie Aspekte von Pflege und medizinischer Versorgung. Nach entsprechender Intervention zeigten sich signifikante Vorteile bezogen auf die Frequenz sozialer Aktivitäten, auf Selbstreflexion und Selbstsicherheit sowie auf soziale Fertigkeiten in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe (herkömmliche Behandlung). Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung psychopathologischer Symptome *[808]*. Auch nach einer erneuten Untersuchung der Patient:innen 12 Monate nach Interventionsende zeigten sich signifikante Unterschiede zugunsten der Experimentalgruppe bezogen auf den Fertigkeitenerwerb sowie deren Anwendung im Alltag *[1308]*.

Bei der Umsetzung trainierender Interventionen zur Verbesserung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten kann die Berücksichtigung alterskorrelierter Besonderheiten die Effektivität des Trainings erhöhen. (Statement, mod. 2020).

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Die Befunde aus quantitativer Synthese zeigen, dass **klassische Trainingsansätze zur Stärkung sozialer Funktionen** signifikante positive Auswirkungen auf die Erweiterung sozialer Fertigkeiten und Funktionen der Teilnehmenden haben können *[811][815][812]*. Die allgemeine Symptomschwere scheint durch ein Fertigkeitentraining positiv beeinflussbar *[811]*, wobei die Wirksamkeit vor allem an der Negativsymptomatik und nicht an der Positivsymptomatik bei Schizophrenie deutlich wird *[811][812][815]*. Es gibt Hinweise, dass die Effekte auch über einen Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten bestehen bleiben *[811]*. Weniger eindeutig waren die Effekte auf andere Zielgrößen. Positive Effekte auf die Lebensqualität *[812]* sowie das Rückfallrisiko und stationäre Wiederaufnahmeraten nach 6 und 12 Monaten *[812][815]* konnten lediglich vereinzelt aufgezeigt werden. Die Abbruchraten unterschieden sich nicht in den einzelnen Gruppen *[812]*.

Auch ein **Training sozial-kognitiver Fertigkeiten**, insbesondere ein breit angelegtes Training, in dem verschiedene funktionelle Domänen angesprochen werden, ist in der Behandlung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wirksam bezogen auf soziale Fertigkeiten und Funktionen *[816][817]* sowie auf sozial-kognitive Funktionen *[816][817]*. Insbesondere die Emotionswahrnehmung und Theory-of-mind-Fähigkeiten *[816][817]* wurden positiv beeinflusst; die Fähigkeiten zur sozialen Wahrnehmung auch in den Analysen von Nijman et al (2020) *[816]*, nicht aber bei Kurtz et al. (2012) *[817]*. Auch ein gezieltes Training, in dessen Rahmen umschriebene Domänen angesprochen werden, kann zu positiven Effekten auf die Emotionswahrnehmung und die soziale Wahrnehmung *[816]* gegenüber herkömmlicher Behandlung führen. Es wurde bei Nijman et al. (2020) *[816]* kein Effekt auf Attributionsstile und auf die allgemeinen psychiatrischen Symptome beobachtet, bei Kurtz et al. (2012) *[817]* zeigte sich hingegen ein Effekt auf die allgemeine Symptomatik. Follow-up-Daten deuten darauf hin, dass die Verbesserungen durch ein breit gefächertes Training mit und ohne kognitive Remediation mit etwas geringeren Effektstärken bestehen bleiben *[816]*.

RCTs zur Untersuchung der Wirksamkeit dieser Trainingsansätze liegen bisher in der Hauptsache für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Es konnten drei **Einzelstudien** identifiziert werden, in denen Menschen mit bipolarer Störung *[1305]*, schwerer Depression *[1304]* und Menschen mit verschiedenen schweren Störungsbildern *[741]* untersucht wurden. Die Stichprobenumfänge sind klein und die Studien weisen Qualitätsmängel auf (siehe Leitlinienreport). Positive Effekte zeigten sich auf soziale *[741]* und sozial-kognitive Funktionen *[741][1305]* sowie auf ängstliches Erleben und suizidale Gedanken bei Depressionen *[1304]*. Bei Chen at al. (2015) *[1304]* zeigte sich auch eine höhere Abbruchrate in der Interventionsgruppe. Weitere Studien sind erforderlich, die nach möglichen Effekten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als einem diagnoseübergreifenden Konstrukt suchen.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Training sozial-kognitiver Fertigkeiten (TSKF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle *[816]*
Evidenz[1]	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSKF verbessert die sozialen Fertigkeiten sign. stärker
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	TSKF verbessert sie soziale Wahrnehmung sign. stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TSKF verbessert die Emotionswahrnehmung sign. Stärker
	TSKF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik nicht sign.
	Vergleich Training sozialer Fertigkeiten (TSF) vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder aktive Kontrolle *[811]*

Gering (⊕⊕⊖⊖)	TSF verbessert die sozialen Fertigkeiten sign. stärker TSF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik sign.
moderat (⊕⊕⊕⊖)	
moderat (⊕⊕⊕⊖)	

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

* Studien liegen bisher hauptsächlich für Patient:Innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Wenige Befunde verweisen auf die Wirksamkeit in anderen Patientengruppen.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Präferenzen wurden kaum systematisch erfasst. In der Übersicht von Almerie et al. (2015) ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Anzahl von Studienabbrüchen zwischen dem Training sozialer Fertigkeiten und der Standardbehandlung (9 RCTs, N = 719; RR = 2,04 [95 % KI: 1,00 bis 4,16).

Bei Chen et al. (2015) ergab sich eine höhere Abbrecherquote zuungunsten der Interventionsgruppe (IG: N = 11 vs. KG: N = 4; p < 0,029). Die Autor:innen diskutieren in diesem Zusammenhang den höheren Aufwand, der mit einer Teilnahme an der Intervention verbunden ist *[1304]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Keine Daten vorliegend.

Versorgungsalltag: Trainierende Ansätze zur Stärkung von sozialen und sozial-kognitiven Fertigkeiten können von verschiedenen Professionen erbracht werden und in verschiedenen Settings erfolgen und somit in der Breite stattfinden.

Möglichkeiten des Zugangs bestehen im Rahmen von:

- Psychotherapie durch ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen nach § 28 SGB V
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
- Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V
- Ambulante Ergotherapie als Heilmittel nach § 32 SGB V
- Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX.

Rationale

Leitlinien

In den relevanten **diagnosespezifischen deutschen S3-Leitlinien** zur Behandlung bipolarer und depressiver Störungen und der Borderline-Störung finden sich keine tiefergehenden Ausführungen zum Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, was darauf zurückzuführen ist, dass diese Trainingsansätze zunächst für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt wurden.

In der aktuellen **S3-Leitlinie Schizophrenie** (DGPPN e.V. 2026) finden sich folgende Empfehlungen:

- Starke Empfehlung – Empfehlung 71a: Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein Training Sozialer Fertigkeiten angeboten werden. 100% (starker) Konsens
- Schwache Empfehlung – Empfehlung 71b Ein Training Sozialer Fertigkeiten sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum Alltagstransfer ergänzt werden. 100% (starker) Konsens

Systematische Übersichtsarbeiten

Bei Betrachtung der relevanten Metaanalysen zeigt sich, dass es erwartungsgemäß Überschneidungen hinsichtlich der eingeschlossenen Studien gibt. In fünf Übersichtsarbeiten wird die Wirksamkeit von Trainingsansätzen sozialer Fertigkeiten *[811][812][815]* bzw. sozial-kognitiver Fertigkeiten *[816][817]* untersucht, wobei Turner et al. (2018) die Definition des Trainings sehr breit fassen. Mehrheitlich wurden Patient:innen mit einer **Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis** untersucht. Dabei handelte es sich um Patient:innen mit langen und schweren Krankheitsverläufen und mehreren stationären Behandlungsaufenthalten in der Vergangenheit. Hinsichtlich der Kontrollinterventionen ergibt sich eine breite Varianz. Überwiegend wurde die Effektivität von strukturiertem Fertigkeitentraining gegenüber einer aktiven Kontrollintervention verglichen (Gesundheitsprogramme, unspezifische Gruppentherapien, künstlerisch-kreative Ansätze u. a.). In einigen Studien galt eine alleinige herkömmliche Standardbehandlung (TAU) als Vergleichsintervention. Die betrachteten Studien wurden in einem ambulanten oder einem stationären Setting oder einer Kombination aus beiden Settings durchgeführt; seltener im Rahmen einer tagesklinischen Behandlung oder in Pflegeeinrichtungen. **Behandlungsdauer** (1 bis 104 Wochen) **und Zeitraum der Beobachtungszeiträume** (bis max. 18 Monate) schwankten erheblich über alle Studien hinweg (Tabelle 56). Bezogen auf methodische Aspekte wurden randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt; die Qualität der Primärstudien muss zum Teil als sehr gering eingeschätzte werden. Eine Bewertung der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten mit Hilfe der AMSTAR 2-Checkliste verweist auf eine moderate Qualität (vgl. Leitlinienreport).

Training sozialer Fertigkeiten

Turner et al. (2018) *[811]* führten eine umfassende metaanalytische Überprüfung der Evidenz für **Trainingsansätze zur Stärkung sozialer Fertigkeiten** durch. Ziel war es auch, Subtypen des Trainings zu identifizieren und deren Wirksamkeit zu untersuchen. Die systematische Suche führte zu 27 RCTs (N = 1.437). Verglichen wurde gegenüber aktiven Kontrollinterventionen, herkömmlicher Behandlung (TAU) und supportiver Therapie (Tabelle 56). Die untersuchten Trainingsansätze zeigten eine Überlegenheit gegenüber TAU (6 RCTs; g = 0,311 [1] [95 % KI: 0,078 bis 0,544]; p = 0,009; I^2 = 0% [2]), aktiven Kontrollinterventionen (8 RCTs ohne Studien mit hohem Verzerrungspotenzial, g = 0,196 [95 % KI: 0,010 bis 0,383]; p = 0,039, I^2 = 10%) und gegenüber allen Komparatoren (g = 0,2-0,3) hinsichtlich der Negativsymptomatik sowie gegenüber TAU (4 RCTs; g = 0,404 [95 % KI: 0,111 bis 0,697]; p = 0,007; I^2 = 0%) und allen Komparatoren (6 RCTs; g = 0,318 [95 % KI: 0,043 bis 0,594]; p = 0,023; I^2 = 31%) hinsichtlich der allgemeinen Psychopathologie. Es zeigte sich kein Effekt auf die Positivsymptomatik. Soziale Fertigkeiten ließen sich durch ein Kompetenztraining verbessern, wenn gegenüber allen gepoolten Studien (alle Komparatoren) verglichen wurde (17 RCTs; g = 0,326 [95 % KI: 0,079 bis 0,572]; p = 0,01; I^2 = 68 %, Tabelle 57). Die Effekte sind insgesamt gering bis moderat. Bei den Analysen wurden unterschiedliche Berechnungen unter Berücksichtigung des Verzerrungspotenzials in den Primärstudien durchgeführt. Bezogen auf den Outcome soziale Fertigkeiten wurde eine hohe Heterogenität deutlich sowie ein abnehmender Effekt unter Ausschluss von Primärstudien mit einem hohen Verzerrungsrisiko. Die hohe Heterogenität in diesem Bereich kann auf die Kombination einer großen Anzahl verschiedener Outcomemaße zurückzuführen sein. Bezogen auf die Negativ- und allgemeine psychische Symptomatik zeichnete sich ein Trend dahingehend ab, dass der Effekt mit Abnahme des Verzerrungspotenzials zunahm, was ein Hinweis auf einen robusten Effekt sein kann. Die Bedeutsamkeit eines Publikationsbias wurde geprüft und als gering eingeschätzt. Die Effekte des Trainings gegenüber allen Komparatoren für alle gepoolten Symptome und Negativsymptome blieben bei einem Teil der Follow-up-Vergleiche erhalten, was für einen Transfer in den Alltag spricht.

[1] Hedges' g: Schätzwert für den standardisierten mittleren Unterschieds zwischen den Gruppen in kleinen Stichproben; geringer Effekt = 0,2, mittlerer Effekt = 0,5, großer Effekt = 0,8.

[2] I^2: Prozentsatz der Varianz in jedem Vergleich, der sich aus der Heterogenität zwischen den Studien oder Ergebnismaßen ergibt; keine Heterogenität (0 %), gering (25 %), mäßig (50 %) und hoch (75 %).

Untersucht wurden auch **verschiedene Subtypen des Trainings sozialer Fertigkeiten** *[811]*:

- **Klassisches Training sozialer Fertigkeiten:** Ansätze, die sich eng an das ursprüngliche Modell des sozialen Fertigkeitentrainings aus den 1980er Jahren anlehnen und verhaltensorientierte Gruppenintervention auf der Grundlage von Traditionen des sozialen Lernens umfassen. Der Schwerpunkt liegt in der Regel auf Selbstbehauptung, verbaler und nonverbaler Kommunikation, dem Abbau sozialen Stresses und dem Erlernen angemessener kontextbezogener Reaktionen in sozialen Situationen (7 RCTs, N = 287).
- **Kognitiv-behaviorales Training sozialer Fertigkeiten (Cognitive Behavioral Social Skills Training, CBSST):** Interventionen, die in erster Linie einen Ansatz für das Training sozialer Fertigkeiten, der dem allgemeinen SST ähnelt, aber auch kognitiv-behaviorale Techniken integriert wie z. B. kognitive Umstrukturierung, Gedankenkontrolle oder Verhaltensexperimente (4 RCTs, N = 243).
- **Training sozial-kognitiver Fertigkeiten (Social Cognitive Skills Training, SCST):** Breite Palette von Interventionen, die sich in erster Linie auf die Verfeinerung sozial-kognitiver Prozesse wie Emotionswahrnehmung und Theory of Mind konzentrieren. SCST kann Computerprogramme oder Videos integrieren, um ein verbessertes Training von sozialen Reaktionen zu erleichtern, und kann auch einer Drill-and-Repeat-Struktur folgen (8 RCTs, N = 295).
- **Training funktional-adaptiver Fertigkeiten:** Ansätze mit explizitem Bezug zum Programm der Universität von Kalifornien in Los Angeles (UCLA), die neben dem traditionellen Training sozialer Fertigkeiten auch psychoedukative Elemente, sowie Ansätze zur Rückfallprävention und Bewältigung von Aufgaben des täglichen Lebens integrieren. Subsumiert wurde hierunter auch das Functional Adaptive Skills Training (FAST) (8 RCTs, N = 612).

Vergleiche zwischen den Subtypen waren aufgrund der begrenzten Studienverfügbarkeit kaum möglich. Der einzige Subtyp, der eine signifikante Überlegenheit zeigte, war das **Training sozial-kognitiver Fertigkeiten**, das eine relativ robuste Effektgröße in Vergleichen unter Ausschluss von Studien mit hohem Verzerrungsgrad (5 RCTs; g = 0,392 [95 % KI: 0,107 bis 0,678]; p = 0,007; I^2 = 0%) gegenüber allen Komparatoren auf alle psychischen Symptome aufwies. Lediglich tendenziell wurde auch ein Effekt durch SCST auf die sozialen Fertigkeiten (4 RCTs; g = 0,478 [95 % KI: - 0,018 bis 0,975]; p = 0,059; I^2 = 64 %) deutlich *[811]*.

Almerie et al. (2015) *[812]* konnten 13 RCTs (N = 975) identifizieren, in denen ein Training sozialer Fertigkeiten im Vergleich zur Standardversorgung (TAU) oder aktiver Kontrollgruppe für Menschen mit Schizophrenie untersucht wurde (Almerie et al. 2015). Die in den Studien untersuchten Programme erwiesen sich gegenüber TAU, nicht gegenüber einer aktiven Kontrollintervention (Diskussionsgruppe) hinsichtlich verschiedener Zielgrößen überlegen. Es konnten Nachweise für die Wirksamkeit von Programmen zur Förderung sozialer Kompetenzen im Vergleich zur Standardbehandlung über alle Messgrößen zu sozialen Funktionen gefunden werden, allerdings ließ sich hierbei aufgrund der unterschiedlichen Skalen in den einzelnen Studien keine kombinierte quantitative Synthese durchführen. Zudem zeigten sich auch bezüglich der Rückfall- und Rehospitalisierungsraten Vorteile durch solche Programme im Vergleich zur Standardbehandlung (Rückfallereignis nach 6 und 12 Monaten: 2 RCTs; N = 263; RR = 0,52 [95 % KI: 0,34 bis 0,79]; p < 0,005), (Rehospitalisierung nach 12 Monaten: 1 RCT; N = 143; RR = 0,53 [95 % KI: 0,30 bis 0,93]; p = 0,03). Bezogen auf den psychischen Gesundheitszustand der Teilnehmenden zeigten sich positive Effekte auf die Positivsymptomatik (1 RCT; N = 120; MD = - 1,90 [95 % KI: - 3,37 bis - 0,43]; p = 0,01), die Negativsymptomatik (2 RCTs; N = 187; MD = - 8,92 [95 % KI: - 10,46 bis 7,38]; p < 0,0001) und den allgemeinen psychischen Gesundheitszustand (1 RCT; N = 91; MD = -4,01 [95 % KI: - 7,52 bis - 0,50]; p = 0,03). Auch die Lebensqualität konnte durch ein Training sozialer Kompetenz im Vergleich zur Standardbehandlung verbessert werden (allgemeines Wohlbefinden: 1 RCT; N = 112; MD = - 7,60 [95% KI: - 12,18 bis - 3,02]; p < 0,0001; Selbstwertgefühl: 1 RCT, N = 112; MD = - 8,30 [95% KI: - 10,07 bis 6,53); p < 0,0001; sehr geringe Qualität). Keine Vorteile wurden bezogen auf die Beschäftigungsrate am Ende der Studie (1 RCT; N = 46; RR = 5,43 [95 % KI: 0,28 bis 107,33]), evident. Es ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Anzahl von Studienabbrüchen zwischen dem Training sozialer Fertigkeiten und der Standardbehandlung (9 RCTs; N = 719; RR = 2,04 [95 % KI: 1,00 bis 4,16]; Tabelle 56, Tabelle 57). Die Zahl der Studien ist gering. Die Studienqualität wird überwiegend als (sehr) gering eingeschätzt. Es lässt sich auf Basis dieser Ergebnisse kein nachteiliger Effekt durch Trainingsansätze sozialer Fertigkeiten finden. Ein Großteil der Studien wurde in China durchgeführt; der Einfluss möglicher kultureller Unterschiede kann derzeit nicht beantwortet werden *[812]*.

Tabelle 56: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ansätzen zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten und sozialer Fertigkeiten

Autor:in **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Studiendesign** **Originalstudien (Autor:in, Jahr)**	**Patient:innen** • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl • Setting	**Intervention** • Art der Intervention • Dauer gesamt • Dauer pro Session • Häufigkeit (pro Woche) • Setting (Gruppe, Einzel)	**Kontrollintervention**	**Follow-up**
Training von Alltagsfertigkeiten					
NEU **John et al. 2022** *[813]* Systematischer Review	9 RCTs: • Charles et al. 1992 • Granholm et al. 2005 • Grimm et al. 2009 • Katz & Keren 2011* • Roldan-Merino et al. 2013 • Wang et al. 2013 • Granholm et al. 2014 • Abaoglu et al. 2020 • Kim et al. 2020	• Schizophrenie • 16-74 Jahre • N = 655 • Ambulant, stationär, häusliche Pflege-einrichtungen (k = k. A.)	• Psychoedukation (k = 1), Cognitive Behavior Social Skills Training (k = 2), Occupational Goal Intervention (k = 3), Personalized In-Home Nursing Plan (k = 1), Training täglicher Einkauf (k = 1), Life Skills Training (k = 1) • 4 Wochen bis 12 Monate • 1 bis 2 Stunden • 1-mal pro Monat bis 3-mal pro Woche • Einzel (k = 3), Gruppe (k = 6)	• Treatment as Usual mit Medikamenten (k = 8) • zielorientiert-unterstützendes Kontaktprogramm (k = 1)	3 Wochen bis 15 Monate
NEU **Tungpunkom et al. 2012** *[814]* Cochrane Review	7 RCTs: • Brown & Munford (1983) • Campbell & McCreadie (1983)	• V. a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • Mittleres Alter zwischen 32 und 50 Jahren	• Kombinierte Trainings-programme: Training der Alltagskompetenzen (persönliche Hygiene, Ernährung, Finanzen, Zeitmanagement), Stressbewältigung, Freizeitaktivitäten (k = 7)	• Medikamentöse Standardversorgung/TAU (k = 5), • Supportive Gruppenangebote (k = 1) • Traditionelle Rehabilitationsmaßnahmen	Bis zu 12 Wochen

	• Chen et al. (2009) • Patterson et al. (2003 • Patterson et al (2006) • Zhao (2007) • Zheng et al. (2006)	• N = 483 • Teilstationär (k = 1), stationär (k = 6)	• 6 bis 24 Wochen • Bis zu 4 Stunden pro Tag • Bis zu 5-mal pro Woche	mit Freizeit-, Kunst- und Beschäftigungstherapie (k = 1)	
Training sozialer Fertigkeiten					
NEU **Turner et al. 2017** *[811]* Systematischer Review mit Metaanalyse	27 RCTs[3]	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • K. A. • N = 1437 • Stationär (k = 7), ambulant (k = 18), Andere (k = 1)	• Kognitiv-behaviorales Training sozialer Fertigkeiten (k = 4), Klassisches Training sozialer Fertigkeiten (k = 7), Training sozial-kognitiver Fertigkeiten (k = 8), Training funktional-adaptiver Fertigkeiten (k = 8) • 4 bis 104 Wochen • K. A. • K. A. • Gruppensetting (k = 25), Einzelsetting (k = 2)	• Herkömmliche Therapie (TAU), aktive Kontrollgruppe, Unterstützende Therapie (Counseling)	Wenn vorhanden: 12 Wochen bis 18 Monate
NEU **Almerie et al. 2015** *[812]* Cochrane Review mit Metaanalyse	13 RCTs[4]	• Schwere psychische Erkrankungen (überwiegend Schizophrenie oder schizoaffektive Störungen) • 33-48 Jahre • N = 975 (18,148) • Ambulant (k = 4); stationär (k = 9)	• Klassische Ansätze eines Trainings sozialer Fertigkeiten mit verschiedenen Elementen (Konversation, nonverbaler Ausdruck, Durchsetzungs-vermögen, Problemlösen, Zeitmanagement, Elemente für eine unabhängige Lebensführung und Aufgaben zum Transfer, k = 13) • 4 bis 24 Wochen • 45 bis 120 Minuten • 1- bis 4-mal pro Woche • Gruppensetting (k = 7), k. A (k = 6)	• Psychiatrische Standardversorgung (k = 5) • Diskussionsgruppe (k = 3) • Standardversorgung und Diskussionsgruppe (k = 2)	3 bis 6 Monate
Kurtz et al. 2008 *[815]* Systematischer Review mit Metaanalyse	23 RCTs[5]	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 37,7 Jahre im Durchschnitt • N = 1521 (16,240) • Ambulant (63 %)	• Soziale Interaktionsfähigkeiten (k = 8), Medikation und Fähigkeiten zum Selbstmanagement (k = 5), Training zur sozialen Wiedereingliederung nach Hospitalisierung (k = 4), Arbeitsplatzspezifisches soziales Fertigkeitentraining (k = 3), Funktionale Aktivitäten des täglichen Lebens (k = 2), Kognitiv-	• Aktive Interventionen (73 %), Treatment as Usual (27 %)	3 bis 6 Monate

			Behaviorale Strategien (k = 1) • 2 bis 104 Wochen • K. A. • K. A.		
Training sozial-kognitiver Fertigkeiten					
NEU **Nijman et al. 2020** *[816]* Systematischer Review mit Netzwerk-Metaanalyse	• 46 RCTs[6]	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 24 bis 51 Jahre (Durchschnittsalter 37,5 Jahre) • N = 1979 • Ambulant (k = 22), stationär (k = 7), Kombination (k = 10), Keine Angabe (k = 5)	• Soziales Kognitionstraining (zielgerichtet: N = 23), breit gefächert: N = 22) mit/ohne kognitive Remediation • 1 bis 55 Wochen • 20 bis 120 Minuten • 1 bis 5 Sitzungen/Woche • Einzelsetting (k = 13), Gruppensetting (k = 30)	• Aktive Kontrollgruppe (k = 24), Herkömmliche Behandlung (TAU, k = 19)	3 bis 12 Monate (k = 7)
NEU **Kurtz et al. 2012** *[817]* Systematischer Review mit Metaanalyse	19 RCTs[7]	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 36,5 Jahre im Durchschnitt • N = 692 • Stationär (k = 6), ambulant (k = 9), teilstationär (k = 4)	• Primär Training der Emotionswahrnehmung (k = 6); Weiter gefasstes Training der sozialen Wahrnehmung (k = 3); Training der ToM (k = 1); Trainingsprogramme, die mehr als eine Domäne der sozialen Kognitionen betrafen (k = 9) • 1 bis 93 Stunden bei einer Gesamtdauer von einer Session bis zu 62 Wochen • K. A.	• Passive KG: Herkömmliche Therapie (TAU, k = 11) • Aktive KG (k = 7): Problemlösen, unterstützende Therapie, Krankheitsmanagement	Nach bis zu 6 Monaten

**quasiexperimentelles Design*

[3]Anzai et al. (2002), Bowie et al. (2012), Chien et al. (2003), Choi et al. (2006), Dobson et al. (1995), Gohar et al. (2013), Granholm et al. (2005), Granholm et al. (2013), Granholm et al. (2014), Hayes et al. (1995), Hogarty et al. (1986), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Lecomte et al. (2008), Liberman et al. (1986), Liberman et al. (1998), Marder et al. (1996), Ng et al. (2007), Patterson et al. (2005), Patterson et al. (2006), Roberts et al. (2014), Rus-Calafell et al. (2013), Gil Sanz et al. (2009), Tas et al. (2012), Velligan et al. (2015), Wang et al. (2013), Xiang et al. (2007)

[4] Chien et al (2003), Cui et al. (2004), Dobson et al. (1995), Hayes et al. (1995), Huang et a. (2005), Kopelowicz et a. (1998), Lu et al. (2004), Ma et al. (2003), Mayang (1990), Ng & Cheung (2006), Potelunas (1982), Saren et al. (2004), Tsang (2001)

[5] Anzai et al. (2002), Bellack et al. (1984), Brown & Munford (1983), Chien et al. (2003), Dobson et al. (1995), Eckman et al. (1992), Finch & Wallace (1977), Granholm et al. (2005), Gutride et al. (1973), Hayes et al. (1995), Hogarty et al. (1986, 1991), Kopelowicz et al. (1998), Liberman et al. (1998), Marder et al. (1996), Meder et al. (1998), Mueser et al. (2005), Patterson et al. (2006), Smith et al. (1999), Tsang & Pearson (2001), Valencia et al. (2007), Wallace & Liberman (1985), Wallace & Tauber (2004), Xiang et al. (2006)

[6] Aloi et al. (2018), Bechi et al. (2012), Bechi et al. (2015), Choi & Kwon (2006), Combs et al. (2008), Eack et al. (2009; 2010), Fernandet-Gonzalo et al. (2015), Fisher et al. (2017), Garcia et al. (2003), Gaudelus et al. (2016), Gil-Sanz et al. (2009), Gohar et al. (2013), Gordon et al. (2018), Habel et al. (2010), Hogarty et al. (2006), Hooker et al. (2013), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Kayser et al. (2006), Lindenmayer et al. (2013), Lindenmayer et al. (2018), Marono Souto et al. (2018), Mazza et al. (2010), Mueller et al. (2015), Palumbo et al. (2017), Pena et al. (2016), Penn & Combs (2000), Pino et al. (2015), Popova et al. (2014), Rakitzi et al. (2016), Roberts et al. (2014), Roncone et al. (2004), Russell et al. (2008), Sachs et al. (2012), Sevos et al. (2018), Tas et al. (2012), Taylor et al. (2016), Tsotsi et al. (2017), Van der Gaag et al. (2002), Veltro et al. (2011), Wang et al. (2013), Wölwer et al. (2005), Wölwer & Frommann (2011)

[7] Choi & Kwon (2006), Combs et al. (2007), Combs et al. (2008), Corrigan et al. (1995), Eack et al. (2009), Garcia et al. (2003), Gil Sanz et al. (2009), Habel et al. (2010), Hodel et al. (2004), Horan et al. (2009), Horan et al. (2011), Kayser et al. (2006), Mazza et al. (2010), Penn & Combs (2000), Roberts & Penn (2009), Roncone et al. (2004), Russell et al. (2008), Von der Gaag et al. (2002), Wölwer et al. (2005)

Tabelle 57: Effekte von trainierenden Interventionen zur Verbesserung von Alltags- und sozialen Fertigkeiten aus aggregierter Evidenz

	Nijmen et al. 2020 *[816]*	**Turner et al. 2018** *[811]*	**Almerie et al. 2015** *[812]*	**Kurtz et al. 2012** *[817]*	**Kurtz & Mueser 2008** *[815]*	**John et al. 2022** *[813]*	**Tungponkom et al. 2012** *[814]*
Experimental- vs. Kontrollintervention	Sozial-kognitives Training vs. TAU oder aktive Kontrolle	Training sozialer, sozial-kognitiver und von Alltagsfertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Training sozialer Fertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Sozial-kognitives Training vs. TAU oder aktive KG	Training sozialer Fertigkeiten vs. TAU oder aktive KG	Training von Alltagsfertigkeiten vs. TAU/ supportive Gruppen	Training von Alltagsfertigkeiten vs. TAU/ supportive Gruppen
Anzahl Studien (k)	k = 46	k = 27	k = 13	k = 19	k = 23	k = 9	k = 7
Merkmale klinischer Recovery							
Allgemeine Symptomatik	~	++	++[1]	++		++[1]	~[1]
Positivsymptomatik		~	++[1]	~			~[1]
Negativsymptomatik		++	++	~		++[1]	++[1]
Rückfallrisiko und stationäre Wiederaufnahmeraten			++/++[1]		++		
Merkmale funktionaler Recovery							
Kognitive Funktionen						++[1]	
Soziales Funktionsniveau				++	++		
Unabhängigkeit im Alltag						++[1]	
Alltagsfertigkeiten						++[1]	~[1]
Soziale Fertigkeiten	++	++	++[1]		++		
Beschäftigungsrate			~				
Aktivitäten, allg.						++[1]	
Medikamentenmanagement						++[1]	
Emotionswahrnehmung	++			++			
Soziale Wahrnehmung	++			~			
Theory of Mind	++			++			
Attributionsstile	~			~			
Exekutive Funktionen						++[1]	
Merkmale persönlicher Recovery							
Lebensqualität			++[1]				~[1]
Behandlungsassoziierte Outcomes							
Abbruchrate			~				~

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe oder kleine Stichprobe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; TAU Treatment as Usual, KG Kontrollgruppe, [1] Daten beziehen sich auf Einzelergebnisse

Auf der Basis eines theoretischen Modells zur Wirkungsweise von Interventionen zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten entwickelten **Kurtz und Mueser (2008)** *[815]* 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 Autor:innen 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 (Tabelle 58). Die Analyse der Moderatorvariablen zeigte bezogen auf die Verbesserung der Negativsymptome sowie der sozialen und alltagspraktischen Fertigkeiten, dass die Effekte des Trainings bei jüngeren Patient:innen größer sind *[815]*.

Tabelle 58: Training sozialer Fertigkeiten: Nähe-Distanz-Kontinuum - Ergebnisse einer Metaanalyse *[815]*

Nähe		Nähe-Distanz-Kontinuum		Distanz
Programmnahe Aufgaben	Verhaltensbasierte Maße sozialer und alltagspraktischer Fertigkeiten	Psychosoziale Funktionen	Negativ-symptomatik	Andere psychische Symptome/ Rückfälle und Wiederaufnahmen
Z. B. Strukturierte Rollenspiele aus Manualen, Fragebogentests	Z. B. Rollenspiele zu simulierten sozialen Situationen	Z. B. Global Assessment Scale	Z. B. Scale for the Assessment of Negative Symptoms	Z. B. Positive and Negative Syndrome Scale
7 Studien	7 Studien	7 Studien	6 Studien	10/9 Studien
N = 330	N = 481	N = 371	N = 363	N = 604/485
ES = 1,20	ES = 0,52	ES = 0,52	ES = 0,40	ES = 0,15/0,23
[95 % KI: 0,96 bis 1,43]	[95 % KI: 0,34 bis 0,71]	[95 % KI: 0,31 bis 0,73]	[95 % KI:0,19 bis 0,61]	[95 % KI: - 0,01 bis 0,31/0,04 bis 0,41]
p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	p < 0,01	n. s./p < 0,05

Erläuterungen: N Anzahl der Patient:innen; ES Effektstärke; 95 % KI 95 % Konfidenzintervall; p Signifikanzniveau; n. s. nicht signifikant

Training sozial-kognitiver Fertigkeiten

Mit der Metaanalyse von **Nijman et al. (2020)** *[816]* liegt die umfassendste Arbeit zur Untersuchung des sozial-kognitiven Trainings (SCT) vor. Berücksichtigt wurden 46 randomisierte kontrollierte Studien (N = 1.979, Tabelle 56). Untersucht wurden die Effekte auf soziale Kognitionen und Funktionen, in Abhängigkeit verschiedener Interventionen und der mögliche Einfluss durch Merkmale der Behandlungen und Teilnehmenden über die Zeit. Die Trainingsansätze wurden (1) nach ihrem Fokus (gezielt/breit angelegt) und (2) bezogen auf ein zusätzliches kognitives Training (Cognitive Remediation Therapy; ja/nein) kategorisiert. Definiert wurde eine gezielte Behandlung als solche, wenn diese lediglich auf ein oder zwei Domänen der sozialen Kognitionen abzielte. Als breit angelegte Interventionen galten solche, die wesentlich umfassender waren. Die Trainingsansätze wurden gegenüber herkömmlicher Behandlung (TAU) und aktiver Kontrolle (AK) verglichen. Als aktive Kontrollintervention wurde auch eine alleinige kognitive Remediationstherapie (Cognitive Remediation Therapy, CRT) berücksichtigt, da es sich um eine aktive Form der Behandlung handelt, die nicht explizit auf die sozialen Kognitionen abzielt *[816]*. Die Autor:innen stellten fest, dass ein **breit angelegtes Training (ohne CRT) die durchweg wirksamste Form der Behandlung** war. Im Vergleich zu TAU verbesserte sich die Emotionswahrnehmung durch gezieltes Training ohne CRT (31 RCTs; d[1] = 0,68 [95 % KI: 0,38 bis 0,97]; p < 0,05) und breit angelegtes Training ohne CRT (31 RCTs; d = 0,46 [95 % KI: 0,21 bis 0,72]; p < 0,05). Alle Behandlungen verbesserten signifikant die soziale Wahrnehmung (gezieltes Training mit und ohne CRT vs. TAU: 9 RCTs; d = 1,38 [95 % KI: 0,41 bis 2,39]; p < 0,05 und 9 RCTs; d = 1,36 [95 % KI: 0,81 bis 1,91]; p < 0,05; breit angelegtes Training mit und ohne CRT vs. TAU: 9 RCTs; d = 1,45 [95 % KI: 0,98 bis 1,92], p < 0,05 und 9 RCTs, d = 1,35 [95 % KI: 0,80 bis 1,60]; p < 0,05). Nur ein breit angelegtes Training hatte gegenüber TAU einen positiven Effekt auf die Theory of Mind und die Übernahme einer anderen sozialen Perspektive (22 RCTs, d = 0,42 [95 % KI: 0,03 bis 0,82], p < 0,05). Ein breit angelegtes Fertigkeitentraining verbesserte auch die soziale Funktionsfähigkeit gegenüber TAU (25 RCTs; d = 0,82 [95 % KI: 0,46 bis 1,18], p < 0,05); das galt auch für ein sozial-kognitives Training kombiniert mit CRT (25 RCTs; d = 0,41 [95 % KI: 0,06 bis 0,77]; p < 0,05). Es wurde kein Effekt auf Attributionsstile und psychiatrische Symptome beobachtet (Tabelle 57). Es wird argumentiert, dass diese nicht nah im Zielbereich liegen. Die Heterogenität war in allen Analysen sehr hoch (I^2 lag zwischen 99,8 und 100 %), was auf eine beträchtliche Inkonsistenz hinweist. Follow-up-Daten deuten darauf hin, dass die Verbesserungen durch ein breit gefächertes Training mit und ohne kognitive Remediation mit etwas geringeren Effektstärken bestehen bleiben *[816]*.

Die **Analyse der Moderatorvariablen** verwies allein auf das Setting als eine beeinflussende Behandlungsvariable: Individuelle Behandlungen waren dabei effektiver hinsichtlich der Verbesserung der Emotionswahrnehmung (p = 0,009), ein Gruppentraining hingegen verbesserte die sozialen Funktionen (p = 0,029). Die Gesamtlänge der Intervention war mit einem größeren Effekt auf soziale Kognitionen bei längeren Behandlungen assoziiert (p = 0,005). Bei den individuellen Merkmalen zeigte sich, dass ein größerer Anteil an Männern unter den Teilnehmenden mit einem schlechteren Ergebnis insbesondere hinsichtlich sozialer Funktionen verbunden war (p = 0,06). Die Autor:innen leiten aus ihren Analysen ab, dass ein breit gefächertes Training die konsistentesten Effekte über verschiedene Outcomes (Emotionswahrnehmung, soziale Wahrnehmung, ToM, soziale Funktionsfähigkeit); ein zielgerichtetes Training hingegen (nur) in den Bereichen Emotionswahrnehmung und soziale Wahrnehmung signifikante Effekte zeigte. Berücksichtigen muss man dabei, dass bei einem zielgerichteten Training lediglich umschriebene Fertigkeiten explizit trainiert werden. Eine zusätzliche kognitive Remediation schien mit Ausnahme der sozialen Wahrnehmung die Outcomes nicht zu verbessern. Der Befund scheint

der Annahmen zu widersprechen, dass ein neurokognitives Training bedeutsam für die Verbesserung der sozialen Kognition und Funktionen ist. Möglicherweise steht der Befund im Einklang mit den Erkenntnissen, dass soziale Kognitionen und Neurokognitionen getrennte Domänen darstellen, und soziale Kognitionen (höherer Ordnung) die Funktionsfähigkeit stärker vorhersagen. Die größte Limitation der Arbeit liegt in der hohen Heterogenität der Primärstudien mit einer großen Varianz an Charakteristika *[816]*.

Kurtz & Richardson (2012) *[817]* analysierten die Ergebnisse von 19 Studien (N = 692) zur Wirksamkeit von sozial-kognitiven Trainingsansätzen, die zwischen 1980 und 2010 erschienen waren (Tabelle 56). Die Autor:innen stellten die Hypothese auf, dass im Vergleich zu einer Kontrollbedingung die Patient:innen, die an sozial-kognitiven Trainingsprogrammen teilnehmen, (1) eine direkte Verbesserung im Bereich sozial-kognitiver Outcome-Parameter erleben und (2) gleichzeitig Verbesserungen hinsichtlich positiver, negativer und der allgemeinen Symptomatik erfahren, obwohl diese nicht direkt von der Intervention angesprochen werden, sondern im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei schizophrenen Erkrankungen über verbesserte sozial-kognitive Fertigkeiten auch Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung und Stressresistenz gestärkt werden. Zudem nahmen die Autor:innen an, dass sich (3) eine Verbesserung in den psychosozialen Funktionen zeigen sollten.

In Bezug auf die **sozial-kognitiven Outcome-Parameter** zeigten sich moderate bis starke Auswirkungen durch ein sozial-kognitives Training auf die **Erkennung und Differenzierung des fazialen Affekts** (Erkennung: 15 RCTs; d = 0,71[2] [95 % KI: 0,52 bis 0,90]; p < 0,01 bei signifikanter Heterogenität und Differenzierung: 3 RCTs; d = 1,01 [95 % KI: 0,56 bis 1,47]; p < 0,01 bei signifikanter Heterogenität) und kleine bis mittelgroße Effekte des Trainings auf die **Theory of Mind** (7 RCTs; d = 0,46 [95 % KI: 0,15 bis 0,78]; p < 0,01, bei signifikanter Heterogenität). Während die Effekte auf die **soziale Wahrnehmung** (8 RCTs) und den **Attributionsstil** (4 RCTs) nicht signifikant waren. In den allgemeinen bzw. distalen Outcome-Bereichen wurden moderate bis große Effekte auf die psychische **Gesamtsymptomatik** (7 RCTs; d = 0,68 [95 % KI: 0,33 bis 1,02]; p < 0,01, bei signifikanter Heterogenität) und auf die im Fremdurteil erhobenen psychosozialen Funktionen (6 RCTs; d = 0,78 [95 % KI: 0,45 bis 1,11]; p < 0,01 bei signifikanter Heterogenität) beobachtbar. Auswirkungen von sozial-kognitiven Trainingsprogrammen auf positive (8 RCTs) und negative (10 RCTs) Symptome der Schizophrenie waren nicht signifikant (Tabelle 57).

Einen **moderierenden Einfluss** auf die Effekte hatte die Erkrankungsdauer auf die Erkennung des fazialen Affekts und auf ToM; eine längere mittlere Krankheitsdauer sagte bessere Outcomes voraus. Eine Generalisierung (Effekte auf die Gesamtsymptomatik) fand am ehesten bei einem jüngeren Durchschnittsalter statt sowie bei einer längeren Interventionsdauer und bei höherer Medikation. Die Moderatoranalysen fußten lediglich auf sehr kleinen Stichproben. In den einzelnen Ergebnisbereichen liegen jeweils nur wenige Studien vor, das schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein; zudem war die Heterogenität über die Studien groß.

Evidenz aus Einzelstudien: Wirksamkeit des Fertigkeitentrainings bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen außerhalb des schizophrenen Formenkreises

Die Ergebnisse der systematischen Recherche wurden in einem zweiten Schritt auf das Vorliegen von Untersuchungen zur Wirksamkeit des Fertigkeitentrainings in der Behandlung von Menschen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen außerhalb des schizophrenen Formenkreises geprüft. Es konnten drei randomisierte kontrollierte Studien identifiziert werden (Tabelle 59).

Chen et al. (2015) *[1304]* untersuchten die **Wirksamkeit ausgewählter Behandlungsmodule des Life Adaptation Skills Trainings** über insgesamt vierundzwanzig Gruppensitzungen, zweimal wöchentlich (Tabelle 59). Die Programminhalte umfassten Bereiche mit Bezügen zu praktischer Betätigung, außerdem edukative Ansätze und Möglichkeiten des Austausches zu Themen eines zufriedenen Lebens, von Beziehungsgestaltung und emotionalem Ausdruck, zum Umgang mit der Erkrankung und mit Stress. Das standardisierte telefonische Kontaktangebot für beide Gruppen fand zweimal wöchentlich für 10 Minuten statt. Themen umfassten hierbei Fragen nach dem Tagesablauf, dem Vitalitätsstatus, der Schlafqualität, der Stimmung und der Teilnahme an sozialen Aktivitäten, mit dem Ziel, Fürsorglichkeit und ein Gefühl der Verbundenheit zu vermitteln. Primärer Outcome war die Lebensqualität. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zeigten signifikante Verbesserungen mit moderaten bis großen Effektstärken im Vergleich zur Kontrollgruppe bezogen auf ängstliches Erleben (- 5,45 ± 2,34; p < 0,05; η_p^2 = 0,083[1]) und die Stärke der Suizidgedanken (- 3,09 ± 1,11; p < 0,01; η_p^2 = 0,157). Die Reduktion der Suizidgedanken blieb über den Nachbeobachtungszeitraum bestehen (- 3,44±1,09; p < 0,01, Tabelle 60), mit moderaten Effektstärken zwischen den Gruppen (η_p^2 = 0,101). Beide Gruppen zeigten eine signifikante Verbesserung der allgemeinen, körperlichen und psychischen Lebensqualität sowie der depressiven Symptomatik. Die Effektstärken innerhalb der Gruppe waren größer in der *Interventionsgruppe* (η_p^2 = 0,328 bis 0,544) und waren größer als die der Kontrollgruppe. Einschränkungen sind in der kleinen Stichprobe und einer hohen Abbrecherquote zuungunsten der Interventionsgruppe (IG: N = 11 vs. KG: N = 4; p < 0,029) zu sehen.

Tabelle 59: Charakteristika der Einzelstudien zur Wirksamkeit trainierender Ansätze zur Stärkung sozialer Fertigkeiten

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende • Anzahl (N) • Diagnosen • Erkrankungsdauer in Jahren • Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Dauer Follow-up	Kontrollgruppe
NEU **Chen et al. 2015** *[1304]* **RCT**	• N = 68 • Patient:innen mit schwerer depressiver Erkrankung • MW: 9,8	• Life Adaptation Skills Training: manualisiertes Interventionsprogramm im Rahmen von Ergotherapie • Dauer 12 Wochen • Follow-up: 3 Monate	• Standardisierte telefonische Kontaktangebote

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende • Anzahl (N) • Diagnosen • Erkrankungsdauer in Jahren • Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Dauer Follow-up	Kontrollgruppe
	• Ambulante psychiatrische Versorgung		
NEU **Hasson-Ohayon et al. 2014** *[741]* **RCT**	• N = 55 • Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung und deutlichen Beeinträchtigungen (Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, Depressionen, bipolare Störungen) • K. A. • Gemeindepsychiatrische Behandlung	• Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Gruppenbasierte, manualisierte Intervention zur Verbesserung der Emotions-wahrnehmung, des Attributionsstils und der Theory of Mind-Fähigkeiten + Soziales Mentoring zweimal wöchentlich • Dauer einmal wöchentlich über 6 Monate • Kein Follow-up	• Soziales Mentoring dreimal wöchentlich
NEU **Lahera et al. 2013** *[1305]* **RCT**	• N = 37 • Patient:innen mit bipolarer (N = 33) und schizoaffektiver Störung (N = 4) • MW (SD), IG: 13,4 (5,9); KG: 13,2 (9,8) • Ambulante psychiatrische Versorgung	• Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Gruppenbasierte, manualisierte Intervention zur Verbesserung der Emotions-wahrnehmung, des Attributionsstils und der Theory of Mind-Fähigkeiten • Dauer 18 bis 24 Wochen • Kein Follow-up	• Standard-Behandlung: klinisches Management und Medikation durch einen Psychiater

Erläuterungen: N Anzahl Teilnehmender; k. A. keine Angabe; MW Mittelwert, SD Standardabweichung; IG Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe

Hasson-Ohayon et al. (2014) *[741]* untersuchten die Wirksamkeit des **Social Cognition and Interaction Trainings (SCIT)** bei 55 Personen mit schweren psychischen Erkrankungen in gemeindepsychiatrischer Behandlung (Tabelle 59, Tabelle 60). Alle Teilnehmenden nahmen an einem sozialen Mentoring (Sozialarbeit) teil; die Teilnehmenden der Interventionsgruppe zusätzlich an SCIT. Das soziale Mentoring umfasste drei wöchentliche Treffen mit einem Mentor, der die Teilnehmenden darin unterstützte, praktische Schritte zur Erreichung persönlich bedeutsamer Ziele zu unternehmen (z. B. Organisation von Finanzen, Beschaffung von Informationen, Ausfüllen von Formularen). Alle Teilnehmenden erhielten zudem die in den teilnehmenden Rehabilitationszentren angebotenen herkömmlichen Behandlungen. Bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe ließ sich nach Beendigung der Intervention nach sechs Montane eine signifikante Verbesserung hinsichtlich **sozialer Funktionen** (Subskala Soziales Engagement: p = 0,001; ηp^2 = 0,35; großer Effekt) sowie der **Theory-of-Mind-Fähigkeiten** (p = 0,037; ηp^2 = 0,08; mittlerer Effekt) im Vergleich zu Teilnehmenden der Kontrollgruppe beobachten. Kein Gruppeneffekt zeigte sich auf der Subskala Interpersonelle Kommunikation, in den Attributionsstilen sowie in der Emotionswahrnehmung. Einschränkungen ergeben sich v. a. in der Größe der Stichprobe.

Tabelle 60: Effekte des Trainings sozialer Fertigkeiten aus Einzelstudien

	Chen et al. 2015 *[1304]*	Hasson-Ohayon et al. 2014*[741]*	Lahera et al. 2013 *[1305]*
Merkmale klinischer Recovery			
Depressive Symptomatik	~		~
Manische Symptomatik			~
Ängstliches Erleben	++		
Suizidale Gedanken	++		
Merkmale funktionaler Recovery			
Soziale Funktionen		++	~

Emotionswahrnehmung		~	++
Theory of Mind		++	++
Attributionsstile		~	++[1]
Merkmale persönlicher Recovery			
Lebensqualität	~		
Behandlungsassoziierte Merkmale			
Behandlungsabbrüche	-		

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, [1] Verbesserungen in einzelnen Domänen

Lahera et al. (2013) *[1305]* untersuchten ebenfalls die Wirksamkeit des **Social Cognition and Interaction Training (SCIT).** Das SCIT ist eine 18 bis 24-wöchige, manualbasierte Gruppenintervention und zielt auf eine Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit und eine Stärkung sozialer Kognitionen. Ursprünglich für Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis entwickelt, wurde das SCIT in dieser Studie im Rahmen einer ambulanten Behandlung von Patient:innen mit bipolaren und schizoaffektiven Störungen gegenüber einer herkömmlichen Behandlung untersucht (Tabelle 59). Die Analysen ergaben signifikante Gruppeneffekte in den Bereichen der Emotionswahrnehmung (Face Emotion Identification Task (FEIT), $p < 0,05$; Face Emotion Discrimination Task (FEDT), $p < 0,01$) und der Theory of Mind (Hinting Task, $p < 0,05$). Die SCIT-Gruppe zeigte zudem einen geringen bzw. mäßigen Rückgang innerhalb von Teilbereichen sozialer Attributionsstile (AIHQ-Subskala Blame, $p < 0,01$; AIHQ Hostility Bias, $p = 0,05$) und eine Verbesserung im Bereich der Emotionserkennung (Emotion Recognition (ER40), $p < 0,05$). Es gab keine Hinweise auf signifikante Auswirkungen auf andere Bereiche kognitiver Attributionsstile, auf die depressive und manische Symptomatik oder auf die globale soziale Funktionsfähigkeit (Tabelle 60). Die Befunde werden durch eine fehlende Nachbeobachtung eingeschränkt. Zudem erfolgte im Verlauf der Studie ein Re-Sampling für fünf der Teilnehmenden (N = 4 von SCIT zu TAU und N = 1 von TAU zu SCIT).

Zusatzinformation: Untersuchungen zur sozialen Isolation

Barnett et al. untersuchten Interventionseffekte aus RCTs auf die subjektive und objektive Isolation schwer psychisch kranker Menschen *[738]*. In einer systematischen Suche ließen sich nur sehr wenige Studien ohne ein klares Muster bei den Interventionsstrategien, die Vorteile bringen, identifizieren. Berücksichtigt wurden dabei u. a. die in diesem Kapitel betrachteten Trainingsansätze zur Verbesserung sozialer und sozial-kognitiver Fertigkeiten. Daneben wurden Ansätze unterstützter Sozialisierung, aber auch Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie berücksichtigt. Die **objektive soziale Isolation** schien sich bei den Teilnehmenden mittelfristig zu verbessern (k = 10 Studien). Dabei resultierten zwei Interventionen zum Training sozialer Fähigkeiten *[739][740]* in einer Zunahme der sozialen Kontakte (außerhalb der Interventionskontakte) bei kurz- und mittelfristiger Nachbeobachtung. Bei Glynn et al. (2002) *[739]* wurde ein über 60 Wochen anhaltendes soziales Fertigkeitentraining (Alltagsfertigkeiten, Krankheitsmanagement und soziales Problemlösetraining) mit und ohne ergänzendes Training im unmittelbaren Lebensumfeld evaluiert. Bei Marder et al. (1996) *[740]* wurde ein Social Skills Training mit einer Gruppenpsychotherapie in einem ambulanten Setting kombiniert. Von den Interventionen, die sich an Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung richteten, führten nur zwei von acht Studien zu positiven Ergebnissen in Bezug auf die **subjektive soziale Isolation**. Bei Terzian et al. zeigten sich signifikante Verbesserungen in der Gesamtqualität der intimen und beruflichen Beziehungen nach einem und zwei Jahren durch eine Intervention zur unterstützten Sozialisation in sozialen Netzwerken, bei der die Behandelnden den Teilnehmenden interessante externe soziale Aktivitäten vorschlugen *[742]*. Berücksichtigt wurde hier auch die Studie von Hasson-Ohayon et al. zur Wirksamkeit von SCIT, welche sich über signifikante Vorteile in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung (höheres soziales Engagement) abzeichnete *[741]*. Die Mehrheit der Studien zur **Unterstützten Sozialisation**, die in einem gewissen Bezug zu den hier behandelten Interventionen stehen, zeigten kaum Effekte auf die soziale Isolation *[743][744][745][746]*.

Zusammenfassung

Es existiert mittlerweile eine Fülle an strukturierten Trainingsansätzen und methodisch anspruchsvollen Studien mit einem randomisiert-kontrollierten Design, in denen die **Effekte eines Trainings sozialer Fertigkeiten und sozial-kognitiver Fertigkeiten** v. a. in der Behandlung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung untersucht wurden.

Die Befunde aus quantitativer Synthese zeigen, dass **klassische Trainingsansätze zur Stärkung sozialer Funktionen** signifikante positive Auswirkungen auf die Erweiterung sozialer Fertigkeiten und Funktionen der Teilnehmenden haben können *[811][815][812]*. Die allgemeine Symptomschwere scheint durch ein Fertigkeitentraining positiv beeinflussbar *[811]*, wobei die Wirksamkeit vor allem an der Negativsymptomatik und nicht an der Positivsymptomatik bei Schizophrenie deutlich wird *[811][812][815]*. Es gibt Hinweise, dass die Effekte auch über einen Nachbeobachtungszeitraum von sechs Monaten bestehen bleiben *[811]*. Weniger eindeutig waren die Effekte auf andere Zielgrößen. Positive Effekte auf die Lebensqualität *[812]* sowie das Rückfallrisiko und stationäre Wiederaufnahmeraten nach 6 und 12 Monaten *[812][815]* konnten lediglich vereinzelt aufgezeigt werden. Die Abbruchraten unterschieden sich nicht in den einzelnen Gruppen *[812]*.

Auch ein **Training sozial-kognitiver Fertigkeiten**, insbesondere ein breit angelegtes Training, in dem verschiedene funktionelle Domänen angesprochen werden, ist in der Behandlung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wirksam bezogen auf soziale Fertigkeiten und Funktionen *[816][817]* sowie auf sozial-kognitive Funktionen *[816][817]*. Insbesondere die Emotionswahrnehmung und Theory-of-mind-Fähigkeiten *[816][817]* wurden positiv beeinflusst; die Fähigkeiten zur sozialen Wahrnehmung auch in den Analysen von Nijmen et al (2020) *[816]*, nicht aber bei Kurtz et al. (2012) *[817]*. Auch ein gezieltes Training, in dessen Rahmen umschriebene Domänen angesprochen werden, kann zu positiven Effekten auf die Emotionswahrnehmung und die soziale Wahrnehmung *[816]* gegenüber herkömmlicher Behandlung führen. Es wurde bei Nijman et al. (2020) *[816]* kein Effekt auf Attributionsstile und auf die allgemeinen psychiatrischen Symptome beobachtet, bei *[817]* zeigte sich hingegen ein Effekt auf die allgemeine Symptomatik. Follow-up-Daten deuten darauf hin, dass die Verbesserungen durch ein breit gefächertes Training mit und ohne kognitive Remediation mit etwas geringeren Effektstärken bestehen bleiben *[816]*.

RCTs zur Untersuchung der Wirksamkeit dieser Trainingsansätze liegen bisher in der Hauptsache für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vor. Es konnten drei **Einzelstudien** identifiziert werden, in denen Menschen mit bipolarer Störung *[1305]*, schwerer Depression *[1304]* und Menschen mit verschiedenen schweren Störungsbildern *[741]* untersucht wurden. Die Stichprobenumfänge sind klein und die Studien weisen Qualitätsmängel auf (siehe Leitlinienreport). Positive Effekte zeigten sich auf soziale *[741]* und sozial-kognitive Funktionen *[741][1305]* sowie auf ängstliches Erleben und suizidale Gedanken bei Depressionen *[1304]*. Bei Chen at al. (2015) *[1304]* zeigte sich auch eine höhere Abbruchrate in der Interventionsgruppe. Weitere Studien sind erforderlich, die nach möglichen Effekten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen als einem diagnoseübergreifenden Konstrukt suchen.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass eine allgemeingültige Aussage aufgrund der **Vielfalt der Studien**, die nicht nur für die evaluierten Trainingsansätze und methodischen Aspekte gilt, sondern auch Ergebnisparameter und Messinstrumente betrifft, sehr erschwert wird. Beispielsweise verbergen sich hinter dem Zielkriterium der sozialen Fertigkeiten viele verschiedene Aspekte, die in den einzelnen Studien oft mit unterschiedlichen Messinstrumenten erhoben wurden. Eine Abgrenzung zum sozialen Funktionsniveau gelingt nicht immer. Neben Basisfertigkeiten, die beispielsweise mit Hilfe der *Trower's Social Behavior Scale* (SBS) im Rahmen von unstrukturierten Rollenspielen eingeschätzt werden (vgl. *[803]*), werden Veränderungen spezifischer Fertigkeiten (z. B. Umgang mit Medikamenten, arbeitsplatzbezogene Fertigkeiten) beurteilt. Mit Hilfe von Testbatterien wird die gesamte Breite trainierter Fertigkeiten erhoben (z. B. *REHAB Scale*, vgl. *[1306]*, Independent Living Skills Survey, vgl. *[808]*). Häufig werden Testinstrumente eingesetzt, die in den Trainingsmodulen inkludiert sind, z. B. Comprehensive Module Test for UCLA Basic Conversation Skills Module (BCSM) oder der Medication und der Symptom Management Module Test, vgl. *[1307]*). Kombiniert werden hier Paper-and-Pencil-Tests oder strukturierte Interviews zur Erhebung des im Training vermittelten Wissens sowie kurze Rollenspiele, in denen soziale Fertigkeiten und Problemlösefertigkeiten beobachtet werden.

[1]ηp2: Partielles Eta-Quadrat; zur Bestimmung der Effektgröße innerhalb und zwischen den Gruppen mit 0,01 bis 0,06, 0,06 bis 0,14, und 0,14 und höher, was kleinen, moderaten und großen Effektgrößen entspricht.

Schwach

Empfehlung 32 **NEU**	**Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Training lebenspraktischer Fähigkeiten “**
Empfehlungsgrad **B**	Bei einer Beeinträchtigung in der selbstständigen Lebensführung und unabhängigen Alltagsgestaltung sollten die Betroffenen entsprechend ihrer individuellen Wünsche und Bedarfe in ihren **lebenspraktischen Fähigkeiten durch trainierende Ansätze** möglichst im Lebensumfeld unterstützt werden. Kann ein Training im Lebensumfeld nicht stattfinden, sollte ein Alltagstransfer unterstützt werden.
Konsensstärke	**Konsens (93 %)**

Praktische Informationen

In Deutschland finden trainierende Ansätze im Praxisalltag breite Anwendung. Die Durchführung erfolgt in unterschiedlichen Behandlungs- und Versorgungskontexten und in der Verantwortung unterschiedlicher Berufsgruppen.

In der Praxis sind unterschiedliche Vorgehensweisen implementiert. Wohingegen in einem stationären und teilstationären Behandlungs- und Rehabilitationssetting eher ein manualisiertes Vorgehen bei kürzerer Behandlungsdauer und unsicherem Alltagstransfer dominiert, finden im ambulanten Behandlungs- und Versorgungssektor häufig auch an strukturierte Programme angelehnte und längerfristige Trainingsangebote durch verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Verordnungs- und Zugangsmöglichkeiten statt. Eine große Chance liegt in der Etablierung von gezielten Trainingsansätzen im Rahmen der verschiedenen gemeindepsychiatrisch verorteten und aufsuchenden Behandlungsmöglichkeiten.

Versorgungsalltag: Trainierende Ansätze zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten, sozialen und sozial-kognitiven Fertigkeiten können von verschiedenen Professionen erbracht werden und in verschiedenen Settings erfolgen und somit in der Breite stattfinden.

Möglichkeiten des Zugangs bestehen im Rahmen von:

- Psychotherapie durch ärztliche und psychologische Psychotherapeut:innen nach § 28 SGB V

- Psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
- Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V
- Ambulante Ergotherapie als Heilmittel nach § 32 SGB V
- Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX.

Alltagstransfer

Vielfach hinterfragt wurde die **Generalisierbarkeit der im klinischen Setting erlernten sozialen Fertigkeiten** in die Alltagssituation *[786]*. In vielen Trainingsprogrammen selbst wird dieser Aspekt adressiert; in einigen Studien explizit forciert. In einer Studie wurde ein über 60 Wochen anhaltendes soziales Fertigkeitentraining (Alltagsfertigkeiten, Krankheitsmanagement und soziales Problemlösetraining) mit und ohne ergänzendes Training im unmittelbaren Lebensumfeld evaluiert. Das wöchentliche manualbasierte Zusatztraining in der Experimentalgruppe (In Vivo Amplified Skills Training, IVAST) zielte auf die Unterstützung der Fertigkeiten im Lebensumfeld und griff dabei auf 60 spezifische Aktivitäten (z. B. Apothekenbesuche, Entwicklung von regelmäßigen Tagesabläufen, Suche nach nächstgelegener medizinischer Versorgungsmöglichkeit für Notfallsituationen, aufsuchen und Umgang von/mit sozialen Situationen) zurück. In beiden Gruppen konnten nach Beendigung des Trainings Verbesserungen hinsichtlich sozialer Funktionen beobachtet werden, wobei in der Experimentalgruppe größere und/oder schneller entwickelte Effekte evident wurden *[739]*.

Eine weitere Technik, einen erfolgreichen **Transfer erlernter Fertigkeiten in den Alltag** zu unterstützen, wird durch den **Einbezug von Familienangehörigen** verfolgt. Im Rahmen eines intensiven Gruppentrainings über drei Monate wurden mit Hilfe verschiedenster Techniken unterschiedliche Fertigkeiten (Krankheitsmanagement, Medikamentenmanagement, soziales Problemlösen) bei schizophren erkrankten Menschen in einem ambulanten Setting trainiert. Die Angehörigen wurden in wöchentlichen Trainingsseminaren als Coaches für ihre kranken Angehörigen ausgebildet. Ergänzt wurde diese Form der Intervention durch zwei Hausbesuche. Die Befunde weisen auf signifikante Vorteile in der Experimental- gegenüber der Kontrollgruppe (herkömmliche ambulante Behandlung) hinsichtlich reduzierter psychopathologischer Symptome, verbesserter Fertigkeiten im Symptom- und Medikamentenmanagement einschließlich deren Generalisierung, verbesserter sozialer Funktionen und einer verringerten Häufigkeit erneuter stationärer Behandlungen hin. Die Intervention zeigte keine Unterschiede hinsichtlich Lebensqualität und Belastungserleben der Angehörigen *[805]*.

Eine spanische Studie untersuchte die Effekte einer adaptierten Form des **Social and Independent Living Skills Program (UCLA SILS)** *[779]* im häuslichen Setting auf psychopathologische Symptome. 64 Patient:innen mit Schizophrenie einschließlich deren Angehörigen wurden über sechs Monate auf der Basis eines individuellen Interventionsplanes trainiert. Der Einbezug von Familienangehörigen während des Fertigkeitentrainings im Lebensumfeld der Betroffenen resultierte in einer größeren Symptomreduktion verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung in einer Institution *[806]*.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Es existieren strukturierte Manuale zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Wirksamkeitsuntersuchungen. Häufig beinhalten verschiedene Module gleichzeitig ein Training sozialer Fertigkeiten. Während die Effekte des Trainings sozialer Fertigkeiten inzwischen gut evaluiert sind, liegen zum Training von Alltagsfertigkeiten nur wenige randomisierte kontrollierte Studien vor. In den wenigen Studien, die hauptsächlich auf sehr kleinen Stichproben beruhen, werden vereinzelt Vorteile hinsichtlich der Verbesserung von Alltagsfertigkeiten, der psychischen Symptomatik und anderer Outcomes evident *[813][814]*.

Es zeigten sich keine nachteiligen Effekte in den beobachteten Outcomes.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von **Vergleich Training von Alltagsfertigkeiten (TAF)** vs. herkömmliche Therapie (TAU) oder supportive Gruppen (sG) *[813]*
Evidenz1	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TAF verbessert Alltagsfertigkeiten sign. stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	TAF verbessert die allgemeine psychopath. Symptomatik sign. stärker

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Wir gehen davon aus, dass die Mehrheit der Betroffenen möglichst selbständig den eigenen Lebensalltag gestalten will und dafür so viel Unterstützung wie erforderlich in Anspruch nehmen würde.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Versorgungsalltag: Trainierende Ansätze zur Stärkung von Alltagsfertigkeiten können von verschiedenen Professionen erbracht werden und in verschiedenen Settings erfolgen und somit in der Breite stattfinden.
Möglichkeiten des Zugangs bestehen im Rahmen von:

- Psychiatrische häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
- Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V
- Ambulante Ergotherapie als Heilmittel nach § 32 SGB V
- Leistungen zur sozialen Teilhabe nach § 113 SGB IX.

Rationale

Training von Alltagsfertigkeiten

Ziel der Übersichtsarbeit von **John et al. (2022)** war es, die Auswirkungen kompetenzförderlicher Interventionen auf die Alltagsfertigkeiten und die Selbständigkeit im Alltag bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu untersuchen *[813]*. Die in den identifizierten Studien untersuchten Interventionen waren vielfältig und umfassten unterschiedliche Kombinationen von Psychoedukation, Ansätzen kognitiver Verhaltenstherapie, Training sozialer Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten; von Bedeutung war dabei immer die Erweiterung der Unabhängigkeit im Alltag (Tabelle 56). Die in den Primärstudien untersuchten Interventionen führten z. T. zu signifikanten Verbesserungen der psychosozialen Funktionsfähigkeit und größeren Unabhängigkeit im Alltag (Bereiche: Medikationsmanagement, Freizeit, Selbstpflege, Vorbereitung von Mahlzeiten, Einkauf, Transport, Finanzmanagement, Telefonate führen), zu Verbesserungen der sozialen Fertigkeiten und Aktivitäten, der Exekutivfunktionen, der Verringerung des Belastungserlebens der begleitenden Angehörigen, einer Reduktion von Rückfällen sowie einer Reduktion der Negativsymptomatik. Es zeigten sich über verschiedene Settings hinweg (ambulant, stationär, häusliche Pflegeeinrichtung) positive Effekte. Es wurden sowohl im Gruppen- als auch im Einzelsetting Effekte beobachtet. Es erfolgte keine quantitative Zusammenfassung der Ergebnisse (Tabelle 57). Mit 9 RCTs ist der Umfang der identifizierten Studien gering und die Wahrscheinlichkeit für Verzerrungen ist lt. Autor:innen moderat bis hoch. Wegen der Heterogenität können die Effekte aus den einzelnen Interventionen nicht zusammengefasst werden.

Tungpunkom et al. (2012) identifizierten im Rahmen eines Cochrane Reviews 7 RCTs (N = 483), in denen die Effektivität eines Trainings von Alltagsfertigkeiten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht wurde. In den eingeschlossenen Studien wurden die Vorteile des Functional Adaptation Skills Training (FAST) bzw. die Anwendung kombinierter Trainingseinheiten zu verschiedenen Alltagsfertigkeiten (Hygiene, Stressmanagement, Ernährung, Zeitmanagement, Umgang mit finanziellen Ressourcen u. a.) im Vergleich zu verschiedenen Kontrollinterventionen(herkömmliche Rehabilitation, alleinige medikamentöser Therapie, Kunst- und Beschäftigungstherapie, Gruppentherapie) betrachtet (Tabelle 56). Explizit ausgeschlossen wurden hier Studien, in denen das Trainingsangebot breiter angelegt war und auch andere Elemente, z. B. aus einem Training sozialer Fertigkeiten enthielten. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Kompetenztraining und TAU bezüglich der Alltagsfertigkeiten (1 RCT; N = 32; MD[1] = - 1,10 [95 % KI: - 7,82 bis 5,62]; p = 0,75) und der Lebensqualität (1 RCT; N = 32; MD = - 0,02 [95 % KI: - 0,07 bis 0,03]; p = 0,42). Für den NOSIE (*Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation/Alltagsfertigkeiten*) wurde ein signifikanter Vorteil zugunsten der Kontrollgruppe am Endpunkt (12 bis 16 Wochen) evident (N = 205; 2 RCTs; MD = 16,77 [95 % KI: 10,56 bis 22,99]; p < 0,00001; I^2 = 49 %). Es ergaben sich ebenfalls keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Positivsymptomatik (N = 32; MD = -0,80 [95 % KI: - 4,38 bis 2,78]; p = 0,66) und der allgemeinen psychopathologischen Symptomatik (N = 32; MD = 0,00 [95 % KI: - 3.12 bis 3.12]; p = 1.0). Hinsichtlich der Negativsymptomatik ergaben sich unterschiedliche Ergebnisse; so zeigte sich in einer kleineren Studie kein Effekt nach 24 Wochen (*PANSS-Skala*: N = 32; MD = 1,90 [95 % KI: - 1,75 bis 5,55]; p = 0,31), in einer etwas größeren Stichprobe wurde ein Effekt in der Interventionsgruppe nach 12 Wochen beobachtbar (*SANS-Skala*: N = 120; MD = - 15,82 [95% KI: - 23,01 bis - 8,63]; p = 0,000016). Das Training hatte keinen Einfluss auf den Abbruch der Studienteilnahme (5 RCTs, N = 345, RR = 1,16 [95 % KI: 0,40 bis 3,36], p = 0,78, I^2 = 0,0%, Tabelle 57). Deutlich wird, dass Analysen auf Einzeldaten und sehr kleinen Stichproben beruhen, die keine zuverlässige Aussage erlauben. Zudem muss berücksichtigt werden, dass nahezu alle Interventionen in einem stationären Setting erfolgt sind. Eine Qualitätsbewertung verweist auf hohe Risiken der Verzerrung *[814]*.

[1] MD: Mittlere Differenz

10.4 Evidenzkapitel: Künstlerische Therapien

Hintergrund
Verschiedene Formen des künstlerischen Ausdrucks bilden seit allen Zeiten einen festen Bestandteil menschlichen Lebens. Bereits vor der Entwicklung der Schrift wurden Bildsymbole benutzt, um kommunikativen Äußerungen Dauer zu verleihen *[761]*. Rhythmen, Gruppenrituale und tänzerischer Ausdruck sind seit Beginn der Menschheitsgeschichte Bestandteile der Lebenswelten; sehr früh wurde bspw. der Tanz im Sinne eines Heilungsrituals zelebriert *[762]*. Künstlerische Therapien im heutigen Sinne entwickelten sich zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts schwerpunktmäßig in den USA (Arts Therapies) und in Europa. In Deutschland und der Schweiz wurden **erste Ansätze zu Künstlerischen Therapien** seit den 20er Jahren im Kontext der (Heil-)Pädagogik, Sozialtherapie, Psychiatrie, Philosophie, der Inneren Medizin u.a. von Ärzten, Psychoanalytikern und akademisch ausgebildeten Künstlern und Pädagogen entwickelt *[762] [763] [764]*.

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 Bibliotherapie, 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." *[818]*.

Nahezu alle Ansätze Künstlerischer Therapien sind vor allem durch psychotherapeutische **Theorie-Praxis-Modelle unterschiedlicher Schulenausrichtung** beeinflusst, die für die künstlerisch-therapeutisch Praxis modifiziert und weiterentwickelt wurden *[766]*. Künstlerische Therapien stellen eine verfahrensübergreifende Methode dar, deren theoretische Konzeption aus verschiedenen Bezugswissenschaften wie z. B. der Neurobiologie, der Bindungs-, Säuglings- und der Kognitionsforschung abgeleitet wurde. Die Verfahren der Künstlerischen Therapien basieren auf einer theoriegeleiteten, heilkundlich-therapeutischen Verwendung von Mitteln und Medien der Künste sowie entsprechender Wahrnehmungs- und Handlungsprozesse innerhalb des therapeutischen Beziehungsgeschehens.

Die künstlerisch-therapeutische Behandlung ist personenzentriert und auf aktuelle Ereignisse innerhalb der Beziehungs- und Gestaltungsprozesse ausgerichtet. Der Patient oder die Patientin ist daher stets unmittelbar beteiligt an der Regulation und Bestimmung des therapeutischen Prozessverlaufs und bleibt unter anderem hinsichtlich der Selbstaktualisierung, Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung positiv gefordert *[767]*.

Generell decken sich die **übergreifenden Wirkfaktoren** Künstlerischer Therapien mit den psychotherapeutischen Wirkfaktoren, wie etwa: therapeutische Beziehung, therapeutische Rahmenbedingungen, Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und motivationale Klärung *[768] [769] [770]*. Eine erschöpfende und eindeutige Benennung der Wirkfaktoren dürfte allerdings schwerfallen, da „sowohl Kunst als auch Therapie einen ganz individuellen Einfluss auf den Menschen“ hat *[763]*. Estel und Koch (2023) *[771]* beziehen sich auf das Modell von Witte et al. (2021) *[772]* nachdem sich die Wirkfaktoren der künstlerischen Therapien drei Ebenen zuordnen lassen: den allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie, den gemeinsamen Wirkfaktoren der Künstlerischen Therapien und spezifischen Wirkfaktoren der unterschiedlichen Disziplinen der Künstlerischen Therapien.

Die **allgemeine Wirkungsweise** Künstlerischer Therapien umfasst die Modulation der Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, des Verhaltens, der Emotionen, der Kognitionen sowie der kommunikativen und der sozialen Interaktion *[773]*. Künstlerische Prozesse entfalten ihre Wirkung im therapeutischen Kontext als dialektische Beziehungen von polaren Eigenschaften. Erfahrungen in der Arbeit mit künstlerischen Medien und Prozessen verbessern die Selbst- und Fremdwahrnehmung in hohem Maße. Patient:innen werden dazu angeleitet, die im therapeutischen Rahmen gewonnenen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Selbstvergewisserung und der sozialen Kompetenz auch außerhalb des therapeutischen Settings einzusetzen *[774]*. Künstlerische Therapien sprechen durch prozessuale und perzeptuelle Aktivierunginsbesondere Inhalte und Prozesse des impliziten und emotionalen Gedächtnisses an *[819][820]*. Innerhalb der therapeutischen Allianz können durch künstlerische Prozesse und gestalterische Mittel diese Inhalte zum Ausdruck gebracht, wahrgenommen, reflektiert und (re)integriert werden.

Insbesondere schwere psychische Erkrankungen gehen oftmals mit Kommunikationseinschränkungen einher, was in der Folge den Leidensdruck und vor allem auch die soziale Isolation verstärken kann. Künstlerische Therapien ermöglichen eine **Kommunikation jenseits konventioneller Sprachhandlung** und befähigen zu Wahrnehmung und Ausdruck von emotionalen und kognitiven Inhalten. Ein besonderes Merkmal ist hierbei der alle Sinnesorgane ansprechende, mediale und prozedurale Zugang sowie nicht zuletzt die „Evidenz“ des Kunstproduktes oder Werkes, das eine nachfolgende intersubjektive Auseinandersetzung mit intrapsychischen Inhalten ermöglichen kann.

Anstelle einer rein selektiven, störungsbildbezogenen Indikation wird für die Künstlerischen Therapien (vor allem im Einzelsetting) zumeist das Konzept der sogenannten „adaptiven Indikation“ *[821]* angewandt. Indikationen und Kontraindikationen für die Künstlerischen Therapien werden demnach hauptsächlich aus den Persönlichkeitsmerkmalen des Patienten bzw. der Patientin abgeleitet, die seine Ansprechbarkeit durch eine bestimmte künstlerisch-therapeutische Verfahrensmethodik bedingen, zumal jede Künstlerische Therapieform sowohl über strukturierte und offene, aufdeckende und stützende, produzierende und rezeptive als auch über individuelle und interaktionelle Vorgehensweisen verfügt. So ist beispielsweise während einer suizidalen Krise oder einer akuten Psychosephase eine modifizierte, primär stabilisierende Vorgehensweise indiziert *[822] [823]*. Grundsätzlich hängt der Einsatz der verschiedenen Methoden und des individuellen Herangehens von verschiedenen Faktoren, wie bspw. Raum, Zeit, Beziehungsstruktur, Therapierahmen und tagesaktuellen Gegebenheiten ab *[763]*.

Umschriebene Kontraindikationen für Künstlerische Therapien (insbesondere im Gruppensetting) sind akutpsychotische Phasen *[824] [825]* und fehlende Compliance eines Patienten oder einer Patientin zu einer aktivierenden Behandlungsmaßnahme *[826] [827]*.

Folgende **künstlerisch-therapeutische Zielstellungen** stehen in der Behandlung von Patient:innen mit schweren psychischen Störungen im Vordergrund:

- *Wiedergewinnung, Erhaltung und Förderung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*, z. B. durch die Förderung von Ressourcen, Steigerung der Leistungsbereitschaft durch Stärkung von Eigenmotivation, Entwickeln eigener Ziele und Verbesserung der Selbststrukturierungs- und Konzentrationsfähigkeit sowie Verbesserung der Lebensqualität durch Stimulation und Zugang zu Entspannung, Achtsamkeit, Genuss- und Rekreationsfähigkeit, sowie positivem Affekterleben

- *Stabilisierung und Stärkung der Selbstregulation*, z. B. durch die Wiedergewinnung des Selbst- und Realitätsbezugs, Entwicklung der modalen und integrativen Wahrnehmung, Entwicklung affektiver Kompetenzen, Stärkung des Selbstwirksamkeits- und Kontrollerlebens sowie Entwicklung von Handlungskompetenzen

- *Entwicklung psychosozialer Kompetenzen*, z. B. durch Erweiterung der interpersonalen Kommunikation und Verbalisierungsfähigkeit durch die Verzahnung nonverbaler und verbaler Interaktion sowie Steigerung der emotionalen Anteilnahme und Schwingungsfähigkeit

Künstlerische Therapien sind innerhalb der psychosozialen Leistungen angesiedelt und erfahren eine explizite **Abgrenzung** gegenüber der Ergotherapie. Letztere ist auf die Anwendung spezifischer Aktivitäten zur Begrenzung der Folgen von Behinderung und zur Förderung der Unabhängigkeit und Teilhabe in allen Bereichen des täglichen Lebens gerichtet **(Kapitel Evidenzkapitel Ergotherapie**). Künstlerische Therapien zielen mit Gestaltungs- und Symbolisierungsprozessen primär durch die psychologisch fundierte Besserung der psychischen und sozialen Wahrnehmungs- und Regulationsfähigkeit der Patient:innen auf die Wiedergewinnung und Erhaltung von Gesundheit. Gleichzeitig kann ein künstlerisches Tätigsein oder die Auseinandersetzung mit Kunst die soziale Teilhabe verbessern.

Es wurden Studien aus den Bereichen der Musiktherapie, der Kunsttherapie, der Dramatherapie sowie der Tanz- und Bewegungstherapie subsummiert. Allen gemeinsam sind die oben benannten allgemeinen Wirkmechanismen. Zusätzlich werden spezifische Wirkfaktoren beschrieben. 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 und deshalb auch im **Kapitel Evidenzkapitel Bewegungs- und Sporttherapie** in dieser Leitlinie beschrieben werden. Sowohl in Übersichtswerken zu Körperpsychotherapien *[828] [829] [830]* als auch zu Künstlerischen Therapien *[766] [763] [831] [818] [772]* wird die Tanztherapie genannt, ebenso wie im Lehrbuch zu Bewegungstherapien bei psychischen Erkrankungen *[832]*.

Ulfried Geuter greift diese Schwierigkeiten hinsichtlich der **Abgrenzung** auf. Wohingegen bei den Tanz- und Bewegungstherapien eine gewisse Klarheit hinsichtlich der Begrifflichkeiten herrsche, so werden diese über die verwendeten Mittel in der Therapie, nämlich die Mittel von Bewegung und Tanz definiert, existiere bei den Begriffen von Körpertherapie und Körperpsychotherapie weit mehr Vielfalt der dahinterliegenden Ansätze und Konzepte. Allerdings ließe sich auch hier auf Grundlage der verwendeten „Mittel" definieren, was körperpsychotherapeutische Verfahren sind; Krankheit und Leid werde hier mit körperlichen und psychischen Mitteln zugleich und systematisch begegnet. Körperpsychotherapie schließt also seelische Belange gleichermaßen ein, wie interpersonelle Geschehnisse im Rahmen der therapeutischen Beziehung und die körperliche Ebene *[829]*.

Geuter (2023) zieht eine **konzeptionelle Grenze** zwischen funktional orientierten Körpertherapien, Bewegungs- und Sporttherapien, die über physiologische Parameter auf die Seele einen Einfluss nehmen, und Körperpsychotherapie: „Körperpsychotherapie bezieht sich im Unterschied zur Körpertherapie immer auch auf psychologische und psychotherapeutische Modelle und geht von einem Verständnis der psychischen Funktionen, der Persönlichkeit und der Entwicklung aus" (vgl. *[829]*). Diese Konzeption trifft auch auf die Tanztherapie zu *[762]*. An verschiedenen Stellen wird die Tanz- und Bewegungstherapie unter den verschiedenen körperpsychotherapeutischen Verfahren subsumiert *[833] [834]*.

Von ganz besonderer Bedeutung der **Tanz- und Bewegungstherapie** ist allerdings **die Dimension des Ästhetischen** und seiner positiven psychischen Wirkung, wie auch das reflexive Verarbeitungsmoment und sein Stellenwert in der therapeutischen Vor- und Nachbesprechung mit dem Patienten, die psychotherapeutisch orientiert sind *[835] [762] [766]*. Der Professor für Bewegungs- und Sporttherapie Gerd Hölter schreibt: „sichtet man kritisch die bisher besonders in der Sporttherapie vorgeschlagenen Methoden, dann sind sie […] mehr symptomfokussiert, supportiv, auf Aktion, Aktivität und Spiel beruhend und weniger einsichtsorientiert, klärend, non-direktiv und patientengesteuert. Dies entspricht auch weitgehend den bisherigen Professionalisierungsprofilen und der institutionellen Verankerung der Bewegungstherapeuten im Kliniksystem." *[832]*. Vorgehensweisen wie kognitiv-affektive Klärung, personenbezogene, einsichts- oder emotionsorientierte Interventionen und die Anwendung von Reflexion und Gesprächen erfordern eine Zusatzqualifikation mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, zu der er die Tanztherapie zählt *[832]*. In dem Fall findet quasi ein Verfahrenswechsel von der originären Sporttherapie zur Künstlerischen Therapie statt.

Es ist allerdings nicht Ziel und Aufgabe der vorliegenden Leitlinie, hier eine verbindliche Abgrenzung und Einordnung vorzunehmen. Die Ausführungen sollen in erster Linie die Schwierigkeit dabei aufzeigen. Es wird deshalb in beiden Kapiteln (Künstlerische Therapien, Bewegungs- und Sporttherapien) relevante Evidenz aufgeführt.

Es sei zudem darauf verwiesen, dass in der systematischen Recherche nicht alle Ansätze der Künstlerischen Therapien berücksichtigt wurden. Wie bereits in der Einleitung dargestellt, gibt es hier eine große Breite. Gleichwohl gibt es auch hier zunehmend Evidenz, wie beispielsweise eine randomisierte kontrollierte Studie aus Deutschland zur Fototherapie auf kunsttherapeutischer Basis zeigt *[836]*.

Schwach

Empfehlung 33 **NEU**	**Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Künstlerische Therapien"**
Empfehlungsgrad **B**	Künstlerische Therapien mit ihren Spezialisierungen in Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie sollten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Abhängigkeit von individuellen Bedarfen und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Praktische Informationen

Die Umsetzung Künstlerischer Therapien erfolgt v. a. im Rahmen einer multimodalen Behandlung in stationären und teilstationären Behandlungszusammenhängen. In ambulanten Settings stehen sie nicht regelhaft zur Verfügung. Im Entgeltsystem sind sie unter dem Begriff **„Spezialtherapien“** verortet *[1321]*.

Ergänzende Hinweise

Durchführung Künstlerischer Therapien

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

- Einbindung in den psychiatrisch- psychotherapeutischen Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplan,
- Anwendung im ambulanten, (teil-)stationären oder stationsäquivalentem Setting möglich, darüber hinaus in rehabilitativen Settings,
- Personenzentriertes und zielgerichtetes Vorgehen,
- Anregung und Hinführung zur Fortführung der künstlerischen Tätigkeit nach Abschluss der Therapie, (evtl. auch über Assistenzleistungen)
- 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 und entsprechend des aktuellen Gesundheitszustandes,
- Frequenz und Intensität der Sitzungen entsprechend der Schwere der Erkrankung,
- Als Besonderheit sind die urheberrechtlichen Bestimmungen und ethischen Grundsätze im Umgang mit den Kunstwerken von Patient:innen zu beachten. Diese dürfen nicht ohne Einwilligung der Patient:innen zu Dekorations-, Publikations- oder Forschungszwecke genutzt werden.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Bezogen auf die in dieser Leitlinie betrachtete Zielgruppe der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung liegt nach wie vor keine ausreichende Datenbasis vor, um die Wirksamkeit zuverlässig zu beurteilen. Durch eine **zusätzliche Musiktherapie** zeigen sich v. a. Hinweise auf:

- eine verbesserte psychopathologische Symptomatik (allgemein, Negativsymptomatik, depressive Symptome) und
- auf die Lebensqualität.

Allerdings muss von einer hohen Heterogenität ausgegangen werden. Für die **Kunst-, Drama und Tanztherapie** liegen für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen inkonsistente Befunde bzw. eine sehr schwache Befundlage basierend auf kleinen Stichproben vor. Bei der Interpretation der einzelnen Ergebnisse sind zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen, wie beispielsweise die Wahl der Kontrollintervention, Drop-out-Raten oder die Charakteristika der Studienteilnehmenden. Festzustellen bleibt, dass die Qualität der Belege für die Ansätze Künstlerischer Therapien in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen insgesamt gering bleibt und weitere gut konzipierte Studien mit größerem Stichprobenumfang und hoher Qualität erforderlich sind, um die Wirksamkeit dieser Ansätze in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zu bestätigen und die positiven Effekte aus kleineren Studien replizierbar zu machen.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

GRADE	Vergleich von Kunsttherapie (KT) vs. Kontrollgruppe (TAU) *[842]*
Evidenz1	Es ist unklar, ob KT die Negativsymptomatik sign. stärker verbessert.

Sehr Gering (⊕⊖⊖⊖)	Es ist unklar, ob KT die Positivsymptomatik sign. stärker verbessert
Sehr Gering (⊕⊖⊖⊖)	Es ist unklar, ob KT die sozialen Funktionen verbessert
Sehr Gering (⊕⊖⊖⊖)	Vergleich von Musiktherapie (MT) vs. Kontrollgruppe (TAU) *[839]*
	MT verbessert die Negativsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne MT
	Befunde bez. Sozialer Funktionen sind widersprüchlich
	MT reduziert die psychiatrische Gesamtsymptomatik stärker
Gering (⊕⊕⊖⊖)	MT erhöht die Lebensqualität stärker als eine Behandlung ohne MT
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	Vergleich von Tanztherapie (TT) vs. Kontrollgruppe (TAU)2 *[844]*
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	TT verbessert die Negativsymptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne TT
	TT erhöht die Behandlungszufriedenheit nicht stärker
	TT erhöht die Lebensqualität nicht stärker als eine Behandlung ohne TT
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	
Gering (⊕⊕⊖⊖)	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

2 basierend auf 1 RCT (N = 45)

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Die Abbruchraten in den einzelnen Studien schwanken. Es ist nicht auszuschließen, dass z. T. auch (krankheitsbedingte) motivationale Faktoren eine Rolle spielen. Allerdings ist aus den bisher vorliegenden Studien nicht ersichtlich, dass die Abbruchrate in der Interventionsgruppe überwiegt. Die Indikation für eine solche Therapie sollte immer auch unmittelbar von den Präferenzen des Einzelnen abhängen.

Ressourcen

Wichtige Probleme oder potenzielle Probleme, die nicht untersucht wurden

Es liegen nahezu keine Untersuchungen zur Kosteneffektivität Künstlerischer Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vor. Lediglich Priebe et al. (2016) *[837]* untersuchten die Kosteneffektivität von BPT gegenüber Pilates. Es zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede.

Versorgungsalltag: Zahlreiche und sehr unterschiedliche Ansätze der Künstlerischen Therapien sind im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag in Deutschland weit verbreitet. In der Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen spielen insbesondere, die im (teil-)stationären Setting etablierten Angebote eine große Rolle (Ganter-Argast et al. 2022). Einheitliche Standards in der Ausbildung gibt es bisher nicht, viele Berufsbezeichnungen sind nicht geschützt. Neue Chancen einer stärkeren Umsetzung ergeben sich durch das BTHG, v. a. im Rahmen der Assistenzleistung zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben in Form der Befähigung zur eigenständigen Alltagsgestaltung (§ 113 (2) Nummer 2 SGB IX).

Rationale

Diese Leitlinie konzentriert sich auf wesentliche Ansätze Künstlerischer Therapien und verzichtet dabei auf eine Binnendifferenzierung innerhalb der einzelnen Ansätze. Den Schwerpunkt bildet vielmehr die Suche nach qualitativ hochwertigen Studien und Metaanalysen, um eine Aussage bezüglich der Effektivität Künstlerischer Therapien im Hinblick auf relevante Zielgrößen treffen zu können.

Die Ergebnisse der untersuchten Studien beziehen sich häufig auf Patient:innen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, beziehen aber auch Patient:innen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen ein. Daneben existieren Studien, die primär einen störungsübergreifenden Ansatz verfolgen. Einige wenige Studien untersuchen Patient:innen mit schwerer Depression und eine der berücksichtigten Studien schwer

beeinträchtigte Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Künstlerische Therapien wurden in der Regel als zusätzliche Behandlungsform im Rahmen herkömmlicher psychiatrischer Behandlung bzw. gegenüber Wartegruppe untersucht.

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Autoren der **Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie** von 2009 *[1309]* griffen in ihrer Metaanalyse auf verschiedene kunsttherapeutische Ansätze gleichzeitig zurück. Sie leiteten aus der damaligen Metanalyse eine konsistente Evidenz für die Reduktion der Negativsymptomatik verglichen mit einer herkömmlichen Behandlung ab und empfahlen allen Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis eine solche Behandlung. Der mittlere bis starke Effekt am Ende der Behandlung (SMD -0,59, [95 % KI -0,83 bis -0,36], 5 Studien) blieb in zwei Studien auch bis zu sechs Monaten nach Behandlungsende nachweisbar (SMD -0.77, [95 % KI-1,27 bis -0,26]). Der Effekt erwies als sich 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 (NICE 2014) erfolgte keine Überarbeitung der Evidenz und Empfehlungen zu Künstlerischen Therapien.

In der ebenfalls veralteten **schottischen Leitlinie zum Management of Schizophrenia** werden **Künstlerische Therapien** mit einer Empfehlungsstärke B empfohlen. Die Evidenzbasis hierfür gründet sich auf der Metaanalyse der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie sowie auf der weiter unten zitierten MATISSE-Studie *[1310]*.

Systematische Übersichtsarbeiten

Berücksichtigt werden hier weiterhin die Metaanalysen der Cochrane Collaboration zu verschiedenen Ansätzen der Künstlerischen Therapien bei Patient:innen mit Schizophrenie und anderen schweren psychischen Erkrankungen. Eine aktualisierte Recherche nach Übersichtsarbeiten in 2024 lieferte drei Arbeiten, deren Ergebnisse zu keiner wesentlichen Änderung der Befundlage und Empfehlungsstärke führen. Tabelle 61 gibt einen Überblick zu wichtigen Merkmalen der betrachteten Arbeiten.

In einem systematischen Review zu RCTs zur Wirksamkeit **verschiedener Ansätze Künstlerischer Therapien** konnten 9 RCTs identifiziert werden: Kunsttherapie (k = 3), Musiktherapie (k = 3), körperorientierte Psychotherapie (k = 2) und Tanztherapie (k = 1). Die Effektgrößen sowohl für die Gesamtsymptome (g = -0,27 [95 % KI -0,60 bis 0,05], k = 6] und für positive Symptome (g = -0,10 [95 % KI -0,35 bis 0,15], k = 6) waren nicht signifikant. Als statistisch signifikant erwies sich der Effekt auf eine verringerte Negativsymptomatik (g = -0,42 [95 % KI -0,70 bis -0,14], k = 9). Die Verringerung der Negativsymptome schien in Studien mit einem höheren Anteil an Frauen und in Studien mit jüngeren Patienten größer. Entscheidend bei der Interpretation ist, dass die Verringerung der Negativsymptome nach der Intervention auf Studien von geringerer Qualität beschränkt war; sie zeigte sich nicht in Studien, in denen die Ergebnisse verblindet erhoben und bewertet wurden. Zudem kann ein Publikationsbias nicht ausgeschlossen werden *[838]*.

Tabelle 61: 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 *[1309]*	6 RCTs[1]	Schizophrenie SMI N=382	5-20 Wochen	Bis zu 6 Monaten
	Laws & Conway 2019 *[838]* **NEU**	9 RCTs[2]	Schizophrenie N=948	Bis zu 12 Wochen	Behandlungsende
Musiktherapie	Geretsegger et al. 2017 *[839]* **NEU**	18 RCTs[3]	Schizophrenie SMI N=1.215	1 bis 9 Monate	Medium term: 3 bis 6 Monate
	Jia et al. 2020 *[840]* **NEU**	14 RCTs 4 Nicht-RCTs	Schizophrenie N=1.212	7 bis 120 Sitzungen	Behandlungsende
Kunsttherapie	Ruddy & Milnes 2005 *[841]*	2 RCTs[5]	Schizophrenie SMI N=137	12-20 Wochen	6 bis 9 Monate
	Ruiz et al. 2017 *[842]* **NEU**	4 RCTs[6]	Schizophrenie SMI	6 Wochen bis 1 Jahr	bis zu 24 Monaten

			N=612		
Dramatherapie	Ruddy & Dent-Brown 2007 *[843]*	5 RCTs[7]	Schizophrenie SMI N=210	4-22 Wochen	Behandlungsende
Tanztherapie	Ren & Xia 2013 *[844]*	1 RCT[8]	Schizophrenie SMI N=45	10 Wochen	4 Monate
	Meekums et al. 2015* *[845]*	Röhricht 2013	Depression N=31	10 Wochen	Behandlungsende

Erläuterungen: RCTs Randomisierte kontrollierte Studien, SMI schwere psychische Erkrankungen, *Extraktion relevanter Primärstudien

Berücksichtigt werden hier weiterhin die Metaanalysen der Cochrane Collaboration zu verschiedenen Ansätzen der Künstlerischen Therapien bei Patient:innen mit Schizophrenie und anderen schweren psychischen Erkrankungen. Eine aktualisierte Recherche nach Übersichtsarbeiten in 2024 lieferte drei Arbeiten, deren Ergebnisse zu keiner wesentlichen Änderung der Befundlage und Empfehlungsstärke führen. Tabelle 61 gibt einen Überblick zu wichtigen Merkmalen der betrachteten Arbeiten.

In einem systematischen Review zu RCTs zur Wirksamkeit **verschiedener Ansätze Künstlerischer Therapien** konnten 9 RCTs identifiziert werden: Kunsttherapie (k = 3), Musiktherapie (k = 3), körperorientierte Psychotherapie (k = 2) und Tanztherapie (k = 1). Die Effektgrößen sowohl für die Gesamtsymptome (g = -0,27 [95 % KI -0,60 bis 0,05], k = 6] und für positive Symptome (g = -0,10 [95 % KI -0,35 bis 0,15], k = 6) waren nicht signifikant. Als statistisch signifikant erwies sich der Effekt auf eine verringerte Negativsymptomatik (g = -0,42 [95 % KI -0,70 bis -0,14], k = 9). Die Verringerung der Negativsymptome schien in Studien mit einem höheren Anteil an Frauen und in Studien mit jüngeren Patienten größer. Entscheidend bei der Interpretation ist, dass die Verringerung der Negativsymptome nach der Intervention auf Studien von geringerer Qualität beschränkt war; sie zeigte sich nicht in Studien, in denen die Ergebnisse verblindet erhoben und bewertet wurden. Zudem kann ein Publikationsbias nicht ausgeschlossen werden *[838]*.

Geretsegger et al. (2017) *[839]* konnten in ihrem Cochrane Review zur Wirksamkeit von Musiktherapie bei schweren psychischen Erkrankungen 18 Studien mit insgesamt 1.215 Teilnehmenden aufnehmen. In diesen Studien wurden die kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen der Musiktherapie betrachtet, wobei die Behandlungsdosis zwischen sieben und 240 Sitzungen variierte. Insgesamt stammen die meisten Informationen aus Studien mit geringem oder unklarem Verzerrungsrisiko. Ein positiver Effekt (Tabelle 61, Tabelle 62) wurde auf den Gesamtzustand (global state) für Musiktherapie im Vergleich zur Standardbehandlung festgestellt (mittelfristig, 2 RCTs, N = 133, RR = 0,38 [95 % KI 0,24 bis 0,59], Evidenz von geringer Qualität,). Positive Effekte durch eine Musiktherapie wurden mittelfristig auch auf die Negativsymptomatik deutlich (3 RCTs, N = 177, SMD - 0,55 [95 % KI -0,87 bis -0,24], geringe Qualität der Daten). Die Endpunktwerte für den allgemeinen psychischen Zustand auf der Skala zur Erfassung positiver und negativer Symptome waren unter Musiktherapie besser (2 RCTs, N = 159, SMD -0,97 [95 % KI -1,31 bis -0,63], Evidenz von geringer Qualität), ebenso wie die durchschnittlichen Endpunktwerte auf der Brief Psychiatric Rating Scale (1 RCT, N = 70, SMD-1,25 [95 % KI -1,77 bis -0,73], Evidenz von mittlerer Qualität). Mittelfristige durchschnittliche Endpunktwerte anhand der Global Assessment of Functioning zeigten keinen Einfluss der Musiktherapie auf die allgemeine Funktionsfähigkeit (2 RCTs, N = 118, SMD -0,19 [95 % KI -0,56 bis 0,18, mäßige Qualität der Evidenz). Allerdings wurden positive Auswirkungen der Musiktherapie auf die soziale Funktionsfähigkeit (Social Disability Screening Schedule Scores; 2 RCTs, N = 160, SMD-0,72 [95 % KI -1,04 bis -0,40) und die Lebensqualität (General Well-Being Schedule Scores: 1 RCT, N = 72, SMD 1,82 [95 % KI 1,27 bis 2,38], mäßige Qualität) messbar. Es lagen keine Daten zu unerwünschten Wirkungen, zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen, zur Inanspruchnahme von Dienstleistungen oder zu den Kosten vor *[839]*.

Jia et al. (2020) *[840]* bewerteten 3 Jahre später die **Wirksamkeit einer zusätzlich zur Routinebehandlung angewendeten Musiktherapie** in der Behandlung von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Tabelle 61). Neben 14 RCTs wurden auch 4 kontrollierte Studien (N = 1.212) eingeschlossen; das Design allerdings bei den Analysen berücksichtigt. 14 der berücksichtigten Studien wurden im asiatischen Raum durchgeführt; lediglich drei der Studie in Europa (Deutschland, Italien, UK). 13 der Studien waren in ein stationäres Setting eingebettet. Metaanalysen zeigten, dass die begleitende Musiktherapie die Gesamtsymptomatik signifikant verbesserte (SMD = -0,48 [95 % KI: -0,74 bis -0,22], k = 13, p < 0.05, I^2 = 72 %), ebenso die Negativsymptomatik (SMD = -0,56 [95 % KI: -0,72 bis -0,40], k = 15, p < 0,05, I^2 = 30 %), die depressive Symptomatik (SMD = -0,35 [95 % KI: -0,54 bis -0,17], k = 8, p < 0.05, I^2 = 14 %) und die Lebensqualität (SMD = 0,35 [95 % KI: 0,07 bis 0,62], k = 4, p < 0.05, I^2 = 0 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (TAU, Warteliste, Psychopharmakotherapie). Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten sich auch für separate Analysen in Abhängigkeit des Studiendesigns für die Gesamt- und die Negativsymptomatik. Es zeigte sich kein Unterschied hinsichtlich der Positivsymptomatik (SMD = −0.27 [95 % KI: −0.54 bis 0], k = 12, p = 0.05, I^2 = 70 %). Es gibt keine Hinweise auf einen Publikationsbias für die Gesamt-, Negativ- und Positivsymptomatik. Gründe für die Heterogenität werden u. a. in den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zur Ergebnismessung, in unterschiedlicher Häufigkeit der Sitzungen und Dauer der Musiktherapie gesehen. Die Qualität der Belege bleibt insgesamt gering und es sind weitere gut konzipierte Studien mit größerem Stichprobenumfang und hoher Qualität erforderlich, um die Wirksamkeit der begleitenden Musiktherapie bei der Behandlung von Schizophrenie zu bestätigen *[840]*.

Tabelle 62: Effekte von Künstlerischen Therapien aus aggregierter Evidenz

	Künstlerische Therapien	Musiktherapie	Kunsttherapie	Dramatherapie	Tanztherapie

	NICE *[1309]* 2009	Laws & Conway 2019 *[838]* **NEU**	Geretsegger et al. 2017 *[840]* **NEU**	Jia et al. 2020 *[840]* **NEU**	Ruddy & Milnes *[841]* 2005	Ruiz et al. 2017 *[842]* **NEU**	Ruddy & Dent-Brown 2007 *[843]*	Ren & Xia *[844]* 2013
Merkmale klinischer Recovery								
Symptomschwere (allgemein)	~	~	++	++				~
• Negativsymptomatik	++	++	++	++	++[1]	++[1]		++[1]
• Positivsymptomatik	~	~		~		++/~[1]		~
• Depressive Symptomatik				++				
Allgemeinbefinden			++					
Merkmale sozialer und persönlicher Recovery								
Soziale Funktionen	~		~/++[1]		~	~[1]		
Lebensqualität	~		++[1]	++	~	~[1]		~
Selbstbewusstsein							++[1]	
Minderwertigkeitsgefühle							++[1]	
Behandlungsassoziierte Merkmale								
Behandlungsabbrüche	~				~	~[1]	~	
Behandlungszufriedenheit	~							~

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ¯ Reduktion, Erhöhung; [1] Ergebnisse beziehen sich auf Einzeldaten

Auch Lassner et al. (2024) *[846]* kommen in ihrem aktuellen Review mit Metaanalysen zu dem Schluss, dass **Musiktherapie ein vielversprechendes Potenzial** als ergänzendes Element in der Behandlung psychischer Erkrankungen birgt. Gleichzeitig verweisen sie auf methodische Schwächen und eine hohe Variabilität. Bezogen auf die Patientengruppe mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis werden v. a. zwei Arbeiten *[839]* *[840]*zitiert, die auch im Rahmen der Recherchen der vorliegenden Leitlinie identifiziert werden konnte (Tabelle 61).

Eine ältere Arbeit der Cochrane Schizophrenia Group zur **Effektivität von Kunsttherapie** bei schizophrenen Erkrankungen *[841]* schloss damals zwei randomisierte kontrollierte Studien (N=137) *[1311]*[1312]* ein. Beide Studien wurden auch in der Metaanalyse von NICE betrachtet *[1309]*. Es zeigte sich bezogen auf die Negativsymptomatik ein signifikanter Vorteil in der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe (Standardbehandlung). Am Ende der Behandlung schien die Negativsymptomatik stärker reduziert durch Kunsttherapie. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich anderer krankheitsassoziierter Merkmale sowie hinsichtlich sozialer Funktionen und Lebensqualität.

Die **Wirksamkeit von Kunsttherapie** als ergänzende Therapie für Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und anderen schweren psychischen Erkrankungen wurde auch von Ruiz et al. (2017) untersucht *[842]*. Eine systematische Suche führte zum Einschluss von vier RCTs; drei der Studien wurden in einem ambulanten Setting durchgeführt. Alle Therapien erfolgten in einem Gruppenformat. Die Kontrollintervention umfasste in drei Studien eine herkömmliche Behandlung; in einer der Studien eine aktive Kontrolle. Outcomes waren Negativsymptomatik, allgemeine Symptomatik, soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und die Akzeptanz. Die Autor:innen kamen zu dem Schluss, dass keine sichere Aussage darüber möglich sei, ob Kunsttherapie (visuelle/plastische Künste) zu einer klinischen Verbesserung bei Schizophrenie führt *[842]*.

Eine aktuelle systematische Übersicht und Metaanalyse zu den Ergebnissen 31 randomisierter kontrollierter Studien (RCTs) zur visuellen Kunsttherapie (Malen, Handarbeiten, chinesische Kalligraphie) Patient:innen mit der Diagnose einer Schizophrenie verweist auf geringe bis moderate Effekte auf die Symptome der psychischen Erkrankung, insbesondere auf die Positiv- und Negativsymptomatik, ebenso auf depressives und ängstliches Erleben. Subgruppenanalyse ergaben, dass die Verbesserung stärker in der asiatischen gegenüber der europäischen Bevölkerung und bei einer größeren wöchentlichen Behandlungsdauer beobachtbar war *[847]*. Es zeigen sich auch hier positive Effekte v. a. hinsichtlich klinischer Recovery, allerdings ist auch hier die Studienqualität durch ein hohes Verzerrungspotenzial beschränkt. Die Berücksichtigung dieser Arbeit führt nicht zu einer Änderung der Empfehlung.

Ruddy und Dent-Brown (2007) *[843]* untersuchten den **Effekt von Dramatherapie bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** (schizophrene Erkrankungen, affektive Erkrankung mit psychotischer Symptomatik, schwere Persönlichkeitsstörungen). Die Stichprobengröße der fünf Studien schwankte zwischen 15 und 87 Patient:innen. Alle Behandlungen wurden in einem stationären Setting und im Gruppenformat durchgeführt. In zwei chinesischen Studien wurde der Effekt von Dramatherapie hinsichtlich der Verbesserung des

Selbstwertgefühls *[1313]* bzw. der psychopathologischen Symptomatik *[848]* bei den Patient:innen untersucht. Die beschriebenen Interventionen in zwei weiteren Studien aus den USA *[849]* *[850]* lassen sich laut Autoren eher als soziale Rollenspielgruppen mit dem Ziel verbesserter sozialer Fertigkeiten einordnen und sind deshalb nicht in einer gemeinsamen Analyse vergleichbar. In allen Gruppen wurden Situationen und Szenen „gespielt" und im Anschluss auf unterschiedliche Art und Weise betrachtet und diskutiert. Bei den Kontrollinterventionen handelte es sich um herkömmliche Behandlungen in einem stationären Setting einschließlich medikamentöser Therapie. Aufgrund der kleinen Stichproben, beschriebener Unterschiede in den Interventionsansätzen und auf sehr alten Einzeldaten beruhender Berechnungen ist eine zuverlässige Aussage zur Effektivität von Dramatherapie kaum möglich.

Xia und Grant (2009) *[851]* schlossen in dem 2009 erschienenen Cochrane Review lediglich eine britische randomisierte kontrollierte Studie ein, in der die **Effektivität einer Bewegungstherapie** (Body-oriented Psychological Therapy, BPT) gegenüber Supportive Counselling und herkömmlicher Versorgung untersucht wurde *[834]*. Diese Studie wurde auch in die Metaanalyse der Leitlinie des National Institute for Health and Clinical Excellence zur Behandlung der Schizophrenie von 2009 *[1309]* aufgenommen. Es wurden erwachsene Patienten (Alter: 20-55 Jahre) mit einer Schizophrenie und sehr langer Erkrankungsdauer in einem gemeindenahen Setting ambulant behandelt. Die Experimentalintervention, die zusätzlich zur Routineversorgung angeboten wurde, umfasste bei einer Behandlungsintensität von 20 zwei-wöchigen Sitzungen die Anwendung verschiedener Körperbewegungen und Kreationen von Skulpturen in der Gruppe und eine entsprechende Reflexion des Erlebten. 40 Prozent der Patienten in beiden Gruppen brachen die Behandlung vorzeitig ab. Am Ende der Behandlung wurde eine Reduktion der Negativsymptomatik um mehr als 20 Prozent auf der Negativsymptomatikskala häufiger in der Interventionsgruppe messbar. Ein signifikanter Effekt wurde auch hinsichtlich der Differenz der Skalenwerte bezogen auf die Negativsymptomatik am Ende der Behandlung zugunsten der BPT-Gruppe sichtbar, nicht jedoch bezogen auf die Positivsymptomatik. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit durch die Patienten sowie der Lebensqualität am Behandlungsende. Eine aktuelle Recherche in 2012 führte nicht zur Identifikation neuer relevanter Studien *[844]*.

Ein Cochrane Review zur Bewertung der Effektivität von **Tanz- und Bewegungstherapie** bei depressiven Patienten verweist auf einen für unsere Zielgruppe relevanten Treffer (vgl. Abschnitt Evidenz aus Einzelstudien) *[845]*.

Evidenz aus Einzelstudien

Musiktherapie

Musiktherapie *ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit. Musiktherapie ist eine praxisorientierte Wissenschaftsdisziplin, die in enger Wechselwirkung zu verschiedenen Wissenschaftsbereichen steht, insbesondere der Medizin, den Gesellschaftswissenschaften, der Psychologie, der Musikwissenschaft und der Pädagogik. Der Begriff „Musiktherapie" ist eine summarische Bezeichnung für unterschiedliche musiktherapeutische Konzeptionen, die ihrem Wesen nach als psychotherapeutische zu charakterisieren sind, in Abgrenzung zu pharmakologischer und physikalischer Therapie. Musiktherapeutische Methoden folgen gleichberechtigt tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutisch-lerntheoretischen, systemischen, anthroposophischen und ganzheitlich-humanistischen Ansätzen. (Quelle: https://www.Was ist Musiktherapie? - Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft)*

Aufgezeigt werden im Folgenden Einzelstudien, die nicht in den identifizierten Übersichtsarbeiten enthalten sind oder aufgrund der Größe der Stichprobe herausstechen.

Gruppenmusiktherapie bei Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen in einem randomisierten Crossover-Design erwies sich bezogen auf eine höhere Lebensqualität effektiv (Tabelle 63). Die Intervention umfasste (1) Singen vertrauter Lieder, (2) Schreiben und Proben eigener Songs und (3) die Produktion in einem professionellen Studio. Dieser Prozess wurde in Gruppendiskussionen eingebettet *[852]*.

Im Rahmen einer pragmatischen randomisierten kontrollierten Multicenter-Studie wurde der Effekt einer zweimal wöchentlich angebotenen **ressourcenorientierten Musiktherapie** im Einzelsetting für stationär und/oder ambulant behandelte Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung und geringer Therapiemotivation gegenüber herkömmlicher Behandlung allein untersucht. Dabei erwies sich die zusätzliche Musiktherapie bezogen auf eine verbesserte Negativsymptomatik und das soziale Funktionsniveau überlegen (Tabelle 63) *[853]*.

Ein **rezeptiver musiktherapeutischer Ansatz im Einzelsetting** (Hören von ruhiger Musik) führte bei Patient:innen mit schizophrener oder schwerer depressiver Erkrankung in einem stationären Setting zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik (Tabelle 63). Unterstrichen wurde dieser Befund durch einen physiologischen Parameter; so ließ sich in der Experimentalgruppe eine größere Entspannung durch den Anstieg der Alpha-Wellen im EEG nachweisen *[854]*.

Tabelle 63: Effekte von Musiktherapie aus Einzelstudien

	Grocke et al. 2014 *[852]*	**Gold et al. 2013*** *[853]*	**Yang et al. 2012** *[854]*	**Mohammadi et al. 2012*** *[855]*	**Radulovic et al. 1997** *[856]*
Zahl Teilnehmende N	N = 75	N = 144	N = 24	N = 96	N = 60
Diagnose	SMI	SMI	SMI	Schizophrenie	Depression
Setting	Gemeindepsychiatrie	Stationär, ambulant	stationär	stationär	stationär
Merkmale der Intervention	Song-writing	Ressourcen-orientiert Einzel	Rezeptiv	I aktiv II rezeptiv	Rezeptiv

	Gruppe		Einzel	Gruppe	Gruppe
Erhebung/Follow-up	Behandlungs-ende	9 Monate	1 Woche nach Behandlung	Behandlungs-ende	Behandlungsende
Merkmale klinischer Recovery					
Symptomschwere (allg.)	+	~			
• Negativsymptomatik		++		++	
• Positivsymptomatik				++[1]	
• Depressive Symptomatik					++
• Angstsymptomatik			++		
Allgemeinbefinden					
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery					
Soziales Funktionsniveau		++			
Lebensqualität	++				
Selbstbewusstsein/Selbstwirksam-keitserleben	+	~			
Behandlungsassoziierte Merkmale					
Behandlungsabbrüche		~			
Zufriedenheit Behandlung					

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion; Erhöhung; [1] Effekt bei weiblichen Studienteilnehmerninnen; SMI Severe Mental Illness, PTBS Posttraumatische Belastungsstörung

Sowohl ein **aktives als auch ein passives musiktherapeutisches Angebot** in der Tradition persischer Musik über 4 Wochen führte bei Patient:innen mit einer schizophrenen Erkrankung eher zu einer Verbesserung der Negativsymptomatik im Vergleich zur Positivsymptomatik gegenüber der Behandlung mit neuroleptischer Medikation allein. Besonders relevant erwies sich die Verbesserung auf der Subskala Anhedonie/Asozialität (Tabelle 63). Unter Berücksichtigung des Geschlechts zeigte sich auch eine Reduktion der Positivsymptomatik (insbesondere auf der Subskala der Wahnphänomene) bei den weiblichen Patient:innen *[855]*.

In einer weiteren Studie wurde die Effektivität einer zweimal wöchentlich durchgeführten **musiktherapeutischen Gruppenintervention** über sechs Wochen gegenüber stationärer Behandlung einschließlich antidepressiver medikamentöser Behandlung bei Patient:innen mit einer mittleren bis schweren Depression begleitet von psychotischen Symptomen überprüft wurde *[856]*. Die 60 eingeschlossenen Patienten waren zwischen 21 und 62 Jahre alt. In den 12 Sitzungen hörten die Patient:innen gemeinsam mit einem psychoanalytisch orientierten Therapeuten Musik und reflektierten dabei entstandene Gefühle. Am Ende der Behandlung war die depressive Symptomatik in der Interventionsgruppe stärker reduziert im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Kunsttherapie

Kunsttherapie wendet Bildende Kunst therapeutisch an. Mit zeichnerischen, malerischen, plastischen und anderen Medien werden im Rahmen der therapeutischen Beziehung psychische Entwicklungsprozesse ermöglicht. Es entstehen sinnlich erfahrbare Werke, die Erfahrungen, Gefühle, Gedanken und Fantasien abbilden (BAG KT 2019).

Im Bereich der Kunsttherapie soll an der Stelle auf zwei Studien verwiesen werden (Tabelle 64), obwohl sie in den aktuelleren Übersichten enthalten sind; eine davon wurde an der Charité Berlin durchgeführt.

Es handelt sich dabei um eine Pilotstudie, in der die Wirksamkeit von **Kunsttherapie** (2x wöchentlich über 6 Wochen) in der Behandlung schizophrener Patient:innen in akuter Episode in einem stationären Setting untersucht wurde. Positive Effekte wurden hinsichtlich der Positiv- und Negativsymptomatik sowie im Bereich sozialer Funktionen messbar *[858]*.

Explizit verwiesen wird auch auf die groß angelegte dreiarmige, randomisierte kontrollierte **MATISSE- (Multicenter study of Art Therapy In Schizophrenia: Systematic Evaluation) Studie**, die eher in ernüchternden Ergebnisse resultierte *[859]*. Hierzu wurden 417 Patient:innen mit einer Schizophrenie und älter als 18 Jahre aus dem gemeindepsychiatrischen Setting in 4 Zentren Englands und Nordirlands über 12 Monate behandelt und untersucht. Die Kunsttherapie (N = 140) bestand aus wöchentlichen Gruppensitzungen über 90 Minuten, in deren Rahmen den Patient:innen der Zugang zu verschiedenen Materialien ermöglicht wurde. Der zweite Interventionsarm (N = 140) sah einen vergleichbaren zeitlichen Umfang vor; im Rahmen dieser Activity Groups wurden die Teilnehmenden zu gemeinsamen Aktivitäten aufgefordert (z. B. Brettspiele, gemeinsames Sehen und Diskutieren von Filmen, Besuch eines lokalen Cafés). Die Kontrollgruppe (N = 137) umfasste die alleinige herkömmliche indizierte

Behandlung (fachärztliche ambulante Behandlung, Pharmakotherapie, Case Management) mit Ausnahme anderer kreativer Therapien. Es fanden sich 24 Monate nach Randomisierung keinerlei signifikante Effekte, weder hinsichtlich der primären Zielvariablen (soziales Funktionsniveau, Positiv- und Negativsymptomatik) noch hinsichtlich sekundärer Zielgrößen wie Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität und Wohlbefinden (Tabelle 64). Als eine anzunehmende Erklärung für den ausgebliebenen Behandlungserfolg wird die mangelnde Teilnahme an der Kunsttherapie benannt. Nahezu 40 Prozent der Teilnehmenden nahmen an keiner Gruppensitzung teil, ein anderer Teil der Patient:innen nahm lediglich unregelmäßig teil (im Median 11 Teilnahmen bei bis zu 51 angebotenen Sitzungen verteilt auf 1 Jahr). In diesem Zusammenhang werden Inakzeptanz der Intervention durch die Betroffenen bzw. mangelnde Ressourcen der Patient:innen (Motivation, Organisation, Mobilität) diskutiert *[860]*.

In einer **Sekundäranalyse der MATISSE-Studie** gingen Leurent et al. (2014) *[861]* den Hypothesen nach, dass die Effektivität der Kunsttherapie möglicherweise von ganz bestimmten Faktoren, wie (a) der Schwere der Negativsymptomatik oder (b) der Präferenz für eine Kunsttherapie abhänge. Es fand sich keine Bestätigung. Die Effektivität der Kunsttherapie unterschied sich nicht zwischen denjenigen Studienteilnehmenden mit mehr oder weniger ausgeprägter Negativsymptomatik und auch nicht zwischen denjenigen mit und ohne geäußerte Präferenz für eine solche Behandlung. Ebenso wenig zeigten sich Effekte in anderen Subgruppen (z. B. Geschlecht, Behandlungszufriedenheit, Erkrankungsdauer).

Tabelle 64: Effekte von Kunsttherapie aus Einzelstudien

	Montag et al. 2014 *[858]*	**Crawford et al. 2012** *[860]*
Anzahl Teilnehmende N (gesamt)	N = 58	N = 417
Diagnose	Schizophrenie	Schizophrenie
Setting	akut stationär	Gemeindepsychiatrie
Follow-up	12 Wochen nach Behandlungsende	24 Monate nach Randomisierung
Merkmale klinischer Recovery		
Symptomschwere (allgemein)		
• Negativsymptomatik	++	~
• Positivsymptomatik	++	~
• Depressive Symptomatik	~	
Allgemeinbefinden		~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
Soziales Funktionsniveau	++	~
Lebensqualität		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
Behandlungsabbrüche	-	-
Behandlungszufriedenheit	-	-

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion, Erhöhung

Drama- und Theatertherapie

*„Die **Drama- und Theatertherapie** ist eine Kunsttherapie, die die verwandelnde Kraft des Theaterspielens zu individual- und sozialtherapeutischen Zwecken einsetzt, wobei wir die Bezeichnung ‚Dramatherapie' für eine primär prozessorientierte Arbeit verwenden und als ‚Theatertherapie' eine auch produktorientierte Arbeit beschreiben, bei der die Erarbeitung und Aufführung eines Theaterstücks integraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist. […] Mit ‚Drama' ist hier der ästhetische, emotionale, expressive und kommunikative Prozess gemeint, der durch Theaterspiel stattfindet. Theater lädt dazu ein, im Spiel neue Handlungsmöglichkeiten zu entdecken und erweist sich somit als Potenzial für die Ver-Wandlung von Einzelnen und der Gemeinschaft. Die Dramatherapie konzentriert sich primär auf die gesunden Anteile der Persönlichkeit und stärkt diese. Der handlungs- und gegenwartsbezogene Aspekt steht im Vordergrund und der Einzelne wird immer als Teil und in Bezug zu einem größeren Ganzen gesehen. Dabei wird in der Drama-/Theatertherapie nicht nur auf biografisches Material, sondern v. a. auf fiktive Geschichten zurückgegriffen, die die gesamte Palette menschlicher Leidenschaften und ‚Dramen' enthalten und sie darstell- und handhabbar machen." [862].*

Es wurden in der Recherche keine aktuellen Effektivitätsstudien zur Dramatherapie identifiziert.

Tanz- und Bewegungstherapie

*„Die Integrative **Tanztherapie** ist eine kreative, ganzheitliche Behandlungsweise, die den Körper, die Bewegung und den Tanz für psychotherapeutische Zielsetzungen verwendet. Sie ist aufgrund ihres Mediums, des künstlerischen Tanzes, den kreativen und körpertherapeutischen Verfahren zuzuordnen. Sie fördert mit Hilfe des Mediums Tanz die psycho-physische Integration des Menschen." [762].*

In einer explorativen RCT wurde der Effekt einer 10-wöchigen manualisierten **Körperpsychotherapie** (BPT) bei chronisch depressiven Patienten untersucht. Es zeigte sich eine statistisch und klinisch relevante Verbesserung der depressiven Symptomatik im Fremdrating, nicht aber eine Verbesserung von Selbstbewusstsein und subjektiver Lebensqualität (Tabelle 65). Zudem zeichnete sich ein (nicht-signifikanter) Dosiseffekt ab *[863]*.

Die Effektivität von **BPT** wurde auch an einer größeren Stichprobe schizophren erkrankter Menschen mit einer deutlichen Negativsymptomatik gegenüber einer aktiven Kontrollintervention (Pilates) untersucht. Die Abbruchraten waren in beiden Gruppen gering. Hinsichtlich des primären Outcomes, der Negativsymptomatik (gemessen mit Hilfe der PANSS Negative Subscale) zu Behandlungsende und 6 Monate später zeigte sich kein Vorteil durch BPT gegenüber Pilates. In beiden Gruppen zeichnete sich eine leichte Reduktion der Negativsymptomatik über den Behandlungsverlauf ab (Tabelle 65). Ein statistisch signifikanter Effekt wurde allerdings mit Hilfe des Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms deutlich, der allerdings klinisch unbedeutend ist. Es zeigten sich auch darüber hinaus keine bedeutsamen Effekte *[837]*. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass auch durch die Anwendung von Pilates positive Effekte auf die psychische Symptomatik zu erwarten sind. Eine Metaanalyse zur Effektivität von Pilates gegenüber TAU verweist zumindest auf der Basis weniger kontrollierter Studien auf eine Reduktion depressiver und ängstlicher Symptome *[864]*. Zu wenig erforscht sind dabei bisher die zugrundeliegenden Wirkmechanismen beider Ansätze. Abzuleiten bleibt deshalb aus der vorliegenden Studie, dass keine Effekte durch BPT gegenüber Pilates in der Behandlung der Negativsymptomatik mit Hilfe der PANSS nachweisbar sind. Stattdessen zeigte sich in beiden Gruppen eine Reduktion dieser im Behandlungsverlauf, die für einen allgemeinen Effekt durch Bewegungsinterventionen sprechen. Interessanterweise konnte in einer Sekundäranalyse aufgezeigt werden, dass sich in der Gruppe der weiblichen Studienteilnehmerinnen sehr wohl ein statistisch signifikanter Effekt auf die Negativsymptomatik zeigte, nicht so in der Gruppe der männlichen Teilnehmer. Dieser Befund macht die Bedeutung der Charakteristika der Studienteilnehmenden noch einmal sehr deutlich *[865]*.

Tabelle 65: Effekte von Tanz- und Bewegungstherapie aus Einzelstudien

	Röhricht et al. 2013 *[863]*	**Priebe et al. 2016** *[837]*		**Martin et al. 2016** *[866]*	**Lee et al. 2015** *[867]*	**Gökcen et al. 2020** *[868]*	**Bryl et al. 2022** *[869]*
Patienten **Teilnehmerzahl N (gesamt),** **Diagnose, Setting**	N=31 Depression ambulant	N=275 Schizophrenie ambulant		N=68 Schizophrenie ambulant	N=38 Schizophrenie stationär	N=32 Schizophrenie ambulant	N=31 Schizophrenie ambulant
Follow-up	Behandlungs-ende	Behandlungsende	Nach 6 Monaten	Behandlungs-ende	Behandlungs-ende	Behandlungs-ende	Behandlungs-ende
Merkmale klinischer Recovery							
Symptomschwere (allgemein)		~	~			++	
• Negativsymptomatik		~	~	++	++	++	~
• Positivsymptomatik		~	~		~		
• Depressive Symptomatik	++	~	~		++		
• Angstsymptomatik					~		
• Ärger und -kontrolle					++		
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery							
Lebensqualität	~	~	~				
Selbstbewusstsein	~						
Soziale Aktivitäten/Kontakte		~	~				
Funktionelle Remission / Funktionen						++	~
Behandlungsassoziierte Merkmale							
Behandlungszufriedenheit		~	~				

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion, Erhöhung

In einer weiteren Studie untersuchten Martin et al. (2016) *[866]* die Effekte von 20 Sitzungen manualisierter **Bewegungstherapie**(BPT und Dance and Movement Therapy (DMT), Röhricht und Papadopoulos 2010) gegenüber TAU bei 68 Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und durchschnittlicher Erkrankungsdauer von ca. 16 Jahren in ambulanter Behandlung. Die Studie wurde an 3 Studienzentren in Deutschland (Heidelberg, Wiesloch, Mosbach) durchgeführt. Die Negativsymptomatik konnte signifikant um circa 20 Prozent reduziert werden. Im Bereich der Subskalen zeigten sich v. a. hinsichtlich der Aufmerksamkeit Verbesserungen.

Lee et al. (2015) *[867]* untersuchten ebenfalls die Effektivität einer **Tanz- und Bewegungstherapie** an Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N = 38). Die Patient:innen der Experimentalgruppe erhielten einmal wöchentlich über 12 Wochen eine tanztherapeutische Intervention sowie eine medikamentöse Behandlung; die Patient:innen der Kontrollgruppe lediglich die Medikation. Am Ende der Behandlung wurden eine signifikante Reduktion der Negativsymptomatik, der depressiven Symptomatik sowie von Ärger und eine signifikante Verbesserung der Ärgerkontrolle evident.

Zwei neuere RCTs mit jeweils geringem Stichprobenumfang liefern unterschiedliche Ergebnisse. Eine der beiden Studie wurde als randomisierte, kontrollierte und verblindete Studie konzipiert, die in einem kommunalen Zentrum für psychische Gesundheit in der Türkei durchgeführt wurde. Ziel der Studie war es, die Wirksamkeit einer zielgerichteten **Tanz- und Bewegungstherapie (DMT)** zusätzlich zu TAU auf die Symptomatik und die funktionelle Remission bei Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie (N = 32) zu untersuchen. Die Intervention bestand aus zweimal wöchentlich stattfindenden Tanz- und Bewegungstherapiesitzungen über 8 Wochen. Es wurden signifikante Verbesserungen hinsichtlich der Negativsymptomatik, der allgemeinen Psychopathologie sowie der funktionellen Remission nach der zielgerichteten Tanz- und Bewegungstherapiegruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe beobachtbar. Dabei wurde letztere mit Hilfe des Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS) zur Bewertung täglicher und sozialer Funktionen erhoben *[868]*.

In einer weiteren Studie wurden die Behandlungseffekte eines 10-wöchigen **Gruppen-Tanz-/Bewegungstherapieprogramms (DMT)** gegenüber TAU allein auf die Ausprägung der Negativsymptomatik und die psychosoziale Funktionsfähigkeit von Personen mit der Diagnose einer Schizophrenie (N = 31) untersucht. Die Ergebnisse (Tabelle 65) zeigten keine Verbesserung oder Verschlechterung des klinischen Zustands in der DMT-Gruppe *[869]*.

Zusammenfassung

Deutlich wird ein **Zuwachs an Studien**, auch mit einem RCT-Design und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit der verschiedenen Ansätze Künstlerischer Therapien in der Behandlung verschiedener psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren (z.B. *[1314][1315][1316][1317][1318][1319][1320][1321]*). Das Interesse an den Zusammenhängen von Kunst, Gesundheit und Wohlbefinden im Allgemeinen ist deutlich gestiegen. Ein unter der Verantwortung der WHO erarbeiteter Scoping-Review verweist auf über 900 Studien unterschiedlichen Designs. Insgesamt leiten die Autor:innen eine potenzielle Wirkung der Kunst auf die psychische und physische Gesundheit sowohl in präventiven als auch in Behandlungszusammenhängen ab. Beschrieben werden auch verschiedene Forderungen an zukünftige Untersuchungen zu den Auswirkungen von Kunst auf Wohlergehen und Gesundheit *[394]*.

Bezogen auf die in dieser Leitlinie betrachtete Zielgruppe der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung liegt nach wie vor keine ausreichende Datenbasis vor, um die Wirksamkeit zuverlässig zu beurteilen. Durch eine zusätzliche Musiktherapie zeigen sich v. a. Hinweise auf eine verbesserte psychopathologische Symptomatik (allgemein, Negativsymptomatik, depressive Symptome) *[839][840][853]* und auf die Lebensqualität *[840][852]*. Allerdings muss von einer hohen Heterogenität ausgegangen werden. Für die Kunst-, Drama und Tanztherapie liegen für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen inkonsistente Befunde bzw. eine sehr schwache Befundlage basierend auf kleinen Stichproben vor *[842][843][860][837][869][868]*. Bei der Interpretation der einzelnen Ergebnisse sind zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen, wie beispielsweise die Wahl der Kontrollintervention, Drop-out-Raten oder die Charakteristika der Studienteilnehmenden. Festzustellen bleibt, dass die Qualität der Belege für die Ansätze Künstlerischer Therapien in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen insgesamt gering bleibt und weitere gut konzipierte Studien mit größerem Stichprobenumfang und hoher Qualität erforderlich sind, um die Wirksamkeit dieser Ansätze in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zu bestätigen und die positiven Effekte aus kleineren Studien replizierbar zu machen.

[1] Green 1987, Richardson 2007, Röhricht 2006, Talwar 2006, Ulrich 2007, Yang 1998

[2] Yang 1998, Röhricht 2006, Ulrich 2007, Richardson 2007, Talwar 2008, Crawford 2010, Montag 2014, Lee 2015, Priebe 2016

[3] Ceccato et al. 2009, Cha et al. 2012, Chang et al. 2013, Fu et al. 2013, Gold et al. 2013, He et al. 2005, Li et al. 2007a, Liu et al. 2013, Lu et al. 2013, Mao et al. 2013, Mohammadi et al. 2012, Qu et al. 2012, Talwar et al. 2006, Tang et al. 1994, Ulrich et al. 2007, Wang et al. 2013, Wen et al. 2005, Yang et al. 1998

[4]Han et al. 2014, He et al. 2017, Jia et al 2018, Li et al. 2007, Lu et al. 2013, Peng et al. 2010, Tang et al. 1994, Wen et al. 2005, Yan et al. 2018, Yang et al. 1998, Yin et al. 2019, Jeon et al. 2017, Lee et al. 2014, Ulrich et al. 2007, Talwar et al. 2006, Hayashi et al. 2002, Morgan et al. 2011, Volpe et al. 2018

[5] Green 1987, Richardson 2007

[6] Richardson 2007, Montag 2014, Crawford 2010, 2012, Leurent 2014, Borchers 1985, Jones 1998, Green 1987

[7] Zhou 2002, Qu 2000, Whetstone 1986, Gutride 1973, Nitsun 1974

[8] Röhricht & Priebe 2006

10.5 Evidenzkapitel: Spezifische ergotherapeutische Interventionen

Hintergrund

Sinnvolle, praktische Tätigkeiten werden seit der Antike als Mittel der Behandlung psychisch kranker Menschen eingesetzt und gehören zu den ältesten Behandlungsformen psychischer Erkrankungen (Übersichten bei *[870] [871] [872]*). Reuster (2017) *[873]* begründet die **lange Tradition** des Einsatzes praktischer Tätigkeiten mit der (auch heute noch gültigen) klinischen Erfahrung, wonach Menschen mit psychischen Erkrankungen subjektive Entlastung finden, wenn sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten sinnvoll betätigen. Auch eine moderne psychiatrische Klinik ist danach ohne Formen organisierter sinnstiftender Aktivitäten der Patient:innen kaum vorstellbar. Bei nahezu allen psychischen Störungen ist über weite Strecken keine Inaktivierung erforderlich; (gemeinsame) bedeutungsvolle Betätigung wird aus verschiedenen Gründen als individuell hilfreich erlebt *[873]*.

Auch die **moderne Ergotherapie** (ET) nutzt den Wert sinnvoller und bedeutsamer Betätigung für psychisch erkrankte Menschen. Sie nimmt in der psychiatrischen Versorgung eine wichtige Rolle ein. Nach einer Erhebung des deutschen Krankenhausinstituts ist ET die am häufigsten angebotene nicht-medikamentöse Standardtherapie für depressiv erkrankte Menschen in psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen, d. h. sie wird auch häufiger angeboten als Psychotherapie *[874]*. Ein vergleichbares Bild ergab sich auch für Patient:innen mit schizophrenen Störungen *[875]*.

ET stützt sich auf Grundlagen verschiedener **Bezugswissenschaften** wie Medizin, Biologie, Psychologie, Soziologie und Pädagogik; in den letzten Jahren zunehmend aber auch auf die aus der eigenen Disziplin heraus entstandene Occupational Science *[876]*.

Der Ergotherapie-Weltverband (World Federation of Occupational Therapists, WFOT) bezeichnet ET als einen Gesundheitsberuf, der Gesundheit und Wohlbefinden durch die Teilhabe an Betätigungen befördert, die von Menschen gewünscht, gebraucht oder erwartet werden" *[880]*. Auch der Deutsche Verband Ergotherapie (DVE) versteht ET in diesem Sinn. Ergotherapeutische Interventionen zielen deshalb darauf ab, Menschen zu begleiten, zu unterstützen und zu befähigen, „die das Anliegen bzw. den Bedarf haben, sich selbst, ihr Handeln und ihre Alltags- und Lebenswelt zu verändern [, um sie in ihrer] Handlungskompetenz, Teilhabe und Lebensqualität nachhaltig zu stärken." *[877]*. Im Fokus der ET steht also das **(Wieder-) Erlangen sinnerfüllter Betätigungen im Alltag**.

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). Der Bereich der Freizeit umfasst Betätigungen, für die in der Regel keine formellen Verpflichtungen bestehen und die außerhalb von Produktivität und Selbstversorgung liegen. Ihr Hauptziel ist meist die eigene Entspannung und Freude an der Durchführung *[227]*. Es können jedoch auch Aktivitäten unter Freizeit fallen, die mit Anstrengung, Mühe und Herausforderungen verbunden sind (z. B. sportliche Aktivitäten, Garten- oder Heimwerkerprojekte). Mit Blick auf das **Recovery-orientierte Modell der psychosozialen Versorgung** sind ergotherapeutische Interventionen in verschiedenen Bereichen von Relevanz.

Berufspolitischer Exkurs: Ergotherapeut:innen führen ihre Berufsbezeichnung in dieser Form seit 1999. „Ergo" leitet sich von dem griechischen Begriff „ergon" (Tätigkeit, Werk, Beschäftigung) ab. Die frühere, inzwischen obsolete Bezeichnung war Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut:in. Die Ausbildung der Ergotherapie besteht weltweit überwiegend aus Bachelor- und Masterstudiengängen an Hochschulen. Das deutsche Fachschulwesen stellt im internationalen Vergleich eine Ausnahme dar. In den letzten Jahren wurden jedoch auch in Deutschland einige große Schritte in Richtung einer wissenschaftlichen Disziplin unternommen: Die traditionelle deutsche Fachschulausbildung wird seit den 2000er Jahren ergänzt durch Bachelor- und Masterstudiengänge an immer mehr Hochschulen. Im Jahr 2018 kam es zur Gründung einer eigenen wissenschaftlichen Gesellschaft für das Fachgebiet der ET, die Deutsche Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW, *[879]*).

Die Psychiatrie ist für Ergotherapeut:innen eines von mehreren Arbeitsfeldern neben Pädiatrie, Neurologie, Orthopädie, Geriatrie, Onkologie, der Inneren Medizin, dem Einsatz in Schulen und im Gemeinwesen, in der beruflichen Rehabilitation oder im Bereich von Prävention und (betrieblicher) Gesundheitsförderung. Der gemeinsame Gegenstand in allen Arbeitsfeldern ist menschliche Betätigung (Occupation). Betätigungen werden seitens des Ergotherapie-Weltverbands (WFOT) definiert als Alltagsaktivitäten, für die Menschen einzeln als Individuen oder gemeinsam in Familien und in anderen Gemeinschaften Zeit aufwenden, um dem Leben Sinn und Bedeutung zu verleihen. Betätigungen sind kulturell geprägt und schließen auch Aktivitäten ein, die notwendig sind und durchgeführt werden müssen, ebenso wie solche, die sich Menschen wünschen oder die von ihnen erwartet werden *[880]*.

Kernmerkmale der ergotherapeutischen Grundhaltung

Kennzeichnend für die ergotherapeutische Grundhaltung ist die **Klientenzentrierung** [1]. ET orientiert sich an der individuellen Lebenssituation eines jeden Patienten und einer jeden Patientin, an dessen/deren Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Behandlung und an seinen/ihren Wünschen und Bedürfnissen. Sie entwickeln Behandlungsziele und planen therapeutische Aktivitäten gemeinsam mit den Patient:innen um sicherzustellen, dass diese von individueller Bedeutung sind.

[1] Die Ergotherapie spricht i. d. R. von Klient:innen statt Patient:innen. Aus Gründen der Einheitlichkeit wird im Folgenden dennoch von Patient:innen gesprochen.

Ein weiteres Kernmerkmal der ergotherapeutischen Grundhaltung ist die Orientierung an den Ressourcen der Patient:innen. **Ressourcenorientierung** lenkt den Fokus weniger auf die Dysfunktion eines Menschen als vielmehr darauf, wie er trotz bestehender Schwierigkeiten oder Behinderungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit einem Maximum an Lebensqualität und Teilhabe führen kann.

Ziel der ET ist, die Patient:innen zu aktivieren und zu befähigen, ihnen also Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Ergotherapeut:innen rücken dabei die Bewältigung des Alltags durch die Förderung von Alltagsbetätigungen in den Vordergrund. Diese Alltags- und Lebensweltorientierung berührt ein weiteres Kernmerkmal ergotherapeutischer Grundhaltung, die **Alltagsorientierung**.

Auch die für alle Bereiche psychiatrischer Versorgung von der WHO geforderte **Recovery-Orientierung** *[881]* wurde schon vor längerer Zeit seitens der ET aufgegriffen *[1322]* und wurde zu einer der wichtigsten Grundhaltungen psychiatrischer ET *[882]* *[883]*.

Ergotherapeutische Grundhaltungen, Sichtweisen und Fachbegriffe konvergieren auch deutlich mit dem **biopsychosozialen Modell** der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO *[884]* und der Sprache des d-Kapitels „Aktivitäten und Teilhabe". Es geht der ergotherapeutischen Profession vermehrt um die Förderung von Teilhabe, Wohlbefinden und Gesundheit *[873]*. Damit entstehen konzeptionelle Optionen zur Beteiligung an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen außerhalb der unmittelbaren Krankenversorgung *[885]* und auch Gemeinwesen-orientierte Angebote, wie beispielsweise die Arbeit mit geflüchteten Menschen oder Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit.

Ergotherapeutische Grundhaltungen, Sichtweisen und Fachbegriffe konvergieren auch deutlich mit dem **biopsychosozialen Modell** der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO *[1323]* und der Sprache des d-Kapitels „Aktivitäten und Teilhabe". Es geht der ergotherapeutischen Profession vermehrt um die Förderung von Teilhabe, Wohlbefinden und Gesundheit *[873]*. Damit entstehen konzeptionelle Optionen zur Beteiligung an präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen außerhalb der unmittelbaren Krankenversorgung *[885]* und auch Gemeinwesen-orientierte Angebote, wie beispielsweise die Arbeit mit geflüchteten Menschen oder Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit.

Methoden und Ansätze und deren Einbettung in den Behandlungskontext

Die Zahl der in der ET verwendeten Methoden und Ansätze ist umfangreich, nimmt zu und hängt von Einsatzgebiet und Klientel, aber auch von der personellen Ausstattung ab. Sie werden (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) im Folgenden differenziert und modifiziert aufgeführt *[873]* *[886]*.

Methoden und Ansätze zur Kompetenzförderung: Die Förderung von Handlungskompetenz durch Übungen aus dem lebenspraktischen Bereich oder dem Freizeitbereich, durch spezifisch eingesetzte handwerkliche Techniken oder durch die Vermittlung spezifischer Bewältigungskompetenzen ist hier das wesentliche Anliegen.

- **Training von Alltagsaktivitäten:** Das Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities od Daily Living, ADL-Training). Activities of Daily Living wird vorzugsweise für das Training defizitärer oder von Verlust bedrohter Fertigkeiten bzw. zur Erlernung von Kompensationsstrategien zur Bewältigung des Alltags eingesetzt. Neuere Formen des Alltagstrainings finden z. B. im Rahmen von Home Treatment im häuslichen Umfeld der Patient:innen statt *[887]*; klassische Formen werden u. a. in Übungsküchen oder Haushaltstrainingsbereichen von Einrichtungen durchgeführt. Letztlich findet ein Training von Alltagsaktivitäten überall dort statt, wo Patient:innen Betätigungsprobleme benennen, z. B. bei der Bedienung eines Geldautomaten oder beim Kauf eines Straßenbahntickets am Automaten oder der Nutzung von Verkehrsmitteln (Mobilitätstraining).

- **Therapeutische Gruppenarbeit in Werkräumen:** Dabei arbeiten alle Teilnehmenden (8-12) gemeinsam in einem Werkraum an jeweils einem eigenen Produkt und müssen Vereinbarungen bezüglich der Nutzung des Arbeitsraums, des Materials und der Werkzeuge treffen. Bei dieser Form der therapeutischen Gruppenarbeit hat der/die Gruppenleitende zu jeder Person Kontakt. Es werden Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt und vorhandene Fertigkeiten trainiert.

- **Kognitive Trainingsverfahren:** Diese Verfahren werden von Ergotherapeut:innen stationär und in der ambulanten ergotherapeutischen Praxis zur Behandlung nach depressiven und psychotischen Erkrankungen eingesetzt. Sie werden im Einzelsetting und in kleinen Gruppen und meist unter Verwendung technischer Geräte (z. B. Computer, Tablet), teilweise aber auch in Form von Papier und Bleistiftübungen durchgeführt. Die Verwendung technischer Geräte als Therapiemittel stößt bei Patient:innen auf gute Resonanz *[888]*.

- **Symptombezogen-regulierende Methoden:** Es erfolgen niedrigschwellige kreative oder handwerkliche Tätigkeitsangebote, deren spannungsregulierende Wirkung im Sinne einer De- und Umfokussierung als entlastend wahrgenommen wird. Eine an dieses Prinzip angelehnte Vorgehensweise erwies sich in einer Studie von Tanaka (2014) *[889]* als wirksam. Hier wurden akut an einer Psychose erkrankte Patient:innen direkt nach Klinikaufnahme mittels ET an niedrigschwellige Tätigkeiten herangeführt *[889]*. ET kann auf diese Weise gut zur Unterstützung der Ent-Aktualisierung und zu De- und Umfokussierungszwecken eingesetzt werden. Auf diesem Prinzip beruhende ergotherapeutische Vorgehensweisen zur Steuerung der eigenen Aufmerksamkeit müssen künftig manualisiert beschrieben werden, um ihre Wirksamkeit untersuchen zu können. Für verschiedene andere Kompetenzbereiche existieren bereits Manuale; sie werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

- **Manualisierte Interventionen zur Förderung von Bewältigungskompetenzen:** Viele außerhalb der ET empirisch entwickelte Interventionsprogramme, die mit der ergotherapeutischen Sicht auf Betätigung als eine wesentliche Voraussetzung für Gesundheit in Einklang stehen und von verschiedenen Berufsgruppen angewendet werden können, sind gut dafür geeignet, innerhalb der ET durchgeführt zu werden *[886]*. Derartige manualisierte Interventionen erlangen in der ergotherapeutischen Fachdiskussion eine zunehmende Bedeutung (vgl. *[890]*). Für deren Einsatz in der ET spricht, dass dort bereits eine bewährte Infrastruktur für kompetenzfördernde Gruppenangebote besteht. Auch finden Aspekte der Übertragung erlernter Bewältigungskompetenzen in alltägliche Betätigungsmuster in der ET besondere Berücksichtigung. Beispiele für Ergotherapie-kompatible Interventionsprogramme zur Kompetenzförderung sind das Soziale Kompetenztraining (SKT) *[891]*, das Metakognitive Training (MKT) *[892]*, das STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving)-Training *[893]* oder das Stressbewältigungstraining für psychisch kranke Menschen (SBT) *[894]* Insbesondere für das Training sozialer Fertigkeiten liegt weitreichende Evidenz vor (siehe **Evidenzkapitel Trainings von Alltags- und sozialen Fertigkeiten**).

Methoden und Ansätze zum Aktivitätsaufbau: Eines der wichtigsten übergeordneten Ziele der ET ist Betätigungsbalance *[895]* *[896]*. Im Falle von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen besteht mehrheitlich ein Mangel an Aktivitäten *[897]*. Zur Verbesserung der Betätigungsbalance

ist daher meist ein Aktivitätsaufbau erforderlich. Ein solcher Aktivitätsaufbau ist insbesondere auch wegen komorbider somatischer Erkrankungen wichtig, da Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder Bewegungsarmut bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehäuft auftreten. Diese Menschen haben eine insgesamt extrem erhöhte Morbidität und eine verkürzte Lebenserwartung um bis zu 25 Jahren *[898] [899]*.

In den zurückliegenden Jahren wurden einige Maßnahmen zum Aktivitätsaufbau bei psychisch erkrankten Menschen entwickelt und untersucht:

- **Körperliche Betätigung:** Gesundheitsförderung durch körperliche Betätigung für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen ist primär ein Thema der Bewegungstherapie (siehe **Evidenzkapitel Bewegungs- und Sporttherapien** bzw. **Evidenzkapitel Gesundheitsfördernde Interventionen**). Darüber hinaus kann körperliche Betätigung auch durch andere Interventionsarten adressiert werden: So konnten Nyström et al. (2017) bei depressiven Patient:innen die Wirksamkeit einer über das Internet applizierten Bewegungsintervention nachweisen. Die Patient:innen arbeiteten überwiegend mit über das Internet angebotenen Bewegungstagebüchern, mit Ausfüllbögen und Informationsmaterial *[900]*. Eine solche Vorgehensweise entspricht auch jener in der ET. Hier werden u. a. auch körperliche Aktivitäten im Alltag berücksichtigt, die nicht als Sport im engeren Sinn gesehen werden, wie z. B. Gartenarbeit, Einkaufen gehen, Wandern oder einen Hund halten. Die ET fokussiert zudem auf alltägliche Betätigungsmuster der Patient:innen im jeweiligen Tages- und Wochenrhythmus sowie auf das Verhältnis und die Bedeutung körperlicher Aktivitäten zu anderen Betätigungen *[886]*.

- **Verhaltensaktivierung (Behavioral Activation, BA):** BA ist eine bewährte, bereits seit Jahrzehnten bekannte Intervention aus der ersten Welle der Verhaltenstherapie *[901]*. Sie erlangt aktuell hohe Aufmerksamkeit als eine jener einfachen und gut erlernbaren Interventionen, deren Durchführung explizit keine Psychotherapie-Ausbildung erfordert *[902]*. Sie kann von Ergotherapeut:innen gut durchgeführt werden *[886]*, ist bei Depressionen gut wirksam *[903]* und ist hierbei kognitiver Verhaltenstherapie in der Reduktion depressiver Symptomatik (gemessen mit dem *Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) nicht unterlegen, selbst wenn letztere von ausgebildeten Psychotherapeut:innen durchgeführt wird (Richards et al. 2016). Waller et al. (2015) übertrugen ein solches Behandlungsprinzip auf Psychose-Patient:innen *[904]*.

- **Zeitnutzungsmanuale zum Aktivitätsaufbau (Time Use):** Ergotherapeutische Time-Use-Interventionen sind erste psychiatrische Interventionsmanuale, die auf ergotherapeutischer Grundlage entwickelt wurden. Das erste derartige Manual wurde in Kanada unter dem Titel *Action over Inertia* veröffentlicht *[905]*. Einige Zeit später erschien in England ein zweites Manual *[882]*. Seit 2017 existiert auch eine deutsche Fassung des kanadischen Manuals *[906]*. Für die deutsche und die kanadische Fassung liegt je ein Pilot-RCT vor. Die Pilotstudien zeigten gute Anwendbarkeit und Akzeptanz der Intervention in der therapeutischen Arbeit. Wirksamkeitshinweise ergaben sich in der kanadischen Studie durch eine signifikante Verringerung der im Vergleich zur Normalbevölkerung vermehrten Schlafzeiten der psychisch erkrankten Teilnehmenden *[907]* und in der deutschen Studie durch eine signifikante zeitliche Zunahme von Aktivitäten im Bereich der Selbstversorgung *[908]*.

Weitere Ansätze und Methoden:

- **Subjektbezogen-ausdruckszentrierte Methoden:** In kreativer und gestalterischer Art und Weise werden die Therapiemittel zur Bearbeitung offener Themenstellungen benutzt. Der Therapeut oder die Therapeutin bietet geeignete Therapiemittel und Themenvorschläge im Hinblick auf gemeinsam identifizierte Themenbereiche an. Die Patient:innen bestimmen dann selbst, welche Themen sie wie bearbeiten und welche der verfügbaren Therapiemittel sie in welcher Art und Weise einsetzen. Der Therapeut/die Therapeutin unterstützt und moderiert den Gestaltungsprozess, um interpersonelle, emotionale und soziale Kompetenzen zu fördern. Im Unterschied zur Kunst- und Gestaltungstherapie erfolgt innerhalb der ET keine psychotherapeutische Bearbeitung der durch die Gestaltung ggf. symbolisierten persönlichen Problembereiche.

- **Soziozentriert-interaktionelle Methoden und Ansätze:** Kommunikative Gruppenprozesse werden hier zur Erfahrungsbildung und im Sinne sozialen Lernens eingesetzt. Der Therapeut oder die Therapeutin hält sich im Hintergrund und beschränkt sich auf die indirekte Hilfestellung.

Sozialformen und Behandlungssetting:

- **Sozialform (Gruppen- bzw. Einzeltherapie):** Psychiatrische ET wird oft in Gruppenform angeboten. Fast alle Angebote können aber auch als Einzeltherapie durchgeführt werden, wenn die Therapiesituation dies erfordert (z. B. Alltagstraining im Rahmen von Home Treatment), wenn Patient:innen von Gruppen überfordert wären oder wenn je nach individuellen Bedürfnissen und Behandlungszielen die höhere therapeutische Intensität der Einzeltherapie angezeigt ist.

- **Behandlungssetting ((teil)stationär/ambulant):** Für alle hier genannten Methoden und Ansätze gilt grundsätzlich, dass sie sowohl im (teil-)stationären als auch im ambulanten Setting zum Einsatz kommen können. Ein besonderer Vorteil der ET besteht in der Möglichkeit, dass Versorgungsstrukturen so gestaltet werden können, dass (teil-)stationär begonnene Ergotherapien ambulant fortgesetzt werden können, indem sie als Heilmittel weiterverordnet werden *[909]*. Auch die Möglichkeit aufsuchend tätig zu werden, ist im Rahmen der Heilmittelabgabe vorgesehen. Auf diesem Weg ist es schon seit längerem möglich, starre Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär etwas durchlässiger zu gestalten, z. B. durch die stationsäquivalente Behandlung (StäB). ET-Angebote liefern auf diese Weise wertvolle Vorerfahrungen, die für den Aufbau künftiger stationsunabhängiger Leistungen, wie z. B. Home Treatment *[910]*, genutzt werden können (siehe **Gemeindepsychiatrische Behandlung**).

Im Hintergrund ist die Vielfalt der ergotherapeutischen Interventionen mit ihrem unmittelbaren Bezug zu den verschiedenen Lebens- und Alltagsbereichen deutlich gemacht worden. Viele der in dieser Leitlinie an anderer Stelle behandelten Interventionen sind auch Gegenstand ergotherapeutischer Praxis. Das gilt u. a. für **Ansätze zur beruflichen Teilhabe**, für **Ansätze zur Erweiterung sozialer und alltagspraktischer**

Fertigkeiten sowie für die **multimodalen Ansätze zur allgemeinen Gesundheitsförderung**. Im Folgenden wird ein informativer Überblick über Wirksamkeitsstudien aus dem Bereich der ET in der Behandlung (schwerer) psychischer Erkrankungen aus aggregierter Evidenz gegeben. Keine der Übersichtsarbeiten entspricht den Einschlusskriterien der aktuellen Literaturrecherche und wird deshalb bei der Bewertung der Evidenz nicht berücksichtigt.

Dabei gibt die auf den nächsten Seiten folgende Übersicht einen **Überblick über Übersichtsarbeiten**, die nicht den Einschlusskriterien dieser Leitlinie entsprechen; relevante Einzelarbeiten wurden geprüft. Untersucht wird die Wirkung von Supported-Employment- und Supported-Education-Programmen *[1324][1325][1326]*, von Trainingsansätzen sozialer Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten *[1324][1327][1328]*, von Psychoedukation *[1328]*, von Selbstmanagementansätzen *[1327]*, von Verhaltensaktivierung, Time-Use-Interventionen und der Steigerung der körperlichen Aktivität *[886][1025][1326]*, von Trainingsansätzen kognitiver Fertigkeiten *[1325][1328]* sowie von künstlerischen und handwerklichen Aktivitäten, Schreibtherapie und individualisierter klientenzentrierter ET *[1326]*. In Rocamora-Montenegro et al.(2021) *[1329]*, Kirsh et al. (2019) *[1330]* und D'Amico et al. (2018) *[1328]* erfolgt eine breite Darstellung von Ansätzen. Gleichzeitig wird deutlich gemacht, dass viele der Interventionen gemeinsam mit anderen Professionen umgesetzt werden (*[1329][1328]*. Lu et al. (2021) *[1331]* untersuchten die Wirksamkeit der Gartentherapie auf verschiedene Outcomes bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die eingeschlossenen Studien wurden ausschließlich in China und Korea durchgeführt *[1331]*. Häufig wird die Zielgruppe nicht ausreichend beschrieben *[1324][1327][1332][1325]*. Bei Christie et al. (2021) wurden Patient:innen mit Depressionen eingeschlossen *[1326]*. In die Übersichtsarbeiten flossen Studien mit ganz unterschiedlichem Studiendesign ein *[1324][1327][1325][1025][1326][1331][1328][1330]*.

Tabelle 65: Übersicht zu aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Ergotherapie bei Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung

Autor:in, Jahr Design	Ziel der Arbeit und berücksichtigte Interventionen	Population	Studieneinschluss	Wichtigste Ergebnisse
Christie et al. 2021 *[1326]* Systematischer Review	Untersuchung der Wirksamkeit ergotherapeutischer Ansätze auf verschiedene Lebensbereiche (Verbesserung der Leistungsfähigkeit, der Funktionalität, Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten, Zufriedenheit) Return-to-Work-Ansätze, Ansätze zur Gesundheitsförderung, künstlerischen und handwerklichen Aktivitäten, Schreibtherapie, individualisierte klientenzentrierte ET	Menschen mit Depression	Einschluss von 6 (4 RCTs*) Arbeiten mit unterschiedlichen Designs *Schene 2007, Hees 2013, Chen 2015, Edel 2017	Die Arbeit zeigt auf, dass Return-to-Work-Interventionen die Depressionssymptomatik verbessern können. Darüber hinaus deuten sich Tendenzen an, dass Return-to-Work-Interventionen auch die Arbeitsteilnahme verbessern. Es liegen keine Studien zu individualisierter klientenzentrierter ET bei Depressionen vor.
Lu et al. 2021 *[1331]* Systematischer Review mit Metaanalyse	Untersuchung der Wirksamkeit von Gartentherapie auf die psychiatrische Symptomatik, Rehabilitationsergebnisse, Lebensqualität und soziales Funktionsniveau sowie möglicher Unterschiede in stationärer und ambulanter Umgebung. Gartentherapie	Menschen mit Erkrankungen aus dem schizo-phrenen Formenkreis (15-65 Jahre, N = 2.204, ambulant & stationär)	Einschluss von 17 RCTs*; 6 quasi-experimentelle Studien China (22 RCTs), Korea (1 RCT) *Ban et al. (2001), Huang et al. (2017), Gao et al. (2014), Tang et al. (2010), Cao & Wu et al. (2013), Chen & Jia et al. (2013), Tao & Sun et al. (2017), Zhu et al. (2016), Hu et al. (2019), Zhu & Zhang et al. (2019), Lei et al. (2019), Liu et al.	Die Studie lieferte Belege für die positive Wirkung der Gartentherapie auf Symptomatik, Lebensqualität, rehabilitative Ergebnisse (z. B. Aktivitäten des täglichen Lebens oder persönliche Pflege) und das soziale Funktionsniveau. Ein ambulantes Setting kann eine bessere therapeutische Wirkung auf Zielgrößen haben als stationäre Settings.

			(2018), Yang et al. (2018), Xie et al. (2018), Liang et al. (2019), Zhang et al. (2015), Lu & Wang et al. (2010)	
Rocamora-Montenegro et al. 2021 *[1329]* Scoping Review	Welche ergotherapeutischen Maßnahmen werden am häufigsten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eingesetzt? Home-Based Rehabilitations-programm, Training sozialer Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten, Integration in Arbeit, Kognitives Training, individualisierte klientenzentrierte ET, Tanztherapie, Einkaufstraining, Aktivierungsansätze, Gewichtsreduktion, Krankheitsmanagement u. a.	Stichproben-beschreibung unklar (keine konkrete Definition vom SMI)	Einschluss von 35 (15 RCTs*) Arbeiten mit unterschiedlichen Designs (RCTS, quasi-experimentelle Studien, Pilotstudien, nicht-randomisierte Studien) *Mashimo 2020, Gökcen 2020, Shimada 2018, Pos 2017, Eklund 2017, Buschert 2017, Berking 2012, Jahn 2011, Castle 2010, Chan 2007, Schene 2006, Choi 2006, Wykes 2002, Hadas Lidor 2001, Shellwood 1999, Schindler 1999	Die Autor:innen nahmen eine Kategorisierung der Interventionen vor: Psychosoziale Interventionen wurden am häufigsten angewandt, gefolgt von psychoedukativen, kognitiven und Bewegungsangeboten.
Conn et al. 2019 *[1025]* Scoping Review	Die Wirkung von ergotherapeutischen Maßnahmen mit Fokus auf Gewichtsreduzierung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI). Education, Ernährung, Bewegung, Zieldefinitionen, soziale Unterstützung, Erleichtern von Zugängen zu Angeboten, Monitoring	Stichproben-beschreibung unklar (keine konkrete Definition vom SMI)	Einschluss von 14 (2 RCTs*) Arbeiten mit unterschiedlichen Designs (RCTs, Kohortenstudie, Evaluationsstudien, qualitative Methoden) *Brown 2011, Brown 2014	Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ET einen umfassenden Beitrag bei lebensstilorientierten Interventionen zur Gewichtsreduzierung leisten kann.
Kirsh et al. 2019 *[1330]* Review	Überblick über OT-Interventionen in der Behandlung psychischer Erkrankungen und deren dokumentierte Ergebnisse.	Erwachsene Patient:innen mit psychischer Erkrankung (Psychosen, Depressionen, bipolare Erkrankung, ADHS, Belastungs-störungen u. a.)	Einschluss von 50 (10 RCTs*) Arbeiten (alle Designs, keine Übersichtsarbeiten), keine Qualitätsbewertung *Schene et al. (2007), Chan et al. (2007), Buchain et al. (2003), Foruzandeh and Parvin (2013), Gunnarsson et al. (2018), Liberman et al. (1998), Edgelow and Krupa (2011), Eklund et al.	Die Autor:innen nahmen eine Kategorisierung der Interventionen vor: (1) berufliche Beschäftigung oder Weiterbildung/ Ausbildung, (2) Psychoedukation, (3) kreative Betätigungen und Aktivitäten, (4) Time-Use-Interventionen, (5) Entwicklung von Fertigkeiten, Lebensstilinterventionen oder Einbindung in Betätigung, (6) Gruppen-

			(2017), Cook et al. (2009), Grimm et al. (2009)	oder Familienansätze und (7) tiergestützte Therapie. Mehrheit der Arbeiten im Bereich der beruflichen Teilhabe (SE, IPS, SEd); dort überzeugende Effekte. In anderen Bereichen weniger deutliche Ergebnisse: kreative Betätigungen und aktivitätsbasierte Interventionen, Time-Use-Interventionen. Keine signifikanten Effekte durch tiergestützte Therapien.
D'Amico et al. 2018 *[1328]* Systematischer Review	Bewertung der Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen im Rahmen von ET (sehr breit) zur Verbesserung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Freizeit, soziale Teilhabe sowie Ruhe und Schlaf	Erwachsene Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung	Einschluss von 61 Arbeiten (39 RCTs*) mit unterschiedlichen Designs (systematische Reviews, Metaanalysen, RCTs, nichtrandomisierte Studien, Beobachtungsstudien) *Berget 2008, Carta 2014, Chen 2015, Chu 2009, Cook 2009, Rethorst 2013, Roldán-Merino 2013, Štrkalj-Ivezic 2013, Tatsumi 2012, Chien 2015/2016, Levitt 2009, Lin 2013, Salayers 2014, Swildens 2011, vanderVoort 2015, Bartels 2014, Mueser 2010, Rus-Calafell 2013, Briki 2014, Bucci 2013, Cavallo 2013, Chan 2012, Farhall 2009, Gil Sanz 2009, Granholm 2009/2013/ 2014, Hasson-Ohayon 2014, Horan 2011, Michalak 2015, Poletti 2010, Roberts 2014, Sánchez 2014, Tas 2012, Taylor 2015/ 2016, Velligan 2009, Kaplan 2014	Es kristallisierten sich 5 größere Bereiche heraus, die in Studien abgebildet werden: (1) Betätigungbasierte Interventionen, (2) Psychoedukation, (3) Fertigkeitentraining, (4) kognitionsbasierte Interventionen und (5) technologiegestützte Interventionen. Die Bewertung ergab eine starke Evidenz für Psychoedukation und berufs- und kognitionsbasierte Interventionen, mäßige Evidenz für kompetenzbasierte Interventionen und begrenzte Evidenz für technologiegestützte Interventionen.

Noyes et al. 2018 *[1325]* Systematischer Review	Untersucht wurde die Wirkung von ET auf die Verbesserung der Leistung und Teilhabe am Arbeitsleben bzw. im Bereich der Bildung bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. Supported-Employment- und Supported-Education-Programme, Training kognitiver Fertigkeiten	Stichproben-beschreibung unklar (keine konkrete Definition vom SMI)	Einschluss von 57 (40 RCTs*) Arbeiten mit unterschiedlichen Designs (Reviews (mit Metaanalysen), RCTs, Kohortenstudien, nicht-randomisierte Studien) Outcomes: k. A. *Waghorn 2014, Twamley 2012, Twamley 2008, Tsang & Man 2013, Tsang 2010, Tsang 2009, Tao 2015, Tan & King 2013, Smith 2015, Shih 2015, Poremski 2017, Mueser 2014, Michon 2014, McGurk 2015, McGurk 2009, Lysaker 2009, Lee 2013, Kukla 2014, Kukla & Bond 2013, Kin Wong 2008, Kidd 2014, Howard 2010, Hoffmann 2014, Hoffmann 2012, Hodge 2010, Heslin 2011, Hees 2013, Gutman 2009, Eack 2011, Davis 2015, Cook 2016, Cook 2008, Catty 2008, Burns 2009, Bond 2015, Bio & Gattaz 2011, Bell 2008, Bell 2008, Au 2015, Areberg 2013	Die vorliegende Arbeit unterstützt den Einsatz von Ergotherapeut:innen bei der Förderung und Implementierung von IPS (Individual Placement Support) sowie von sozialen und kognitiven Kompetenzprogrammen zur Verbesserung der beruflichen und schulischen Ergebnisse bei Personen mit SMI.
Ikiugu et al. 2017 *[1332]* Systematischer Review mit Metaanalyse	Untersuchung der Wirksamkeit von theoriebasierten ergotherapeutischen Interventionen hinsichtlich der Verbesserung der beruflichen Leistung und des Wohlbefindens bei Personen mit einer psychischen Erkrankung.	Stichproben-beschreibung unklar (psychische Erkrankungen)	Einschluss von 11 RCTs* Outcomes: Verbesserung berufliche Leistung und Wohlbefinden *Velligan 2000, Gitlin 2008, Lambert 2007, Foruzandeh 2013, Chapleau 2012, Edgelow 2011, Cook 2009, Chen 2015, Bickes 2001, Chan 2007, Buchain 2003	Der Einsatz von theoriebasierten ergotherapeutischen Interventionen kann die berufliche Leistung und das Wohlbefinden bei Menschen mit einer psychischen Diagnose verbessern.

Höhl et al. 2017 *[886]* Review	Die Arbeit gibt einen Überblick über verfügbare Evidenz hinsichtlich verschiedener ergotherapeutischer Ansätze. u. a. Verhaltensaktivierung, Time-Use-Interventionen und Steigerung der körperlichen Aktivität	Fokus auf SMI (keine explizite Beschreibung)	Keine systematische Darstellung	Weitere Forschung auf diesem Gebiet ist notwendig, um konsistente Ergebnisse zu erhalten und die Effektivität ergotherapeutischer Maßnahmen aufzeigen zu können. Es sollten Anstrengungen hinsichtlich der Manualisierung und Standardisierung von ergotherapeutischen Interventionen unternommen werden, um eine systematische Evaluation zu ermöglichen.
Arbesman et al. 2011 *[1324]* Review	Es werden die verbessernden und erhaltenden Wirkungen von ergotherapeutischen Maßnahmen hinsichtlich der Teilnahme und Leistungsfähigkeit bezogen auf Bildung und bezahlte/ unbezahlte Arbeit untersucht. Supported-Employment- und Supported-Education-Programmen, Trainingsansätzen sozialer Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten	Einschluss: SMI (1 Jahr Erkrank-ungsdauer) Stichproben-beschreibung nicht erfolgt	Einschluss von 46 Arbeiten mit unterschiedlichen Designs (Reviews (mit Metaanalysen), RCTs, Kohortenstudien, nicht-randomisierte Studien), keine Bewertung der Literatur Outcomes: k. A.	Starke Evidenz für Effektivität von Supported Employment in Form von IPS hinsichtlich kompetitiver Beschäftigung. Outcomes stärker bei Kombination mit kognitivem oder sozialem Kompetenztraining. Supported-Education-Programme beinhalten Zielsetzungen und den Ausbau von Skills; Kognitives Training kann positive Effekte haben. Die Evidenz für Fertigkeitentrainings zur Verbesserung von Aktivitäten des täglichen Lebens sowie von Elterntrainings ist begrenzt. Die Evidenz für Trainings der sozialen Fertigkeiten ist gemischt.
Gibson et al. 2011 *[1327]* Review	Welchen Einfluss haben ergotherapeutische Maßnahmen um Gesundheit, Integration in die Gemeinde und ein unabhängiges Leben und die Ausübung verschiedener normativer Rollen zu verbessern? Trainingsansätzen sozialer Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten	Einschluss: SMI (1 Jahr Erkrank-ungsdauer) Stichproben-beschreibung nicht erfolgt	Einschluss von 52 Arbeiten mit unterschiedlichen Designs (Reviews (mit Metaanalysen), RCTs, Kohortenstudien, nicht-randomisierte Studien), keine Bewertung der Literatur Outcomes: k. A.	Evidenz zu sozialem Fertigkeitentraining ist moderat bis stark, zum Training von Alltagsfertigkeiten moderat. Limitierte Evidenz existiert für klientenzentrierte Ansätze. Es lässt sich nicht eindeutig aufzeigen, dass Interventionen in einem natürlichen Setting wirksamer sind als in einem klinischen Setting.

Erläuterungen: k. A. keine Angabe; ET Ergotherapie; SE Supported Employment; IPS Individual Placement Support; SEd Supported Education; SMI Severe Mental Illness

[1] Die hier identifizierten Übersichtsarbeiten werden nicht im Rahmen der systematischen Evidenzbewertung herangezogen, weil sie nicht den Einschlusskriterien entsprechen.

Schwach

Empfehlung 34 **NEU**	**Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Ergotherapeutische Interventionen“**
Empfehlungsgrad **B**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten spezifische ergotherapeutische Interventionen mit einer starken Alltagsorientierung im Rahmen einer Gesamtbehandlungs- und Rehabilitationsplanung und orientiert an ihren individuellen Bedürfnissen und Präferenzen angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Praktische Informationen

Umsetzung in Deutschland

Ergotherapie ist im Rahmen der (teil)stationären Behandlung psychischer Erkrankungen fest etabliert und ist auch in die multiprofessionelle Behandlung der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) integriert. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung kann ET über die gesetzliche Krankenversicherung (§ 32 SGB V) auf Grundlage der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses verordnet werden. Der Zugang erfolgt über ein ärztliches Verordnungsformular (Musterblatt 13), das Angaben über Diagnose, Leitsymptomatik, Art des Heilmittels und Therapiefrequenz enthält. Seit 2021 können auch Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen ET verordnen, wenn psychische Erkrankungen bzw. bestimmten Erkrankungen des zentralen Nervensystems oder Entwicklungsstörungen vorliegen. Vor der Verordnung muss eine psychiatrische, neurologische oder psychotherapeutische Eingangsdiagnostik erfolgen. ET kann auch im Rahmen des Entlassmanagements durch ein Krankenhaus oder im Rahmen der Rehabilitation (stationäre oder ambulante RPK) bzw. der Mobilen medizinischen Rehabilitation verordnet werden.

Weiterführende Materialien zur Verordnung:

- Hinweise zur Verordnung von Heilmitteln in der Broschüre PraxisWissen: Heilmittel der KBV (www.kbv.de/media/sp/KBV_PraxisWissen_Medizinische_Rehabilitation.pdf)
- Informationen zur Verordnung von Ergo- und Soziotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und medizinischer Rehabilitation speziell für Psychotherapie-Praxen (www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Psychotherapeuten.pdf).
- Praxis-Info der Bundespsychotherapeutenkammer (www.bptk.de/publikationen/psychotherapeuten PDF: www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/02/bptk_praxisInfo_ergotherapie_web.pdf)
- Hinweise zur Verordnung ergotherapeutischer Leistungen durch den Deutschen Verband Ergotherapie: www.dve.info/ergotherapie/infos-fuer-aerzte/verordnung-ergotherapeutischer-leistungen

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Eine abschließende Bewertung der Effektivität von Ergotherapie (ET) ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt und in Übereinstimmung mit anderen Autor:innen auf Basis derzeit vorliegender Evidenz nicht möglich. Das liegt v. a. daran, dass größere aussagekräftige, randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychiatrischer Ergotherapie und ihrer Behandlungsverfahren bislang nicht umfänglich 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. Ergebnisse aus aggregierter Evidenz, in denen ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien unter Einschluss von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lt. Definition der vorliegenden Leitlinie eingeschlossen wurden, liegen bislang nicht vor.

Die im Rahmen der systematischen Recherche identifizierten und eingeschlossenen Einzelstudien haben spezifische ergotherapeutische Interventionen zum Inhalt. Untersucht wurden (1) spezifische Ansätze mit einem starken Alltagsbezug in einem ambulanten/gemeindepsychiatrischen Setting und (2) eine Variation spezifischer Ansätze,

einschließlich Gruppentherapien in einem stationären Setting. Die Kontrollintervention konnte aus einer herkömmlichen (ergotherapeutischen) Behandlung oder einer anderen aktiven Kontrollintervention bestehen. Die untersuchten Outcomes variieren stark. Für nahezu keines der untersuchten Outcomes liegen ausschließlich positive Nachweise über verschiedene Studien vor. Ausnahme bildet v. a. die Behandlungszufriedenheit.

Unerwünschte Ereignisse wurden nicht systematisch untersucht. Es zeigten sich keine nachteiligen Effekte in den beobachteten Outcomes.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

Aufgrund der sehr heterogenen Studien hinsichtlich der Experimental- und Kontrollinterventionen sowie der eingesetzten Erhebungsinstrumente wurde keine Bewertung nach GRADE vorgenommen. Die Stichprobenumfänge der Primärstudien variieren; sie sind zumeist sehr klein. Die Studienqualität ist überwiegend moderat bis schwach. In der Mehrheit der Studien ist von Bias auszugehen.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Präferenzen wurden kaum systematisch erfasst.

Bei Eklund et al. (2017b) *[1333]* brachen 25 % der Teilnehmenden der Interventionsgruppe die Teilnahme an der Studie im Vergleich zu 13 Teilnehmenden (14 %) in der Kontrollgruppe (p = 0,047) ab. Dabei brachen 18 Personen die BEL-Intervention ab, 9 Personen stimmten der Datenerhebung nicht mehr zu und 6 Personen brachen die Studie aus Krankheitsgründen ab. In der Kontrollgruppe waren es 2 Personen, die die Intervention selbst abbrachen. Die Analyse der bekannten Merkmale der abbrechenden Teilnehmenden verwies auf keine erkennbaren Unterschiede. Dabei wurde die Wirksamkeit einer gruppen- und aktivitätsbasierten Lebensstilintervention in Form des strukturierten und manualisierten 16-wöchigen BEL-Programms (Balancing Everyday Life) im Vergleich zu einer herkömmlichen ergotherapeutischen Behandlung untersucht.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Belastbare Studien zur Kosteneffektivität liegen nicht vor.

Versorgungsalltag: Ergotherapie ist im deutschen Versorgungsalltag sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor etabliert.

Maßnahmen der Ergotherapie sind als Heilmittel nach § 32 SGB V oder im Rahmen der stationären oder ambulanten RPK bzw. der Mobilen medizinischen Rehabilitation umsetzbar.

Rationale

Im Mittelpunkt stehen hier spezifische ergotherapeutische Interventionen mit dem Ziel der Stärkung der Bereiche von Selbstversorgung und Freizeitgestaltung. Studien, welche ausschließlich die Wirksamkeit von ET mit berufsbezogenem/arbeitstherapeutischem Schwerpunkt untersuchten, wurden an dieser Stelle nicht berücksichtigt, sondern finden sich im Evidenzkapitel zur **Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben**. Spezifische **Interventionen zur Stärkung von sozialen Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten** werden ebenfalls andernorts beschrieben. ET als vergleichsweise junge Disziplin befindet sich in einem dynamischen Entwicklungsprozess. Frühere Konzepte und Interventionsformen psychiatrischer ET 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.

Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die folgenden diagnosespezifischen Leitlinien haben sich bezüglich der Empfehlungen zur Ergotherapie an der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ orientiert:

- In der **S3-Leitlinie zur Behandlung von Menschen mit bipolarer Erkrankung der DGPPN** aus 2019 (AWMF-Register Nr. 038-019) wird empfohlen, „Gemeindenahe und bedarfsorientierte ambulante Angebote mit dem Ziel der Rehabilitation und Integration wie z. B. Informations- undBeratungsangebote, Ergotherapie, Sozialpsychiatrische Dienste, Tages- und Begegnungsstätten, ambulant betreutes Wohnen oder auch Angebote der Selbsthilfe […] unter

Berücksichtigung des spezifischen Bedarfs von bipolar affektiven Patient:innen weiter auszubauen." (Expertenkonsens) *[251]*.

- In der **Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression** (2022) wird Ergotherapie mit einem Empfehlungsgrad B empfohlen: „Die Indikation für eine ambulante Ergotherapie nach den Heilmittelrichtlinien sollte insbesondere dann gemeinsam mit den Patient:innen geprüft werden, wenn Interventionen zur Verbesserung oder zum Erhalt der psychosozialen Funktionsfähigkeit und der Teilhabe am Arbeits- und gesellschaftlichen Leben angezeigt sind." Die Leitliniengruppe spricht konsensbasiert eine abgeschwächte Empfehlung aus, weil die Evidenzbasis für ergotherapeutische Interventionen insgesamt schwach ist und weil die Indikation nur unscharf formuliert werden kann. Die Empfehlung extrapoliert zusammenfassend die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V. et al. 2022).
- In der **S3-Leitlinie Schizophrenie** (AWMF-Register Nr. 038-009) aus 2019 ist folgende Empfehlung zu finden: „Ergotherapeutische Interventionen können bei Menschen mit einer Schizophrenie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden (Empfehlungsgrad 0). Die Empfehlung zu Ergotherapie basiert auf einer Leitlinienadaptation der AWMF-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen" (DGPPN e.V. 2019).

Systematische Übersichtsarbeiten

Ein Review der Cochrane Collaboration zur Untersuchung der Wirkung von ergotherapeutischen Interventionen in der Behandlung von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die durch ausgebildete Ergotherapeut:innen durchgeführt werden gegenüber entsprechenden Interventionen, die von anderer Profession erbracht werden, führte zu keinem Ergebnis, da **keine RCTs identifiziert** werden konnten. Die Autor:innen argumentieren, dass die Wirksamkeit von ET von der spezifischen Ausbildung und Expertise der entsprechenden Profession abhängig ist und Befunde hierzu zur Verbesserung der Qualität der Versorgung durch die Etablierung integrierter Behandlungspfade und gezielter gesundheitspolitischer Entscheidungen beitragen können. Sekundärziele richteten sich auf die Untersuchung von Effekten in Abhängigkeit von der Art des Settings (stationär vs. ambulant), der Intensität (z. B. mehr Kontaktzeit mit dem Therapeuten oder häufigere Wiederholung von Aufgaben) und der Dauer der Ergotherapie *[911]*.

Evidenz aus Einzelstudien (RCTs)

In der Mehrheit der identifizierten randomisiert kontrollierten Studien wurden Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht *[912] [913] [914] [915][916] [917] [918] [919] [920] [921] [922]*. In einigen wenigen der Studien wurden Patient:innen diagnoseübergreifend behandelt *[923] [924] [871][925]*. Zwei der Untersuchungen erfolgten in Deutschland *[871][925][920]*.

In den Studien wurden spezifische ergotherapeutische Ansätze mit unspezifischen Ansätzen verglichen *[912] [923] [915][924] [913] [919] [922]*, mit anderen Ansätzen kombiniert *[914] [921]* oder gegenüber Standardbehandlung verglichen *[918] [916] [917]*. Bei Längle et al. (2006) wurde Arbeitstherapie mit einer ausdruckszentrierten Methode verglichen *[920]*.

In den eingeschlossenen Studien wurde ET im Lebensumfeld bzw. in einem gemeindepsychiatrischen Setting oder aufsuchend angeboten und dabei ein Transfer in den Alltag mit spezifischen Aufgaben unterstützt *[923] [913] [924] [912] [914] [918] [922]*. In anderen Studien wurde die Effektivität während einer akuten Erkrankungsphase bzw. in stationärer Behandlung untersucht *[915] [916] [917] [920] [871][925]*. Weitere Informationen sind in Tabelle 2 sowie im Leitlinienreport enthalten.

In einem einfach verblindeten, randomisierten und kontrollierten Design untersuchten Vizzotto et al. (2021) die Wirksamkeit der **Occupational Goal Intervention (OGI)** in der Behandlung von Menschen mit behandlungsresistenter Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis gegenüber handwerklichen Aktivitäten. Die OGI-Methode konzentriert sich auf das Erlernen von (Alltags-)Strategien anhand von Aktivitäten und Alltagsaufgaben (Tabelle 66). Die Schritte des Programms folgen dem Ansatz des Goal-Management-Trainings, wobei der Schwerpunkt zu Beginn auf der individuellen Auswahl der Aktivitäten und zum Ende auf der Nachbesprechung der Aktivitätenausführung liegt. Jeder Schritt bezieht sich auf einen bestimmten Aspekt des zielgerichteten Handelns. Der Schwerpunkt im Behandlungsprozess liegt auf der Verwendung funktioneller Aktivitäten in den drei Bereichen: (1) Nahrungszubereitung; (2) Finanzmanagement; sowie (3) Lesen, Schreiben und Nutzung von Computern zur Informationssuche. In der Kontrollgruppe beschäftigten sich die Teilnehmenden mit handwerklichen Tätigkeiten wie Malen oder Zeichnen auf Leinwand und Holz, aber es wurden keine therapeutischen Techniken eingesetzt. Alle Teilnehmenden wurden mit Clozapin behandelt. Die Tagesdosis blieb während des Interventionszeitraums stabil. Die OGI-Gruppe verbesserte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant hinsichtlich exekutiver Funktionen (primärer Outcome: *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS)) und alltagspraktischer Fertigkeiten (Zeitorientierung, Kommunikation Transport, Finanzen, Einkaufen, Körperpflege, Essen). Berichtet wurde eine erhöhte Unabhängigkeit im Alltag aus Sicht Angehöriger. Die Effekte waren auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung messbar *[912]*.

Im Rahmen einer vorausgegangen Pilot-Studie kamen die Autor:innen zu vergleichbaren Ergebnissen *[913]*. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede zugunsten der Gruppe in der Interventionsgruppe (**Occupational Goal Intervention (OGI)**) in Bezug auf die Verbesserung exekutiver Funktionen (BADS). Nach Einschätzung Angehöriger mit Hilfe des *Independent Living Skills Survey* (ILSS), kam es zu Verbesserungen der Autonomie in verschiedenen Alltagsbereichen (Hygiene, Haushalt, Zubereitung von Mahlzeiten, Finanzen, Freizeit). Es ergaben sich keine Vorteile durch die Intervention im Bereich funktioneller Fertigkeiten aus Sicht der Rater (*Direct Assessment of Functional Status-Revised,* DAFS-R).

Ercan Doğu et al. (2021) untersuchten die Auswirkungen einer **Kombination aus Ergotherapie und einem Training sozialer Fertigkeiten** auf die berufliche Leistungsfähigkeit, soziale Teilhabe und klinische Symptomatik (Tabelle 66). Zufällig zugeordnet erhielten die Teilnehmenden entweder

ein standardisiertes Training sozialer Fertigkeiten in der Gruppe (Training grundlegender Konversationsfähigkeiten und Problemlösungsfähigkeiten) einmal wöchentlich für insgesamt 10 Sitzungen, während die andere Gruppe eine Kombination aus Ergotherapie (Training von Fähigkeiten zur Planung von Aktivitäten und Programme für die Freizeitgestaltung) und Training sozialer Fertigkeiten in der Gruppe (s. o.) einmal pro Woche für insgesamt 16 Sitzungen erhielt. Im Zentrum standen jeweils die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Teilnehmenden. Die Themen in dem kombinierten Interventionsprogramm umfassten die Stärkung von Fertigkeiten für ein möglichst unabhängiges Leben in der Gemeinde, ein Üben grundlegender Konversationsfähigkeiten, das Erkennen eigener Aktivitätsziele und das Finden von Strategien, um diese zu erreichen, sowie Problemlösungsstrategien zur Bewältigung von Herausforderungen im Alltag und die Entwicklung von Fertigkeiten zur Freizeitgestaltung am konkreten Beispiel eines Cafébesuches. Die Teilnehmenden wurden während des gesamten Programms mit Hausaufgaben begleitet, und die Nachhaltigkeit der Ergebnisse wurde durch Rückmeldungen unterstützt. Die Teilnehmenden der Gruppe der kombinierten Therapie zeigten eine größere Verbesserung in Bezug auf die Durchführung von Aktivitäten in den Bereichen Selbstfürsorge, Produktivität und Freizeit und ihre Zufriedenheit damit. Der Anstieg des COPM-Gesamtergebnisses [1] war in der Kombi-Gruppe größer als in der Gruppe, deren Teilnehmende allein an einem Training sozialer Fertigkeiten teilnahmen (5,25 ± 1,45 vs. 3,36 ± 0,04; p = 0,001). Ebenso zeigten sich positive Effekte auf die soziale Teilhabe (häuslich, Gemeinde, Produktivität) und den Schweregrad der klinischen Symptome *[914]*.

[1] COPM: The Canadian Occupational Performance Measure; halbstrukturiertes Interview zur Erfassung von individuell bedeutsamen Aktivitäten zur Selbstfürsorge, Produktivität und Freizeit. Die 5 wichtigsten Tätigkeiten werden von den Teilnehmenden auf einer Skala von 1-10 in Bezug auf Leistung und der Zufriedenheit mit ihrer Leistung bewertet.

Mashimo et al. (2020) untersuchten die Auswirkungen von **ET unter Nutzung eines *Management Tools for Daily Life Performance* (MTDLP)** mit dem Ziel, Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung bei der Verrichtung gewünschter Aktivitäten des täglichen Lebens zu trainieren. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe wurden ebenfalls zu Hause, allerdings mit einem unspezifischen Ansatz ergotherapeutisch behandelt (Tabelle 66). In der Interventionsgruppe erfolgte unter Verwendung standardisierter MTDLP-Protokolle und der ICF eine systematische Erhebung gewünschter Aktivitäten des täglichen Lebens der Teilnehmenden, der Faktoren, die mit der Förderung und Hemmung der von den Teilnehmenden gewünschten Aktivitäten zusammenhängen und der individuellen Ziele. Die Ergotherapeut:innen führten daran anknüpfend ein dreistufiges Programm durch, welches folgende Bausteine umfasste: (1) Basisprogramm (Bereich Körperfunktionen und -strukturen), (2) Anwendungsprogramm (Bereich Aktivitäten und Partizipation) und (3) Programm zur sozialen Anpassung (ein adaptiver Ansatz für den Bereich Umweltfaktoren). In der Kontrollgruppe erfolgte in einem nicht-standardisierten Gesprächen eine Orientierung an den Bedürfnissen der Teilnehmenden. Die Ziele für die Teilnehmenden bezogen auf ein unabhängiges Leben in der Gemeinde und für deren Erreichung erforderliche Interventionen wurden von den Ergotherapeut:innen definiert. Methoden umfassten handwerkliches Arbeiten, Bewegungstherapie, Medikamentenmanagement, Geldmanagement u. a. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass MTDLP das allgemeine soziale Funktionsniveau von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in stärkerem Maße verbessern kann als eine unspezifische Maßnahme. Die GAF-Werte [2] der MTDLP-Gruppe verbesserten sich signifikant im Vergleich zur Kontrollgruppe (p = 0,019; η_p^2 = 0,11 [3]). Es war keine signifikante Veränderung auf der etwas breiter angelegten *Social Functioning Scale* (SFS-Gesamtwert) zwischen den Gruppen beobachtbar; jedoch verbesserten sich die Werte für (berufliche) Beschäftigung (eine SFS-Subskala) in der der MTDLP-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant (p = 0,036; η_p^2 = 0,09) *[923]* (Tabelle 67).

[2] GAF: Global Assessment of Functioning

[3] η_p^2: Partielles Eta-Quadrat; Schätzung der Effektgröße der Intervention (Effektgröße von 0,01 gering; 0,06 mittel und 0,14 groß)

Shimada et al. (2018) entwickelten und evaluierten ein **individualisiertes Ergotherapie-Programm**, um Menschen mit akut auftretenden Symptomen einer schizophrenen Erkrankung in stationärer Behandlung eine proaktive Teilnahme an der Behandlung zu erleichtern und die kognitiven Funktionen zu stärken. Das Programm umfasst individuelle Unterstützung, Motivationsgespräche, Aufgaben zur Selbstbeobachtung, handwerkliche Aktivitäten, individuelle Psychoedukation und Entlassungsplanung. Diese Intervention erfolgte zusätzlich zu einer ergotherapeutischen Gruppentherapie im Rahmen einer stationären Behandlung (Tabelle 66). Nach der zeitumfänglichen individuell ausgerichteten Intervention zeigten sich positive Effekte im Bereich kognitiver Funktionen (*Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia Japanese Version*, BACS-J: F(1, 126) = 14,160; p < 0,01; Cohen's d = 0,44) sowie in Teilfunktionen (verbale Gedächtnisfunktionen, Arbeitsgedächtnisfunktionen, verbale Fluenz und Aufmerksamkeitsleistung). Zudem gab es in der Interventionsgruppe stärkere Veränderungen bezogen auf die intrinsische Motivation (*Intrinsic Motivation Inventory Japanese Version*, IMI-J: F(1, 126) = 21,773; p < 0,01; Cohen's d = 0,61), die Adhärenz bezogen auf die psychopharmakologische Behandlung (*Morisky Medication Adherence Scale*, MMAS-8: F(1, 126) = 8,458; p < 0,01; Cohen's d = 0,35) und die Patient:innen waren mit der Behandlung zufriedener als die Patient:innen der Kontrollgruppe (*Client Satisfaction Questionnaire*, CSQ-8J: t = 3,282; p < 0,01; Cohen's d = 0,59). Keine Vorteile zeigten sich bezogen auf das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau (GAF) und auf die psychopathologische Symptomatik (PANSS). In einem Interview erfasste kognitive Beeinträchtigungen und möglichen Konsequenzen für die Umsetzung täglicher Aktivitäten (*Schizophrenia Cognition Rating Scale Japanese*) verwiesen auf keine Gruppenunterschiede *[915]* (Tabelle 68).

Die Untersuchung von Eklund et al. (2017b) adressierte eine Veränderung durch die Etablierung sinnvoller Aktivitäten im Alltag. Dabei wurde die Wirksamkeit einer **gruppen- und aktivitätsbasierten Lebensstilintervention** in Form des 16-wöchigen **BEL-Programms (Balancing Everyday Life)** im Vergleich zu einer herkömmlichen ergotherapeutischen Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in spezialisierten und gemeindenahen psychiatrischen Diensten untersucht (Tabelle 66). Fachvertreter:innen der Ergotherapie waren sowohl an der Entwicklung von BEL als auch an der Umsetzung beider Interventionen beteiligt. Jede Sitzung des manualisierten BEL-Programmes enthielt einen kurzen pädagogischen Abschnitt, eine Hauptgruppenaktivität und eine Hausaufgabe. Die Umsetzung von BEL wurde durch Kotherapeut:innen aus dem multiprofessionellen Team (z. B. aus Pflege oder Sozialarbeit) und durch Peer-Supporter:innen unterstützt. Die Standard-Ergotherapie konnte eine Form von Gruppen- oder Einzelinterintervention umfassen, in denen Alltagsfertigkeiten, soziale Fertigkeiten oder kreative Aktivitäten trainiert wurden. Alle Teilnehmende an der Studie erhielten eine vergleichbare psychiatrische Standardbehandlung. Es zeigten sich in beiden Gruppen positive Veränderungen bezogen auf verschiedene Outcomes über 16 Wochen bzw. 6 Monate. Die BEL-Gruppe verbesserte sich während des Beobachtungszeitraumes von 16 Wochen stärker als die Kontrollgruppe bezogen auf die primären Ergebnisparameter: Aktivitätsengagement (p < 0,001), Aktivitätsniveau (p = 0,036) und Aktivitätsgleichgewicht (p < 0,042). Die Teilnehmenden der BEL-Gruppe verbesserten sich auch stärker

hinsichtlich des psychosozialen Funktionsniveaus (GAF; p < 0,046). Kein Vorteil wurde im Bereich der Lebensqualität sowie bezogen auf Zufriedenheit in den verschiedenen Alltagsdomänen sowie bezogen auf Selbstwertgefühl und subjektive Gesundheit erreicht. Die Gruppenunterschiede bezogen auf Aktivitätsengagement (p = 0,001) und Aktivitätsniveau (p = 0,007) blieben über den Zeitraum von 6 Monaten bestehen. 33 der Teilnehmenden der Interventionsgruppe (25 %) brachen die Teilnahme an der Studie ab im Vergleich zu 13 Teilnehmenden (14 %) in der Kontrollgruppe (p = 0,047) ab. Dabei brachen 18 Personen die BEL-Intervention ab, 9 Personen stimmten der Datenerhebung nicht mehr zu und 6 Personen brachen die Studie aus Krankheitsgründen ab. In der Kontrollgruppe waren es 2 Personen, die die Intervention abbrachen *[924]* (Tabelle 67).

Foruzandeh und Parvin (2013) untersuchten im Rahmen eines zweiarmigen RCTs (N = 60) die **Wirksamkeit von Ergotherapie im Sinne von Gruppenarbeit in Werkräumen** (s. o.) mit Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in einer iranischen stationären Einrichtung. Die Ergotherapie in der oben genannten Form wurde in der Interventionsgruppe jeweils 18 Stunden pro Woche (6 Tage pro Woche, jeweils 3 Stunden) für die Dauer von 6 Monaten durchgeführt. SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) und SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) wurden zu Beginn und nach 6 Monaten durchgeführt. Die Ergotherapie-Gruppe zeigte nach 6 Monaten eine signifikante Verbesserung der Gesamt-Scores für SANS und SAPS, die Kontrollgruppe (TAU, ohne Ergotherapie) zeigte keine signifikante Verbesserung *[916]* (Tabelle 68).

Tatsumi et al. (2012) untersuchten, ob ET einen Einfluss auf die psychiatrische Symptomatik, die Stimmung und sozialen Fertigkeiten von hospitalisierten chronisch erkrankten Patient:innen mit Schizophrenie und schweren Negativsymptomen hat. Die Patient:innen in der ET-Gruppe nahmen 15 Wochen lang einmal pro Woche an **Kochaktivitäten** teil, während die Patient:innen der Kontrollgruppe dies nicht taten. Parallel erhielten die Teilnehmenden beider Gruppen die übliche Behandlung. Im Rahmen der Kochaktivitäten wurden 3 Bereiche fokussiert: (1) Teilnahme an Aktivitäten, (2) ein Ziel haben und (3) Schritt für Schritt vorgehen. Für die Zubereitung wurden Snacks ausgewählt, die in weniger als einer halben Stunde zubereitet werden können. Die Untersuchungsstichprobe war mit 38 Personen sehr klein. Der Vergleich der beiden Gruppen ergab keine signifikanten Unterschiede in der Gesamtbewertung von BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), SANS, Reha- oder POMS (*Profile of Mood States*)-Score oder Sitzposition *[917]* (Tabelle 66, Tabelle 68).

Cook et al. (2009) untersuchten anhand einer Stichprobe von Patient:innen mit eine Psychose (N = 44) die Effektivität einer **um ET ergänzten gemeindepsychiatrischen Teambehandlung (Community Mental Health Teams, CMHT)** im Vergleich zur Teambehandlung ohne ET (TAU). Die ergotherapeutische Intervention erstreckte sich über 12 Monate, wobei die Anzahl der Sitzungen individuell auf jeden Teilnehmenden zugeschnitten war. Zunächst erfolgte im Rahmen der Intervention eine Erhebung der tätigkeitsbezogenen Vorgeschichte, Präferenzen und Schwierigkeiten der Patient:innen, woraufhin individuelle Ziele der Behandlung festgelegt und ein individuell zugeschnittenes Therapieprogramm erarbeitet wurden. Zu diesem gehörte die Beschäftigung mit sinnerfüllten Tätigkeiten, das Vermitteln spezifischer hierfür notwendiger Fertigkeiten, die Ermutigung zu eigenständigen Handlungsinitiativen sowie zum Suchen von Unterstützung und auch die Aufklärung über die Auswirkungen sinnerfüllter Tätigkeiten. In der Behandlung unter Einschluss von Ergotherapie wie auch unter der Kontrollbedingung verbesserten sich das soziale Funktionsniveau und die Negativsymptomatik der Patient:innen im Verlauf der Studie signifikant, ohne dass jedoch signifikante Gruppenunterschiede evident wurden. Bezüglich der Funktionsniveau-Subskalen Beziehungen, Unabhängigkeit und Erholung verbesserte sich das Funktionsniveau in der ET-Gruppe im Zeitverlauf signifikant, in der Kontrollgruppe hingegen nicht (Tabelle 67). Für die Interpretation der Befunde ist bedeutsam, dass die Studie als Pilotstudie konzipiert war und daher nicht genügend statistische Power für die Berechnung statistisch signifikanter Gruppenunterschiede aufwies *[918]*.

In der Studie von Chan et al. (2007) erhielten die Teilnehmenden der Interventionsgruppe **ein durch Ergotherapie geleitetes Krankheitsmanagementprogramm** (Transforming Relapse and Instilling Prosperity, TRIP). Im Rahmen des WOT-Programms (herkömmliche ET auf der Station) konnten die Teilnehmenden aus einer Reihe typischer Arbeits-, Ruhe- und Freizeitaktivitäten auswählen. Eingeschlossen wurden Männer mit einer akuten psychotischen Symptomatik. TRIP resultierte in einer signifikant besseren Krankheitseinsicht (p < 0,05) und einem besseren Gesundheitszustand (Physical Health p < 0,05; Mental Health p < 0,05) im Vergleich zur herkömmlichen ET unmittelbar nach der Intervention. Innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von 12 Monaten kam es in der Gruppe des TRIP-Programms zu signifikant weniger stationären Wiederaufnahmen als in der WOT-Gruppe (9-12 Monate: WOT 21,6 % vs. TRIP 13,6 %, OR nach 12 Monaten: 1,75) *[919]* (Tabelle 68).

Längle et al. (2006) *[920]* untersuchten, ob **arbeitstherapeutische Maßnahmen gegenüber einer nicht arbeitsweltorientierten ergotherapeutischen Behandlung** bei postakuten (teil-)stationär behandelten Patient:innen mit einer Schizophrenie eine überlegene Wirkung aufweisen **(Kapitel Evidenzkapitel Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben**). Die Experimentalgruppe bestand aus Teilnehmenden von fünf Kliniken mit jeweils verschiedenen arbeitstherapeutischen Modellen. Die Teilnehmenden der Vergleichsgruppe erhielten im Rahmen von kreativitätsorientierter ET im Gruppensetting die Möglichkeit zum freien Gestalten mit verschiedenen frei wählbaren Materialien (ausdruckszentrierte Methode). In Bezug auf den Ergebnisparameter Lernfähigkeit zeigte sich die kreativitätsorientierte ET der Arbeitstherapie überlegen; bezogen auf Kommunikation, Anpassungsfähigkeit und kognitive Leistungsgeschwindigkeit ergaben sich keine Intergruppenunterschiede. Letzteres galt auch bezüglich des allgemeinen Funktionsniveaus, der Psychopathologie, der Lebensqualität, der krankheitsspezifischen Selbstwirksamkeitsüberzeugung, des Erlangens einer kompetitiven oder beschützten Arbeit sowie der Kosten künftiger psychiatrischer Behandlung (Längle et al. 2006). In einer 89 Patient:innen einschließenden Zwei-Jahres-Katamnese zeigten sich – übereinstimmend mit den Ergebnissen direkt zu Studienende – weder hinsichtlich der Arbeitsmarktintegration noch hinsichtlich des Funktionsniveaus oder der Psychopathologie signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Vergleichsgruppe (Bayer et al. 2008). Auch hinsichtlich der Inanspruchnahme von psychiatrischen Leistungen und damit der Versorgungskosten im Zwei-Jahres-Zeitraum nach Studienende zeigten sich keine Unterschiede zwischen (teil)stationärer Arbeitstherapie und kreativitätsorientierter Ergotherapie (Bayer et al. 2008).

Tabelle 66: Charakteristika der Einzelstudien zur Wirksamkeit ergotherapeutischer Ansätze

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteristika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
NEU **Vizzotto et al. 2021** *[912]* **RCT**	• N = 54 (48) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo, Brasilien)	• Occupational Goal Intervention (OGI): Förderung von Alltagsfertigkeiten (Zubereitung von Mahlzeiten, Umgang mit Geld, Lesen und Schreiben, Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung) • Dauer 15 Wochen • Follow-up: 6 Monate	• Handwerkliche Tätigkeiten wie bspw. Zeichnen oder Malen
NEU **Ercan Dogu et al. 2021** *[914]* **RCT**	• N = 66 (60) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung (Mental Health Center of Dıskapı Training and Research Hospital, Ankara)	• Occupational Therapy and Social Skills Training: personen-zentrierter Ansatz mit Schwerpunkt auf Kommunikation und Problemlösung sowie Planung von Aktivitäten des täglichen Lebens und Freizeit • Dauer 16 Wochen; Follow-up: 6 Monate	• Social Skills Training; Kommunikation und Problemlösung (10 Sitzungen)
NEU **Mashimo et al. 2020** *[923]* **RCT**	• N = 60 (49) • Patient:innen mit einer Diagnose einer Schizophrenie, wahnhaften oder affektiven Erkrankung • Ambulante Versorgung durch mobile multiprofessionelle Teams, Japan	• Home-Visit Occupational Therapy (OT) und Management Tool for Daily Life Performance (MTDLP): alle Maßnahmen erfolgen im häuslichen Umfeld, individuelle Bedürfnisse im Mittelpunkt (körperliche und strukturelle Domänen, Aktivitäten, soziale Teilhabe) • Dauer 4 Monate	• Home-Visit Occupational Therapy (OT); Zielsetzung durch Therapeut:innen, handwerkliche Aktivitäten, bewegungstherapeutische Angebote, Medikamenten- und Finanzmanagement
NEU **Shimada et al. 2018** *[915]* **RCT**	• N = 136 (129) • Patient:innen mit Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung • Stationäre psychiatrische Versorgung, Japan	• Activity-Oriented Group Occupational Therapy (GOT: körperliche Aktivität, handwerkliche Tätigkeiten, Teilnahme an Koch- oder Musikprogramm, Psychoedukation, Freizeitprogramm) + Individualized OT (IOT: psycho-sozialer Behandlungsansatz mit Fokus auf motivierende Interviews, Selbstreflektion, handwerkliche Tätigkeiten, individuelle Psychoedukation und Entlassplanung) • Dauer 3 Monate, hohe Kontaktdichte pro Woche	• Activity-Oriented Group Occupational Therapy (GOT, Gruppentherapie mit körperlicher Aktivität, handwerklicher Tätigkeit, Teilnahme an Koch- oder Musikprogrammen, Psychoedukation und Freizeitprogramm)
NEU **Eklund et al. 2017** *[924]* **RCT**	• N = 226 (180) • Mehrheitlich Patient:innen mit Psychosen, bipolaren Störungen, Depressionen, Angststörungen • 28 Einrichtungen der gemeindebasierten, psychiatrischen Versorgung, Schweden	• Balancing Everyday Life (BEL) Programm: gruppen- und aktivitätszentrierter Lifestyle-Ansatz (Aktivitätenplanung, Motivation und Bedeutung, gesundes Leben, Freizeit, Entspannung und soziale Aktivitäten) • Dauer 16 Wochen	• Herkömmliche, nicht-manualisierte Ergotherapie; Alltagsfertigkeitentraining, soziale und kreative Aktivitäten
NEU **Vizzotto et al. 2016** *[913]* **RCT**	• N = 46 (39) • Patient:innen mit behandlungsresistenter Schizophrenie	• Occupational Goal Intervention (OGI): Förderung von Alltagsfertigkeiten (Essenzubereitung, Umgang mit Geld, Lesen und Schreiben, Nutzung von PCs zur Informationsbeschaffung) • Dauer 16 Wochen; 6 Monate Follow-up	• Handwerkliche Tätigkeiten wie bspw. Zeichnen oder Malen

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteristika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
	• Ambulante Versorgung (Institute of Psychiatry, University of São Paulo)		
Foruzandeh et al. 2013 *[916]* **RCT**	• N = 60 (k. A.) • Patient:innen mit Schizophrenie • Stationäre (Langzeit-) Versorgung, Iran	• Ergotherapie; im Sinne von Ausdrucks-, Kunst- und Erholungstherapie • Dauer 3 Monate	• Herkömmliche Therapie
NEU **Tatsumi et al. 2012** **RCT** *[917]*	• N = 38 (34) • Patient:innen mit Schizophrenie (und schweren negativen Symptomen) • Stationäre Versorgung, Japan	• Ergotherapie und Kochaktivitäten • Dauer 15 Wochen	• Herkömmliche Therapie
Cook et al. 2009 **RCT** *[918]*	• N = 44 (42) • Patient:innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und funktionellen Problemen • Ambulante Versorgung (Community Mental Health Teams, UK)	• Individuelle Ergotherapie + herkömmliche Therapie • Dauer 12 Monate, individuelle Einheiten • Kein Follow-up	• Herkömmliche Therapie
NEU **Chan et al. 2007** *[919]* **RCT**	• N = 81 (77) • Männliche Patienten mit Schizophrenie • Stationäre Akut-Versorgung, Hong Kong	• Transforming Relapse and Instilling Prosperity (TRIP): Ziel gesundheitsförderliche Haltung und Rückfallreduktion (Themen psychische Gesundheit, Emotionen, Symptom-, Stress- und Medikationsmanagement, soziale und berufliche Ressourcen) • 10 Sitzungen über 2 Wochen; 12 Monate Follow-up	• Herkömmliche Ergotherapie auf Station (Arbeits-, Ruhe- und Freizeitaktivitäten)
Längle et al. 2006 *[920]* **RCT**	• N = 227 (163) • Patient:innen mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis • Stationäre oder teil- stationäre Behandlung, Deutschland	• Arbeitstherapeutische Maßnahmen (z. B. Belastungserprobung in der realen Arbeitswelt, berufliches Integrationsprogramm, Grundarbeitsfähigkeiten, spezifische Ressourcen und Motivation, klinische Arbeitstherapie) • Dauer 4 Wochen; 24 Monate Follow-up	• Kreativitätsorientierte Ergotherapie (ausdruckszentrierte Methode)
Reuster et al. 2002/ 2006 *[871][925]* **RCT**	• N = 262 (216) • Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung • Stationäre Behandlung, Deutschland	• Ergotherapie (offene Gruppenarbeit in Werkräumen) • Dauer 4 Wochen (ca. 120 Min. täglich)	• Eigenbeschäftigung mit ausgegebenen Materialien, Ermunterung durch Pflegepersonen
Buchain et al. 2003 *[921]* **RCT**	• N = 26 (k. A.) • Patient:innen mit behandlungsresistenter Schizophrenie (TRS)	• Medikamentöse Therapie + Ergotherapie (2 Formen von Gruppenarbeit) • Dauer 6 Monate • Kein Follow-up	• Medikamentöse Therapie allein

Autor:in/Jahr Design	Teilnehmende (Anzahl nach Abbrüchen), Charakteristika, Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Follow-up	Kontrollgruppe
	• Ambulante Versorgung, Brasilien		
NEU **Hadas-Lidor et al. 2001** *[922]* **RCT**	• N = 58 (58) • Patient:innen mit Schizophrenie • Ambulante Versorgung durch gemeindebasierte Teams, Israel	• Kognitives Training (Instrumental Enrichment, IE): Training spezifischer kognitiver Funktionen mit einem starken Fokus auf Alltagsaktivitäten und Unabhängigkeit im Alltag • 2 bis 3 einstündige Sitzungen/Woche über 12 Monate; 6 Monate Follow-up	• Traditionelle ergotherapeutische Methode (funktionelle Aufgaben, Ausdruckszentrierte Methoden)

Erläuterungen: N Anzahl Teilnehmender; k. A. keine Angabe; ET Ergotherapie; RCT Randomisierte kontrollierte Studie

Aus Deutschland liegt eine weitere Studie zur **Effektivität von ET im stationären Setting** vor *[871][925]*. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten in einem offenen Gruppensetting über 4 Wochen hinweg täglich ET im Sinne therapeutischer Gruppenarbeit in Werkräumen. Dabei arbeiteten die Teilnehmenden an einem eigenen Produkt, wobei Absprachen bezüglich der Nutzung der Materialien und Werkzeuge getroffen werden mussten und Kontakt des Ergotherapeuten/der Ergotherapeutin zu jeder Person bestand. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe erhielten im gleichen Zeitumfang Materialien zur Selbstbeschäftigung und hatten keinen Kontakt zu Ergotherapeut:innen. Sie erhielten allenfalls Ermunterung durch Pflegepersonal Tabelle 66). Zusammengefasst zeigten sich in Bezug auf die untersuchten klinischen Outcome-Variablen (z. B. Kommunikabilität, Kontrollüberzeugung, Konzentration, Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit, Angst, Psychopathologie) in beiden Gruppen Verbesserungen im Verlauf der Behandlung, ohne dass jedoch signifikante Gruppenunterschiede evident wurden. Die einzige Ausnahme bildete die Variable Kommunikabilität, die zum Messzeitpunkt 2 (von insgesamt 3) in der ET-Gruppe signifikant besser ausfiel. Die im Rahmen der Studie erhobenen subjektiven Patient:innen-Bewertungen von ET und Selbstbeschäftigung fielen über alle Diagnosegruppen signifikant positiv zugunsten der ET aus *[925]*. Eine getrennte Betrachtung nach Diagnosegruppen ergab zusätzliche Effekte insbesondere bei den Patient:innen mit depressiven Störungen. Depressive Patient:innen der ET-Gruppe erfuhren, basierend auf den Ergebnissen univariater Testungen, eine signifikant stärkere Besserung der depressiven Psychopathologie als Patient:innen der Kontrollgruppe (Selbstbeschäftigung) und reagierten auch mit einer signifikant stärkeren Reduktion von Angst als Eigenschaft. Erwähnenswert erscheint auch, dass – allerdings diskriminanzanalytisch ermittelt – die Teilnehmenden in manischer Phase signifikant stärker von ET profitierten als von Selbstbeschäftigung. Für Patient:innen mit Schizophrenie ist auf der Basis einer Diskriminanzanalyse von einer schwach signifikanten Überlegenheit der ET auszugehen. Der Autor betont jedoch, dass diskriminanzanalytische Verfahren eher Hinweise als Beweise darstellen und daher als Richtungsanzeiger verstanden und empirisch verifiziert werden sollten *[871]*.

In einer brasilianischen Studie wurde untersucht, ob bei einer Subgruppe behandlungsresistenter Patient:innen mit Schizophrenie (N = 26) der **Einsatz von ET zusätzlich zur Pharmakotherapie** mit Clozapin zu besseren Ergebnissen führt als die ausschließliche Behandlung mit Clozapin *[921]*. Die ET in der Interventionsgruppe bestand aus zwei verschiedenen Formen von Gruppenarbeit: In der einen Form (Einzelarbeit in der Gruppe) gingen die Patient:innen jeweils selbst gewählten individuellen Aktivitäten nach und der Hauptkommunikationspartner war der Therapeut/die Therapeutin, bei der anderen Form hingegen wurde eine gemeinsame Aktivität ausgeführt und die Interaktion der Gruppenmitglieder nahm einen hohen Stellenwert ein (Gruppenarbeit). Anhand der Effektstärken, die auf Basis der *Scale for Interactive Observation in Occupational Therapy* (EOITO) berechnet wurden, zeigte sich, dass die Patient:innen kontinuierlich über den gesamten Beobachtungszeitraum von sechs Monaten hinweg von der ergotherapeutischen Intervention profitierten. Die größten Effektstärken zeigten sich gegen Ende der Intervention und in Bezug auf die EOITO-Items zur Handlungsperformanz und den persönlichen Beziehungen. Die signifikante Überlegenheit einer zusätzlich zur Pharmakotherapie stattfindenden Ergotherapie gegenüber reiner medikamentöser Behandlung mit Clozapin konnte somit für die Gruppe der behandlungsresistenten Patient:innen mit Schizophrenie bestätigt werden. Bei der Interpretation dieser Befunde ist die kleine initiale Stichprobengröße (N = 26) zu berücksichtigen, die sich durch eine hohe Studienabbruchrate auf 19 Patient:innen reduzierte, die die Intervention tatsächlich beendeten, sowie die Abwesenheit einer aktiven Kontrollgruppe. Zudem ist die Verwendung der Skala EOITO in Frage zu stellen, da diese nicht ausreichend validiert ist und bei den Patient:innen der Kontrollgruppe nur eingeschränkt zur Anwendung kommen kann (Tabelle 66, Tabelle 67).

Bei Hadas-Lidor et al. (2001) wurde die **Effektivität einer dynamischen kognitiven Therapie (Instrumental Enrichment) im Rahmen der teilstationären Rehabilitation** von Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in der Gemeinde über 12 Monate untersucht. Jede Sitzung war in drei Teile gegliedert: Teil 1) beinhaltete kognitive Übungen zur Verbesserung spezifischer kognitiver Fähigkeiten, Teil 2) eine Analyse von Papier-und-Bleistift-Übungen durch den Teilnehmenden und den Therapeuten oder die Therapeutin und Teil 3) Beispiele aus dem Alltag zu Arbeit, Wohnen oder soziale Kompetenzen und ihrem Bezug zu den Übungen aus Teil 1. Die Intervention wurde orientiert an den individuellen Bedarfen der Teilnehmenden durch speziell ausgebildete Ergotherapeut:innen erbracht. Ziele lagen in der Verbesserung der kognitiven Anpassungsfähigkeit sowie in einer verbesserten Unabhängigkeit im Alltag und hinsichtlich der beruflichen Entwicklung. In der Experimentalintervention wurde eine traditionelle ergotherapeutische Methode (funktionelle Aufgaben und Ausdrucksaktivitäten) genutzt. Diese wurden einzeln und in Gruppen durch erfahrene Ergotherapeut:innen in vergleichbarem Umfang der Experimentalintervention erbracht. Die Ergebnisse zeigten signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen über nahezu allen Erhebungen kognitiver Funktionen. Es zeigte sich auch ein Vorteil hinsichtlich einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (31 % vs. 14 %) zugunsten des alltagsbezogenen kognitiven Trainingsprogrammes. 44 Prozent der Interventionsgruppe bezogen eine betreute Wohneinrichtung oder eine eigene Wohnung im Vergleich zu

17 Prozent der Kontrollgruppe. Es gab keine signifikanten Unterschiede im IADL (Instrumental Activities of Dailiy Living)-Fragebogen oder im Selbstkonzept *[922]*.

Tabelle 67: Effekte spezifischer ergotherapeutischer Interventionen in einem ambulanten/gemeindepsychiatrischen Setting (Evidenz aus Einzelstudien)

Autor:in/Jahr	**Vizzotto et al. 2016/ 2021** *[912][913]*	**Ercan Dogu et al. 2021** *[914]*	**Mashimo et al. 2020** *[923]*	**Eklund et al. 2017** *[924]*	**Cook et al. 2009** *[918]*	**Buchain et al. 2003** *[921]*	**Hadas-Lidor et al. 2001** *[922]*
Experimental- vs. Kontrollintervention	Occupational Goal Intervention (Alltagsbezug) vs. Handwerkliche Tätigkeiten	ET (Alltagsbezug) & Training sozialer Fertigkeiten vs. Training sozialer Fertigkeiten allein	ET im häuslichen Umfeld (Alltags-bezug) & MTDLP vs. ET im häuslichen Umfeld ohne MTDLP	Balancing Everday Life Program (Alltagsbezug) vs. herkömmliche ET	CMHT & ET (Alltagsbezug) vs. CMHT allein	ET (Gruppenarbeit) & Psychopharmako-therapie vs. Psychopharma-kotherapie allein	Kognitives Training (Alltagsbezug, Instrumental Enrichement) vs. traditionelle ET
Stichprobe (N)	46/54	66	60	226	44	26	58
Merkmale klinischer Recovery							
Allg. psych. Symptomatik	~	++		~		++[3]	
Positivsymptomatik	~						
Negativsymptomatik	~	++			~		
Merkmale funktionaler Recovery							
Unabhängigkeit im Alltag	++		~				
Unabhängigkeit im Wohnen							++
Alltagsfertigkeiten	++	++					~
Soziale Aktivitäten/ Teilhabe		++	~				
Freizeitaktivitäten		++	~				
Berufliche Teilhabe			++				++
Aktivitäten, allg.				++			
Exekutive Funktionen	++						
Kognitive Funktionen							++
Soziales Funktionsniveau			++[1]/~[2]	++	~		
Merkmale persönlicher Recovery							
Zufriedenheit mit Aktivitäten		++		~			
Lebensqualität				~			
Selbstwertgefühl				~			~
Behandlungsassoziierte Outcomes							
Abbruchrate				-			

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ET Ergotherapie; CMHT Community Mental Health Team; MTDLP Management Tool for Daily Life Performance; LQ Lebensqualität

[1] GAF Global Assessment of Functioning; [2] SFS Social Functioning Scale; [3]EOITO Scale for Interactive Observation in Occupational Therapy

Tabelle 68: Effekte spezifischer ergotherapeutischer Interventionen in einem stationären Setting (Evidenz aus Einzelstudien)

Autor/Jahr	**Shimada et al. 2018** *[915]*	**Foruzandeh und Parvin 2013** *[916]*	**Tatsumi et al. 2011** *[917]*	**Chan et al. 2007** *[919]*	**Längle et al. 2006** *[920]*	**Reuster et al. 2002/ 2006** *[871][925]*
Experimental- vs. Kontrollintervention	GOT & Individua-lisierte ET vs. GOT allein	Gruppenbehandlung in Werkräumen vs. TAU	ET & Kochkurs vs. TAU	TRIP vs. herkömmliche ET	Ausdruckszentrierte ET vs. Arbeitstherapie	Kompetenzzentrierte ET vs. Selbstbeschäftigung
Stichprobe (N)	136	60	38	81	227	262
Merkmale klinischer Recovery						
Allg. Symptomatik			~	++	~	~ (alle) / ++ (depres-sive Subgruppe)
Positivsymptomatik		++				
Negativsymptomatik		++	~			
Rückfallwahrscheinlichkeit				++		
Merkmale funktionaler Recovery						
Alltagsfertigkeiten	~					
Kommunikabilität					~	++ (1 Messzeitpunkt)
Berufliche Teilhabe					~	
Kognitive Funktionen	++				~	~
Soziales Funktionsniveau	~				~	
Soziale Fertigkeiten			~			
Merkmale persönlicher Recovery						
Hoffnung						~
Lebensqualität					~	
Selbstwertgefühl					~	~
Behandlungsassoziierte Outcomes						
Behandlungszufriedenheit	++					+

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in der Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe; GOT Activity-Oriented Group Occupational Therapy; ET Ergotherapie; TAU Treatment as Usual; TRIP Transforming Relapse and Instilling Prosperity

Zusammenfassende Bewertung

Die Übersicht macht eine **zunehmende Dynamik im Feld der ergotherapeutischen Praktiken** und ihrer Wirksamkeitsnachweise deutlich. Eine abschließende Bewertung der Effektivität von Ergotherapie (ET) ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt und in Übereinstimmung mit anderen Autor:innen *[873][886][1330]* auf Basis derzeit vorliegender Evidenz nicht möglich. Das liegt v. a. daran, dass größere aussagekräftige, randomisierte kontrollierte Studien zur Wirksamkeit psychiatrischer Ergotherapie und ihrer Behandlungsverfahren bislang nicht umfänglich 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. Ergebnisse aus aggregierter Evidenz, in denen ausschließlich randomisierte kontrollierte Studien unter Einschluss von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lt. Definition der vorliegenden Leitlinie eingeschlossen wurden, liegen bislang nicht vor. Ein Review der Cochrane Collaboration zur Untersuchung der Wirkung von ergotherapeutischen Interventionen in der Behandlung von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, die durch ausgebildete Ergotherapeut:innen durchgeführt werden gegenüber entsprechenden Interventionen, die von anderer Profession erbracht werden, führte zu keinem Ergebnis, da keine RCTs identifiziert werden konnten *[911]*.

Die ET-Praxis ist sehr breit gefächert. Die in dieser Leitlinie beschreibend aufgeführten Übersichtsarbeiten verweisen auf **verschiedene Bereiche**, in denen ergotherapeutische Ansätze in unterschiedlichen Studiendesigns untersucht wurden:

- Berufsbezogene Maßnahmen & berufliche Bildung
- Psychoedukation
- Kreative Beschäftigungen, Kunsthandwerk, Schreibtherapie
- Time-Use-Interventionen
- Verhaltensaktivierung
- Training sozialer- und Alltagsfertigkeiten
- Training kognitiver Fertigkeiten
- Lebensstilinterventionen
- Gruppen- oder Familienansätze
- Tiergestützte Therapie
- Gartentherapie
- Selbstmanagementansätze

Hingegen für einzelne Bereiche wie z. B. für die berufliche Teilhabe und die Psychoedukation eine umfangreiche Anzahl an RCTs und internationalen Wirksamkeitsnachweisen vorliegen, existiert für andere Bereiche wenig empirische Evidenz. In der vorliegenden Leitlinie wird ein Teil der Interventionen, an denen auch Ergotherapeut:innen beteiligt sind, in eigenen **(Evidenz-)Kapiteln** behandelt:

- Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben
- Psychoedukative Intervention
- Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten
- Gesundheitsfördernde Interventionen
- Selbstmanagementansätze

Nicht explizit in dieser Leitlinie beschrieben sind das **Training kognitiver Fertigkeiten** *[1336][1337]* und **Ansätze der Verhaltensaktivierung** (Behavioural Activation), da sie nicht als primär psychosoziale Therapien gewertet wurden. Wirksamkeitsstudien zur Verhaltensaktivierung sind v. a. in der Behandlung von Menschen mit depressiver Erkrankung erfolgt und scheinen zumindest gegenüber kognitiver Verhaltenstherapie vergleichbar. Gegenüber Warteliste und herkömmlicher Behandlung zeigen sich positive Effekte *[1335]*. Ein Großteil der Studien schloss dabei auch Menschen mit einer schweren Depression ein *[1335]*. Behavioural Activation kann auch im Gruppenformat wirksam sein *[1334]*. Demnach gehören neben vielen meist wenig empirisch untersuchten Ansätzen zum Spektrum der in der Ergotherapie eingesetzten Verfahren auch Ansätze mit höherer Evidenz, wie Verhaltensaktivierung, Supported Employment 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 in Einklang. Sie können von unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt werden und kommen deshalb auch innerhalb der Ergotherapie zum Einsatz.

Die im Rahmen der systematischen Recherche identifizierten und eingeschlossenen Einzelstudien (einige davon wurden aus der letzten Auflage der Leitlinie übernommen) haben **spezifische ergotherapeutische Interventionen** zum Inhalt (Tabelle 66). Untersucht wurden (1) spezifische Ansätze mit einem starken Alltagsbezug in einem ambulanten/gemeindepsychiatrischen Setting und (2) eine Variation spezifischer Ansätze, einschließlich Gruppentherapien in einem stationären Setting. Die Kontrollintervention konnte aus einer herkömmlichen (ergotherapeutischen) Behandlung oder einer anderen aktiven Kontrollintervention bestehen. Die untersuchten Outcomes variieren stark. Für nahezu keines der untersuchten Outcomes liegen ausschließlich positive Nachweise über verschiedene Studien vor (Tabelle 67, Tabelle 68). Ausnahme bildet v. a. die Behandlungszufriedenheit *[915][871][925]*.Bei Shimada et al. (2018) *[915]* wurde die Behandlungszufriedenheit mit der japanischen Version des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit (CSQ-8J) bei Entlassung oder 3 Monate später erfragt. Dabei zeigte sich eine signifikant stärkere Zufriedenheit in der Gruppe, welche zusätzlich eine individualisierte ET erhielt. Die im Rahmen einer der deutschen Studie erhobenen subjektiven Patientenbewertungen von ET und Selbstbeschäftigung fielen über alle Diagnosegruppen signifikant positiv zugunsten der ET aus *[925]*.

11. Bereich psychosozialer Interventionen zur Verbesserung von Teilhabe an Bildung und Arbeit

Hintergrund
Als Strategien der Arbeitsrehabilitation bzw. Ansätze zur Verbesserung der Teilhabe an Bildung und Arbeit werden hier psychosozialen Interventionen verstanden, die systematisch auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen abzielen *[926]*. Mit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist das Recht der Betroffenen auf gleichberechtigte berufliche Teilhabe seit 2009 auch in Deutschland gesetzlich verankert. Die Präferenzen der Betroffenen spielen bei der Zieldefinition eine bedeutsame Rolle.

International 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, Bewerbungstrainings und übergangsweiser Beschäftigung in einem geschützten Arbeitsverhältnis bestehen *[926][927]*. Erst im Anschluss an dieses Training unter „beschützten" Bedingungen wird die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt *(„first train then place")*. Die Hilfen enden bisweilen jedoch bereits mit dem Abschluss des Trainingsprogramms. Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche, Hilfe in der Einarbeitungszeit sowie längerfristige Betreuung am Arbeitsplatz sind nicht in allen Programmen dieses Typs vorgesehen *[926]*.

Eine spezielle Variante von *Pre-vocational Training* stellt das sogenannte ***Clubhouse-Modell*** dar, das in den 1950er Jahren in den USA entstand - es sei an dieser Stelle lediglich auf diese Form der Unterstützung verwiesen. Dieses Modell baut zentral auf professionell unterstützte Selbsthilfe. Ein Clubhouse ist eine Einrichtung, die von Betroffenen und Mitarbeitenden gemeinsam geleitet und bewirtschaftet wird. Betroffene treffen sich dort zu sozialen Aktivitäten und übernehmen gleichzeitig durch Beteiligung an verschiedenen notwendigen Aufgaben (z. B. Kochen) Verantwortung für die Gemeinschaft. Weiterhin bietet das Clubhouse seinen Mitgliedern die Möglichkeit zu externer übergangsweiser Beschäftigung, um sich auf die Anforderungen kompetitiver Beschäftigung sowie auf Supported and Independent Employment vorzubereiten *[928][963][930]*.

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 Jobcoach ist zeitlich nicht limitiert. Ziel ist eine permanente Beschäftigung in einem Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.Ansätze nach dem Prinzip des *Supported Employment* haben ihren Ursprung in den USA, wo sie in den 1980er Jahren entstanden *[931]*. Bereits erste Übersichtsarbeiten lieferten Hinweise auf die Überlegenheit von SE gegenüber Ansätzen herkömmlicher beruflicher Rehabilitation *[929][932][933][934]*. Mit der multizentrischen Studie EQOLISE wurde erstmals gezeigt, dass die positiven Outcomes von IPS auf Europa übertragbar sind *[935]*.

Die am besten untersuchteste Form und manualisierte Version von *Supported Employment* ist das ***Individual Placement and Support*** **(IPS)** mit folgenden acht Kernprinzipien:

- primäres Ziel einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt,
- basierend auf der Wahl durch den Betroffenen,
- Berücksichtigung der Präferenzen der Betroffenen bei der Jobsuche,
- die rasche Suche nach Arbeit,
- die Verzahnung der medizinischen und arbeitsrehabilitativen Dienste,
- eine systematische Unterstützung der beruflichen Weiterentwicklung,
- eine Beratung zu Leistungen und Bezügen sowie
- die individuelle und zeitlich unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz *[936]*.

In Deutschland kommen nach wie vor überwiegend arbeitsrehabilitative Programme zum Einsatz, die in der Tradition des „first train then place-Ansatzes" stehen; die Bemühungen um eine stärkere Umsetzung von IPS sind groß *[937][938]*. Mit dem Ziel einer stärkeren, über lokale Umsetzungen hinausgehenden Implementierung wurde Anfang 2009 die Maßnahme der „Unterstützten Beschäftigung" im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert *[939]*.

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. Die Angebote sind von hoher Relevanz, da viele schwere psychische Erkrankungen erstmalig in einem jungen Erwachsenenalter auftreten und die jungen Menschen besonders gefährdet sind, aus den Schul- oder Ausbildungssystemen herauszufallen. Zunehmend findet sich eine Kombination mit Ansätzen des Supported Employment *[206][454]*. Wichtige Komponenten sind hier spezialisierte Dienste, eine unterstützte Navigation durch die verschiedenen Settings, die enge Verzahnung mit den Behandelnden sowie der Fokus auf individuelle und gruppenbildende Aktivitäten. Explizit auf Supported Eductaionen fokussierte Wirksamkeitsstudien liegen kaum vor *[940]*, was auch die aktuelle Recherche aufzeigt. Mittlerweile haben sich kombinierte Angebote von Supported Education und Supported Employment etabliert, die zunehmend in Early-Intervention-Programmebei Menschen mit ersten Episoden mit hohem Risiko für schwere Verläufe Eingang finden *[941][437][942][943]*.

Schwere psychische Erkrankungen, insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind oft mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen) verbunden. Die Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau und die dadurch erschwerte Ansprechbarkeit auf psychosoziale Behandlungsansätze sind bedeutsam. Entwickelt wurden deshalb seit jeher **Kombination von arbeitsrehabilitativen Ansätzen mit trainierenden Ansätzen**, um den beruflichen Rehabilitationserfolg zu erhöhen.

Neben den beschriebenen Maßnahmen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wieder in Arbeit zu bringen, sind auch **Maßnahmen** erforderlich, diejenigen **Personen in aktueller Beschäftigung zu unterstützen**. Das Risiko, nach einer stationären psychiatrischen Behandlung nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren ist erheblich *[42][945][946]*. Für die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist das Zusammenspiel der beteiligten Personen bedeutsam. Neben gezielten Wiedereingliederungsmaßnahmen *[945][947]* können auch klinische Interventionen zur Rückkehr beitragen; dabei sollte die Unterstützung an die Erwartungen der Teilnehmenden anknüpfen *[946][948]*. Zu berücksichtigen sind hierbei auch die Integrationsfachdienste, ambulante Ergotherapie sowie Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 35 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Vermeidung Arbeitsplatzverlust“**
Empfehlungsgrad **EK**	Die berufliche Rehabilitation 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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Rationale

Neben den beschriebenen Maßnahmen, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wieder in Arbeit zu bringen, sind auch **Maßnahmen** erforderlich, diejenigen **Personen in aktueller Beschäftigung zu unterstützen**. Das Risiko, nach einer stationären psychiatrischen Behandlung nicht wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren ist erheblich *[42][945]*. Für die Rückkehr an den Arbeitsplatz ist das Zusammenspiel der beteiligten Personen bedeutsam. Neben gezielten Wiedereingliederungsmaßnahmen *[945][947]* können auch klinische Interventionen zur Rückkehr beitragen; dabei sollte die Unterstützung an die Erwartungen der Teilnehmenden anknüpfen *[945][948]*. Zu berücksichtigen sind hierbei auch die Integrationsfachdienste, ambulante Ergotherapie sowie Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX.

Stark

Empfehlung 36 **Geprüft**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Supported Employment“**
Empfehlungsgrad **A**	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.
Konsensstärke	**Konsens (89 %)**

Praktische Informationen

Programmtreue

Mit der IPS-25 (Supported Employment Fidelity Scale) liegt ein Instrument zur Messung der **Programmtreue** vor *[464]*. Bereits ein kürzere 15 Items umfassende Version wurde erfolgreich evaluiert; es konnte deutlich gemacht werden, dass eine größere Programmtreue mit einer höheren Arbeitsrate auf dem ersten Arbeitsmarkt assoziiert ist *[1347]*. Weiterentwicklungen von IPS machten eine Anpassung der Fidelity Scale erforderlich. Obwohl IPS-25 gegenüber IPS-15 einige Vorteile aufweist, konnte die prädiktive Validität nicht verbessert werden *[1348]*.

Die Bedeutung der Programmtreue wurde auch in einer retrospektiven Untersuchung im „freien Feld“ unterstrichen. Analysiert wurden dazu die Ergebnisse 21 implementierter SE-Programme in den USA zwischen 1997 und 2006. Dabei wurden Daten von 3.474 psychisch kranken Rehabilitanden berücksichtigt, von denen 51% innerhalb eines Jahres eine Beschäftigung aufgenommen hatten. Die Wahrscheinlichkeit, eine Beschäftigung zu erhalten bzw. mind. 20 Stunden pro Woche zu arbeiten, war bei größerer Programmtreue um 45% bzw. um 52% erhöht. Unbenommen blieb dabei die Höhe des Einkommens *[1349]*.

Anwendbarkeit und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum

Es existiert auch qualitativ hochwertige Evidenz zur Wirksamkeit von SE aus dem deutschsprachigen Raum, welche hier skizziert werden soll.

EQOLISE-Studie: Die Wirksamkeit von SE unter europäischen Bedingungen wurde im Rahmen der **Multicenter-Studie EQOLISE** *[958][959]* überprüft. EQOLISE (*Enhancing the Quality Of Life and Independence of Persons Disabled by Severe Mental Illness through Supported Employment*) fand als randomisierte kontrollierte Studie in sechs europäischen Zentren statt, darunter auch in Ulm/Günzburg. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten IPS. Die Teilnehmenden der Vergleichsgruppe erhielten die bestmögliche alternative berufliche Rehabilitationsmaßnahme, die am Ort verfügbar und üblich war. In Ulm/Günzburg wurden 52 der insgesamt 312 Studienteilnehmenden rekrutiert. Die Kontrollintervention sah die schrittweise Vorbereitung auf den beruflichen Wiedereinstieg in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke in Kempten oder im Rehabilitationskrankenhaus Ulm, welches unterschiedliche Formen der beruflichen Rehabilitation anbietet, vor. Hierbei galten die üblichen Zugangsbedingungen des deutschen Sozialrechts *[1350]*.

Für die **Wirksamkeit des SE-Ansatzes auch in Europa** spricht, dass IPS-Teilnehmende in allen sechs Zentren hinsichtlich jedes arbeitsbezogenen Zielkriteriums bessere Ergebnisse erzielten als die Teilnehmenden der Vergleichsgruppe. Dies bedeutet, dass ein höherer Prozentsatz der IPS-Teilnehmenden eine kompetitive Beschäftigung erreichte (55 % vs. 28 %), IPS-Teilnehmende zur Folgeerhebung mehr Tage in Arbeit verbrachten und mehr Stunden gearbeitet hatten und ihre Jobs länger behielten. Diese Unterschiede waren im deutschen Studienzentrum (und auch im niederländischen) nicht signifikant. In Ulm/Günzburg war die Anzahl derjenigen Teilnehmenden der Interventionsgruppe mit einer Beschäftigung (N = 14) zwar vergleichbar mit der in den anderen Studienzentren, allerdings waren hier vergleichsweise viele der Rehabilitand:innen in der Kontrollintervention (N = 11) ebenfalls beschäftigt. In Deutschland schnitt demnach die Kontrollgruppe, verglichen mit den anderen Zentren, verhältnismäßig gut ab. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass die Studie in ihrer Gesamtheit über alle Zentren hinweg gepowert wurde, um Effekte abzusichern. Eine isolierte Betrachtung der Ergebnisse für einzelne Zentren ist daher nicht tragfähig.

Interessant ist zudem, dass sich die Rekrutierung in eine randomisierte kontrollierte Studie am **Studienstandort Deutschland** schwierig erwies, da die potenziellen Studienteilnehmenden in der Regel eine Präferenz für die IPS-Intervention angaben, die dem Wunsch nach einer raschen Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt entgegenkam. Wurden hoch motivierte Teilnehmende hinsichtlich einer raschen Arbeitsaufnahme auf dem ersten Arbeitsmarkt dann per Zufall dem Rehabilitations-Arm der Studie zugewiesen, lehnten diese die Rehabilitationsmaßnahme wiederholt ab und entschieden sich dafür, in Eigeninitiative nach einer Stelle zu suchen. Erschwerend kamen weitere Aspekte wie Risiken für die Erwerbsunfähigkeitsrente oder Grundsicherung u. a. hinzu; z. T. wurden Rehabilitationsanträge zurückgezogen oder auch durch den zuständigen Träger abgelehnt. Letztlich erhielten weniger als die Hälfte der Kontrollgruppe eine Rehabilitationsmaßnahme. Schließlich muss auch erwähnt werden, dass unter den 11 Studienteilnehmenden der Kontrollgruppe (Reha-Gruppe), die einen Job fanden, lediglich eine Person eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen hatte *[1350]*.

In der **Gesamtstichprobe der EQOLISE-Studie** zeigte sich neben der Überlegenheit von IPS hinsichtlich arbeitsbezogener Zielgrößen, dass IPS-Teilnehmende das Programm signifikant seltener abbrachen (13 % vs. 45 %) und mit signifikant geringerer Wahrscheinlichkeit in ein Krankenhaus eingewiesen wurden als Teilnehmende der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen in der Kontrollgruppe (20 % vs. 31 %). Letztere verbrachten im Studienzeitraum auch durchschnittlich doppelt so viel Zeit im Krankenhaus. Eine Beschäftigung generell führte zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus und Reduktion der Krankheitszeichen *[1351]*.

Jäger und Kollegen verweisen auf die mangelnde Nachhaltigkeit von SE hinsichtlich der Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses sowie die Einkommenssituation, wenn das Coaching zeitlich befristet ist und die Ansprechperson nach Beendigung der Maßnahme wegfällt. Grundlage für die katamnestische Studie bildete die Zürcher Stichprobe der EQOLISE-Studie 42 Monate nach der Basiserhebung *[1352]*.

Job Coach Projekt (JCP) der Universität in Bern: 100 erwerbslose Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung wurden in dieser Studie zufällig einer der beiden Maßnahmen (IPS vs. traditioneller Ansatz) zugeordnet. Patient:innen aus der IPS-Gruppe befanden sich mindestens doppelt so häufig in einer kompetitiven Beschäftigung verglichen mit denen aus der Vergleichsgruppe (58,7 % vs. 25,9 %). Im 2. Jahr zeigte sich, dass die Patient:innen der IPS-Gruppe über 24,5 Wochen auf dem 1. Arbeitsmarkt beschäftigt waren, in der Kontrollgruppe waren es lediglich 10,2 Wochen. Immerhin waren am Ende der Studie (24 Monate) noch 45,7 % der IPS-Teilnehmenden in kompetitiver Beschäftigung; in der Vergleichsgruppe waren es 16,7 % *[960]*. Die positiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation bei den IPS-Teilnehmenden blieben auch innerhalb eines 5-Jahres-Zeitraumes bestehen (65 % vs. 33 % der TN in kompetitiver Beschäftigung). SE-Programmteilnehmende arbeiteten mehr Stunden und Wochen, wiesen einen höheren Verdienst auf und blieben länger in einem Job. Daneben zeigten sich statistisch bedeutsame Vorteile auch bei nicht-arbeitsbezogenen Faktoren wie einer reduzierten (teil)stationären Behandlungsbedürftigkeit sowie reduzierter stationärer Behandlungstage. Auch aus sozioökonomischer Perspektive erwies sich die IPS-Intervention als effektiv *[950]*.

Im Rahmen des **Zürcher Eingliederungs Pilot Projekts (ZhEPP)** wurde die Wirksamkeit von IPS für psychisch kranke Menschen mit (voller oder teilweiser) Erwerbsminderungsrente nicht länger als ein Jahr bestehend, untersucht. Obwohl die Mehrheit der eingeschlossenen Teilnehmenden an einer affektiven Störung erkrankt war (47 %) - daneben wurden Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (16 %) sowie einer Persönlichkeitsstörung (17 %) eingeschlossen - ist von einem schweren und chronischen Krankheitsverlauf auszugehen. Der erste Kontakt zum psychiatrischen Behandlungssektor lag durchschnittlich 10 Jahre zurück. 27 % der Studienteilnehmenden gingen zu Baseline einer Beschäftigung nach. Die IPS-Teilnehmenden wurden über alle Phasen von Arbeitssuche, Beschäftigung und auch bei Jobverlusten durch Job Coaches begleitet. Die IPS-Fidelity wird als moderat über den gesamten Verlauf hinweg eingeschätzt. Die Teilnehmenden der Kontrollgruppe konnten zwischen herkömmlichen beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen frei wählen, erhielten aber kein Job Coaching durch ZhEPP. Es zeigten sich über den Studienzeitraum hinweg deutliche Vorteile hinsichtlich der Arbeitsrate (mind. einen Monat in kompetitiver Beschäftigung) zugunsten IPS, jedoch keine Unterschiede hinsichtlich der sekundären arbeitsbezogenen Outcomes (Jobhaltedauer, Arbeitszeit in Stunden und Monaten). 32 % der IPS-Teilnehmenden gelang der Eintritt in ein neues Beschäftigungsverhältnis gegenüber 12 % der Kontrollgruppe. 50 % der IPS-Teilnehmenden blieben über den gesamten Zeitraum hinweg ohne Beschäftigung; in der Kontrollgruppe waren es 66 % *[1353]*.

Im Ergebnis der **Auswertung von Routinedaten** zeigte sich, dass die Umsetzung von IPS in der klinischen Versorgung auch hierzulande möglich ist und zu hohen Eingliederungsraten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führt. Besonders förderlich wirkt sich hierbei ein früher Beginn von IPS während der klinischen Behandlung aus *[1354]*.

Verwiesen soll hier auf die RPKs. Mit den **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK)** wurde in Deutschland ein integratives medizinisch-berufliches Rehabilitationskonzept konzipiert. Das Leistungsangebot zur beruflichen Rehabilitation umfasst zum Beispiel Berufsfindungsmaßnahmen, Arbeitserprobungen/Praktika, Arbeitstraining, berufliche Anpassungen im erlernten bzw. angelernten Berufsfeld oder Bewerbertraining. RPK's verfügen über die Möglichkeit, individuell auf den Ausbildungsstand und die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin zugeschnittene Maßnahmen anzubieten. Es werden in zahlreichen RPK's auch Angebote vorgehalten, die Merkmale von Supported Employment enthalten. Eine Analyse der Aufnahme- und Entlassdaten der 52 RPK Einrichtungen in Deutschland aus dem Jahre 2010 (N = 1.311) zeigte, dass knapp 40 Prozent der Teilnehmenden nach medizinischen RPK-Maßnahmen an beruflichen RPK-Maßnahmen teilnahm. Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme war ein Anteil von 38 Prozent der Rehabilitanden erwerbstätig, 26 Prozent befanden sich in Ausbildung und Umschulung *[938]*.

Versorgungsalltag: In Deutschland steht zum einen ein breites Spektrum von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung und zum anderen existiert ein umfassendes, sehr differenziertes System an Einrichtungen, Diensten und weiteren Angeboten zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen (siehe **Matrix des deutschen Versorgungssystems**). Gleichwohl bleiben die Arbeitsraten schwer psychisch kranker Menschen gering *[44]*Jäckel et al. 2020).

Den Aspekt des Rehabilitationsprinzips betreffend kommen in Deutschland bislang überwiegend arbeitsrehabilitative Programme, die nach dem Prinzip „erst trainieren - dann platzieren" ausgerichtet sind, zum Einsatz. Allerdings finden sich zunehmend auch Ansätze nach den Prinzipien von IPS in der Versorgung. Anfang 2009 wurde die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung" mit dem Ziel einer stärkeren Umsetzung in Deutschland im SGB IX §38a gesetzlich verankert. Zu bedenken ist hierbei, dass dieses Konzept nicht in allen Kriterien mit denen des international verbreiteten Konzepts übereinstimmt. Von verschiedenen Akteur:innen, u. a. der DGPPN *[5]* gehen verschiedene Aktivitäten für eine stärkere Umsetzung von SE in Deutschland aus.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Bereits die Ergebnisse der ersten systematischen Recherchen im Rahmen der vorangegangenen Auflagen 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 Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeitsüberprüfung von IPS durchgeführt worden, die ebenfalls auf dessen Überlegenheit insbesondere bezogen auf arbeitsbezogene Zielgrößen, hinweisen *[955]*. Auch für den Standort Deutschland lassen sich positive Effekte bezüglich der Wiedereingliederungsraten aufzeigen *[942][1338]*. 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 Teilnehmende unter der Bedingung von IPS

- deutlich höhere Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie Teilnehmende unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze.
- Dies gilt vor allem für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung
- und scheint sowohl von der Region als auch von der Arbeitslosenrate unabhängig.
- Für andere arbeitsbezogene Outcomes wie die Jobhaltedauer und die Höhe des monatlichen Verdienstes lassen sich ebenfalls positive Befunde finden.
- Es gibt auch Hinweise, dass die Effekte von SE über lange Zeit nachweisbar bleiben bzw. noch deutlicher werden.
- Auch unter Routinebedingungen bleibt SE Ansätzen herkömmlicher beruflicher Rehabilitation überlegen.

Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen durch SE wurden bisher vergleichsweise seltener untersucht. Allerdings lassen sich entsprechende Einzelbefunde finden. So resultierte die Teilnahme an IPS

- in verbesserter psychischer Symptomatik
- in verringerter (teil-)stationärer Behandlungsnotwendigkeit bei den Betroffenen
- in positiven Effekten auf Lebensqualität, Empowerment, Arbeitsmotivation sowie Selbstwertgefühl.
- 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.

Unerwünschte Ereignisse werden in den identifizierten Studien nicht berichtet.

In den vorliegenden RCTs zu arbeitsrehabilitativen Ansätzen wurden Abbruchraten nicht durchgängig untersucht. Aus den existierenden Befunden geht hervor, dass die Abbruchraten zwischen Ansätzen von IPS und PVT vergleichbar sind oder in der IPS-Maßnahme signifikant geringer.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Moderat

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung. Allerdings basiert die Empfehlung auf den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Metaanalysen und einer umfänglichen Zahl von RCTs.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Untersuchungen in Deutschland und international geben deutliche Hinweise auf Präferenzen auch schwer psychisch erkrankter Menschen für eine wettbewerbsfähige Beschäftigung *[1271] [44]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Daten zur Kosteneffektivität liegen bisher ungenügend vor. Kinoshita et al. (2013) 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 *[949]*.

Hoffmann et al. (2014) 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 (*social return on investment*) signifikant höher *[950]*.

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 *[951]*.

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 führte *[952]*.

Rationale

Insbesondere zu den Ansätzen des Supported Employment liegt überzeugende Evidenz aus verschiedenen Metaanalysen aus RCTs vor. Im Bereich traditioneller Ansätze beruflicher Rehabilitation beruht die Evidenz in der Hauptsache auf Studien, in denen diese als Kontrollintervention dienten. Darüber hinaus wurden hier weiterhin ältere, nichtrandomisierte Studien in den Bereichen Berufsausbildung, beschütztes Arbeiten und Arbeitstherapie berücksichtigt. In einer Aktualisierungsrecherche wurde ausschließlich nach systematischen Übersichtsarbeiten gesucht, mit Ausnahme der Ansätze zu Supported Education; hierzu wurde auch nach RCTs gesucht.

Evidenzgrundlage

- Systematische Übersichtsarbeiten von RCTs zur Effektivität von IPS *[955][954][953]*
- RCTs zu Supported Education *[962][454]*
- 4 Studien (Non-RCTs) zu Ansätzen des PVT *[968][969][970][971]*
- 4 RCTs zur Effektivität von Formen des PVT *[964][966][967][965]*
- 2 Studien (Non-RCTs) zur Arbeitstherapie *[920][976][978]*
- Systematische Übersichtsarbeiten zur Effektivität kombinierter Ansätze *[982][954] [993]*

Aggregierte Evidenz

Supported Employment

Eine mittlerweile ältere Übersichtsarbeit zur **Wirksamkeit von IPS** bestätigte nicht nur einmal mehr die Effektivität dieses Ansatzes hinsichtlich arbeitsbezogener Outcomes, sondern verwies auch auf deren **Unabhängigkeit hinsichtlich geografischer Lage** (3 Regionen: Asien & Australien, Europa, Nordamerika) **und Arbeitslosenrate**. Letztere schwankte zwischen 4 % in Japan und 11,9 % in Bulgarien (Tabelle 69). Gegenüber herkömmlichen Ansätzen beruflicher Rehabilitation führte IPS zu einer 2,4 mal höheren Wahrscheinlichkeit für eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (RR = 2.40 [95 % CI = 1.99 bis 2.90]). Die Effekte ließen sich über einen Follow-up-Zeitraum von zwei Jahren abbilden. Allerdings zeigte sich in weiteren Analysen, dass das Bruttoinlandsprodukt einen Einfluss haben könnte. IPS erwies sich in Ländern mit einem höheren Bruttoinlandsprodukt effektiver, blieb aber auch in weniger begünstigten Ländern mit einem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes von weniger als 2 % noch über der Signifikanzschwelle (RR = 1.82 [95 % CI = 1.37 bis 2.40]). Damit lag erstmalig eine Arbeit vor, in der die Generalisierbarkeit der positiven Effekte von IPS über verschiedene kulturelle und ökonomische Settings aufgezeigt wurde *[953]*.

Im Rahmen eines älteren Cochrane Reviews wurde die **Effektivität verschiedener Ansätze beruflicher Rehabilitation** geprüft und ein Ranking bezogen auf den Erhalt eines Arbeitsplatzes auf dem ersten Arbeitsmarkt (primärer Outcome) abgeleitet *[954]*. Dabei wurde deutlich, dass Ansätze nach den Prinzipien von SE/IPS und SE/IPS in Kombination mit einer zusätzlichen Strategie für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hinsichtlich des Erlangens und des Haltens einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt am effektivsten sind. Die Diskrepanz zwischen den Effekten von SE allein und einem kombinierten SE-Ansatz war allerdings gering. Ein direkter Vergleich der verschiedenen Ansätze im Rahmen von Metaanalysen (*Random-Effects-Modell*) verweist auf eine um das 2,5-fache erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit welcher Teilnehmende an einer SE-Maßnahme häufiger eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt erhalten im Vergleich zu Teilnehmenden herkömmlicher beruflicher Trainingsmaßnahmen (short term: k = 18, N = 2.291, RR = 2.52 [95 % CI: 1.21 bis 5.24]); gegenüber übergangsweiser Beschäftigung war der Effekt noch deutlicher (RR = 3.49 [95 % CI: 1.77 bis 6.89]). PVT erwies sich gegenüber psychiatrischer Behandlung allein effektiv hinsichtlich des primären Outcome Parameters (RR=8.96 [95% CI: 1.77 bis 45.51]). Befunde aus längeren Follow-up-Phasen (k = 22, N = 5.233) verdeutlichen die Effekte: Kombiniertes SE (RR = 4.32, [95 % CI: 1.49 bis 12.48]), SE allein (RR = 1.51, [95 % CI: 1.36 bis 1.68]) und PVT (RR = 2.19, [95 % CI: 1.07 bis 4.46]) erwiesen sich effektiver als psychiatrische Behandlung allein. Dabei schien SE plus eine Augmentationsstrategie effektiver als SE allein (RR = 1.94, [95 % CI: 1.03 bis 3.65]), und war auch gegenüber übergangsweiser Beschäftigung (RR = 2.45, [95 % CI: 1.69 bis 3.55]) und PVT (RR = 5.42, [95 % CI: 1.08 bis 27.11]) deutlich überlegen. SE allein war über einen längeren Beobachtungszeitraum effektiver als übergangsweise Beschäftigung (RR = 3.28, [95 % CI: 2.13 bis 5.04]) sowie PVT (RR = 2.31, [95 % CI: 1.85 bis 2.89]).

In Rahmen einer **Netzwerk Metaanalyse** wurde eine hierarchische Folge der einzelnen Interventionen hinsichtlich ihrer Effektivität (Erhalt einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt) erstellt. Am effektivsten erwies sich dabei im Langzeit-follow-up (k = 22) SE plus eine Augmentationsstrategie gegenüber psychiatrischer Behandlung allein (RR = 3.81, [95 % CI: 1.99 bis 7.31], SUCRA 98.5 [1]), gefolgt von SE allein (RR = 2.72 [95 % CI: 1.55 bis 4.76]; SUCRA 76.5). PVT (RR = 1.26, [95 % CI: 0.73 bis 2.19]; SUCRA 40.3) und übergangsweise Beschäftigung (RR = 1.00, [95 % CI: 0.51 bis 1.96; SUCRA 17.2) führten hier zu keinen bedeutsamen Vorteilen gegenüber psychiatrischer Behandlung allein; die Wahrscheinlichkeit für eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt war hier vergleichbar. Hinsichtlich der Augmentationsstrategien verweisen die Befunde auf die Effektivität von einem zusätzlichen Training sozialer sowie kognitiver Fertigkeiten *[954]*.

*[1] Ein Wert von **100** bedeutet, dass eine Intervention mit **höchster Wahrscheinlichkeit die beste** ist.*

Zur **Effektivität bezüglich der Jobhaltedauer** (allgemeiner Arbeitsmarkt) existieren bisher Befunde, die in kurzen Beobachtungsphasen (k = 8, N = 478) v. a. die Effektivität für SE gegenüber SE plus Augmentationsstrategie, PVT, übergangsweise Beschäftigung und psychiatrische Behandlung allein aufzeigen konnten. Die größte Differenz wurde zwischen SE und PVT zugunsten von SE sichtbar (MD = 6.89 Wochen, [95 % CI: 1.26 bis 12.52]). Über längere Beobachtungszeiträume (k = 11, N = 1.102) hinweg ließ sich v. a. eine Überlegenheit eines kombinierten SE-Ansatzes gegenüber PVT (MD = 22.79 Wochen [95 % CI: 15.96 bis 29.62 Wochen]) und SE allein (MD = 10.09 Wochen, [95 % CI: 0.32 bis 19.85]) darstellen. SE-Teilnehmende arbeiteten insgesamt mehr Wochen als Teilnehmende in übergangsweiser Beschäftigung (MD = 17.36 Wochen, [95 % CI: 11.53 bis 23.18) oder PVT-Teilnehmende (MD = 11.56, [95 % CI: 5.99 bis 17.13]). Es zeigten sich keinerlei Unterschiede hinsichtlich der Dropout-Raten, des Risikos vermehrter stationärer Aufnahmen und der Psychopathologie zwischen den Gruppen. Ergebnisse zur Lebensqualität lassen keine Aussage zu *[954]*.

Winter et al. (2022) untersuchten erneut die **Wirksamkeit von IPS (ohne zusätzliches Training)** für verschiedene Subgruppen von Personen mit psychischen Erkrankungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung für drei Ergebnismaße (Beschäftigungsquote, Beschäftigungsdauer und Löhne). 32 RCTs wurden eingeschlossen (Tabelle 69).Anhand von Sensitivitätsanalysen wurden zudem moderierende Effekte verschiedener diagnostischer, klinischer, funktioneller und persönlicher Merkmale analysiert: schwere psychische Erkrankungen (SMI), häufige psychische Erkrankungen (CMD), Schizophrenie-Spektrum-Störungen, affektive Erkrankungen, Krankheitsdauer, Schweregrad der Symptome, Funktionsniveau, Alter, komorbider Alkohol- und Substanzkonsum, Bildungsniveau und Beschäftigungsgeschichte. IPS erwies sich im Vergleich zur Kontrollgruppe in allen Untergruppen wiederholt wirksam bei der Verbesserung der Beschäftigungsergebnisse, unabhängig von methodischen Faktoren. Ein höherer Prozentsatz der IPS-Teilnehmenden (48,8 %) im Vergleich zur Kontrollgruppe (28,3 %) war während der Nachbeobachtungszeit erwerbstätig (OR = 2.62 [95% CI: 2.37 bis 2.89], p < 0.01; I^2 = 74 %, k = 31) *[955]*.

IPS war **relativ wirksamer bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** (CMD [2], k = 4; OR = 1,99; CI 95 % 1,51 bis 2,63; p < 0,01; I^2 = 72 %) vs. SMI, k = 20; OR = 3,37; CI 95 % 2,9 bis 3,9; p < 0,01;I^2 = 76 %); Subgruppenunterschiede: χ2 = 10.79; df= 1; p < 0.01), **bei Menschen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen** (>50% der Studienpopulation mit F2-Diagnose (k=20); stat. signifikanter Effekt (OR: 3,46; CI 95 % 2,98-4,03, p< 0,01, I^2=75 %) vs. ◈ 50% der Studienpopulation mit F2-Diagnose (k=10); stat. signifikanter Effekt (OR: 2,23; CI 95 % 1,95-2,55, p< 0,01, I^2=57 %); Subgruppenunterschiede: χ2 = 18.24; df = 1; p < 0.01) **sowie bei einem geringen Schweregrad der Symptome**. Obwohl IPS bei Menschen mit CMD und mit schweren Depressionen immer noch wirksam war, blieben die Effekte vergleichsweise gering. IPS war nach einer kurzen und einer langen Nachbeobachtungszeit gleichermaßen wirksam. Zudem zeigten sich positive Effekte auf Jobhaltedauer (Gesamtergebnis Jobhaltedauer (k = 23 Studien); stat. signifikanter Effekt (d = 0,41; CI 95 % 0,3 bis 0,52; p < 0,01; I^2 = 77 %) und auf die Einnahmen aus Erwerbstätigkeit (Gesamtergebnis Lohn; k = 15; d = 0,31; CI 95 % 0,19 bis 0,44; p <0,01, I^2 = 65 %).

[2] Common mental disorder

Zusatzinformation: Eine systematische Untersuchung der **Zusammenhänge zwischen IPS, Beschäftigung sowie persönlicher und klinischer Genesung** (Selbstwertgefühl, Empowerment, Lebensqualität, Symptome von Depressionen, negative oder psychotische Symptome, Angst und Funktionsniveau) bei Personen mit schweren psychischen Erkrankungen nach 18-monatiger Nachbeobachtung blieb auf wenige identifizierte RCTs, die IPS mit den üblichen Dienstleistungen verglichen, beschränkt. Metaanalysen und Analysen gepoolter Originaldaten zeigten, dass die IPS-Intervention allein keine der Genesungsergebnisse verbesserte. Bei Teilnehmenden, die während des Studienzeitraums arbeiteten - unabhängig davon, ob sie IPS-Teilnehmende waren oder nicht - wurden im Vergleich zu denjenigen, die nicht arbeiteten, eine reduzierte Negativsymptomatik festgestellt (SMD = -0,41 [95 % CI: -0,56 bis -0,26]). Bei den Teilnehmenden, die arbeiteten, wurden auch Verbesserungen in Bezug auf das Funktionsniveau und die Lebensqualität festgestellt (SMD = 0,59 [95 % CI: 0,42 bis 0,77] bzw. SMD = 0,34 [95 % KI = 0,14, 0,54]) *[956]*. Der Befund unterstreicht die Bedeutung beruflicher Beschäftigung.

Bedeutung von SE für nicht-arbeitsbezogene Outcomes (Befunde aus Sekundäranalysen)

Der **Einfluss von Beschäftigung auf nicht-arbeitsbezogene Outcomes** wurde in einer Sekundäranalyse untersucht: 187 Studienteilnehmende (IPS vs. PVT) wurden am Ende des 2-Jahres Follow-up vier Gruppen zugeordnet: (1) dauerhaft kompetitiv beschäftigt, (2) dauerhaft nicht-kompetitiv beschäftigt, (3) insgesamt wenig beschäftigt oder (4) ohne Arbeit. Vergleiche zwischen diesen Gruppen konnten aufzeigen, dass Teilnehmende in Beschäftigung weniger Tage in stationärer Behandlung innerhalb dieses Zeitraumes im Vergleich zu Teilnehmenden ohne Beschäftigung verbrachten. Unter der Bedingung einer dauerhaften kompetitiven Beschäftigung zeichnete sich eine größere Reduktion der Negativsymptomatik ab. Teilnehmende mit einer nicht-kompetitiven Beschäftigung profitierten im Bereich sozialer Netzwerke; dies zeichnete sich v. a. im Vergleich zu denjenigen Teilnehmenden ohne Arbeit bzw. mit geringer Beschäftigung ab. Effekte auf die Lebensqualität wurden nicht beobachtet *[957]*.

Der **Einfluss auf nicht-arbeitsbezogene Outcomes** wurde auch im Rahmen der EQOLISE Studie *[958][959]* untersucht. Ziel der umfangreichen Analysen war, den Zusammenhang zwischen der Anzahl an Arbeitsstunden in kompetitiver Tätigkeit, dem klinischen Status sowie der Anzahl an Tagen in stationärer Behandlung während des 18-monatigen Studienzeitraumes zu analysieren. Die Ergebnisse geben eindeutige Hinweise darauf, dass die IPS-Teilnehmenden mehr Zeit in kompetitiver Beschäftigung verbrachten im Vergleich zu den Teilnehmenden in herkömmlichen Programmen der Arbeitsrehabilitation. Geschuldet einem indirekten positiven Effekt von Arbeit auf gesundheitsbezogene Größen, zeigte sich auch eine reduzierte Anzahl an Tagen in stationärer Behandlung in dieser Gruppe. Deutlich wurde dabei auch, dass eine stärkere psychopathologische Symptomatik zu vergleichsweise weniger Tagen in kompetitiver Beschäftigung, aber gleichzeitig mehr Tage in Beschäftigung zu einem größeren Rückgang der Symptomatik führt. Diese Befunde unterstützen einmal mehr die Bedeutung von (kompetitiver) Arbeit in der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und zeigen gleichzeitig auf, dass die berufliche Integration der Betroffenen auch nicht-arbeitsbezogene Zielgrößen positiv beeinflussen kann *[1339]*.

Eine Analyse im Rahmen der Schweizer IPS-Studie *[950][960]* zielte auf den Vergleich direkter und indirekter Effekte durch IPS im Vergleich zu PVT innerhalb von 5 Jahren. Deutlich wurde dabei, dass die **Effekte durch IPS auf die reduzierte stationäre Behandlungsdauer sowie die höhere Lebensqualität** allein durch eine anhaltend verbesserte Arbeitssituation (anhaltende Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt: 50 % in IPS vs. 17 % in PVT) vermittelt wurde *[961]*.

Tabelle 69: Übersicht aktueller aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Arbeitsrehabilitation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Autoren **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien** **Land**	**Patienten** • **Diagnose(n)** • **Anzahl Teilnehmende** • **Alter** • **Arbeitsstatus**	**Intervention** • **Art d. Interventionen**	**Kontrollgruppe**	**Länge des Follow up's**
NEU **de Winter et al. 2022** *[955]*	• 32 RCTs[3] • Schweden (K = 2), USA (K = 12), Multicenter-Studie Europa (k = 1), Dänemark (k = 2), Kanada (k = 3), UK (k = 1), Schweiz (k = 2), Australien (k = 4), Niederlande (k = 1), Japan (k = 1), Norwegen (k = 1), Hongkong (k = 3), China ((k = 1)	• Schizophrenie-Spektrum-Störung (N = 3.454, 45,1 %), Major Depression (N = 2.587, 33,8 %), Common mental Disorder (k = 5, N = 1624, 21,2 %), SMI (k = 20) • N = 7.665, N = 3.818 (IPS), N = 3.847 (Kontrollintervention) • MW = 38,9 Jahre (20,4 bis 51,0) • K. A.	• IPS • 75,0 % der Studien mit mindestens„guter" Programmtreue von IPS	• Aktive Kontrollgruppe (k = 21, traditionelle Ansätze beruflicher Reha, übergangsweise Beschäftigung, Skillstraining) • Passive Kontrollgruppe (k = 12, TAU, Warteliste)	6 bis 24 Monate
NEU	• 12 RCTs[4] • USA (k = 5), China (k = 3), Australien	• Schizophrenie (k = 8), erste Episode Psychose (k = 2)	• IPS + kognitive Remediation (k = 5) oder soziale Skills (k = 2) oder	• Erweitertes IPS (k = 5), Standard-IPS (k = 4),	6 bis 39 Monate

Vázquez-Estupiñán et al. 2018 *[993]*	(k = 1), Großbritannien (k = 1)	• N=1.073 (32; 555) • 34-45 Jahre (durchschnittliche Spannweite) • K. A.	motivierende Interventionen (k = 2) oder Job Skills (k = 1) • 8 der RCTs mit guter Programmtreue (> 80 %), k = 2 mit fehlender Angabe	herkömmliche Therapie (K = 1)	
Suijkerbuijk et al. 2017 *[954]*	• 48 RCTs • Nordamerika (k = 30); China (k = 5); Großbritannien (k = 4); Australien (k = 3); Schweiz (k = 2); Japan (k = 1); Niederlande (k = 1); Schweden (k = 1); 6 Standorte in Europa (k = 1, u.a. Dtl.)	• Schwere psychische Erkrankungen (v. a. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis) • N = 8.743 (min. 21; max. 2.238) • 36 Jahre (Ø Alter) • 100 % Arbeitslosigkeit (k = 44); 8-27 % mit geringer Beschäftigung und Wunsch nach beruflicher Veränderung (k = 4) •	• Supported Employment (Experimental- oder Kontrollintervention) (k=30[5], davon high-fidelity IPS: k=24) • Supported Employment + Augmentationsstrategie (Social Skills Training, Kognitives Training, Job Skills Training, Assertive Community Treatment, Kontingenzmanagement, Motivationaler Ansatz (k=13[6]) • PVT (Experimental- oder Kontrollintervention) (k=17[7]) • Übergangsweise Beschäftigung (Experimental- oder Kontrollintervention), Beschütztes Arbeiten (k=9[8]) und Clubhouse Modell (k=5[9]) • Psychiatrische Behandlung allein (Kontrollintervention) (k=13[10])		3 Monate bis 5 Jahre Short term (bis 12 Monate) vs. long term (mehr als 12 Monate)
Modini et al. 2016 *[953]*	• 19 RCTs[11] • USA (k=8); Kanada (k=1); UK (k=3); Deutschland (k=1); Italien (k=1); Schweiz (k=3); Niederlande (k=1); Bulgarien (k=1); Schweden (k=1); Australien (k=1); Japan (k=1); Hong Kong (k=2)	• Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen • N = 4.404 (min 37; max. 2.055) • k. A. • k. A.	• Supported Employment (IPS; k=19) • k. A.	• Herkömmliche Therapie / traditionelle berufl. Reha. (k= 14), angepasste/ erweiterte berufl. Reha. (k=3), Gruppentraining sozialer Fertigkeiten (k= 1), psychosoziale Rehabilitation (k=1)	6-60 Monate
Chan et al. 2015 *[982]*	• 9 RCTs[12] + 1 prospektive kontrollierte Studie[13] • USA (k=6); Deutschland (k=1); Japan (k=1); Singapore (k=1)	• Pat. mit schweren psychischen Erkrankungen (Schizophrenien oder bipolare Störungen) • 36.4 Jahre (Ø Alter) • Spannweite Jahre in Arbeitslosigkeit: 2-13 Jahre • N=740 (34; 145) • Ambulant (k=7), stationär (k=2)	• Computer-gestützte kognitive Remediation + Supported Employment (k=5), Computer-gestützte kognitivs Training + Arbeitstherapie (k= 3), kognitive Erweiterungstherapie (cognitive enhancement therapy) (n=1) • 2 Monate bis 2 Jahre (24 bis 130 Stunden)	• Supported Employment allein (k=4), Arbeitstherapie allein oder in Kombination mit Selbstmanagementansatz oder computergestützte Kontrollintervention (k=3), Supported Employment + Sport (k=1), Supportive Therapie (k=1)	12-36 Monate

[3]Bejerholm 2015, Bejerholm 2017, Bond 2007, Bond 2015, Burns 2007, Christensen 2019, Davis 2012, Davis 2018, Drake 1996, Drake 1999, Drake 2013, Erickson 2021, Gold 2006, Hellström 2017, Howard 2010, Hoffmann 2012, Killackey 2008, Killackey 2019, Latimer 2006, Lehman 2002, Lones 2017, Michon 2014, Mueser 2004, Oshima 2014, Poremski 2017, Reme 2019, Tsang 2009, Twamley 2012, Viering 2015, Waghorn 2014, Wong 2008, Zhang 2017

[4]Au et al. 2015, Baksheev et al. 2012 (First Episode Psychosis), Bell et al. 2008, Bell et al. 2014, Craig et al. 2014 (First Episode Psychosis), Glynn et al. 2017, Killackey 2008, McGurk et al. 2009, McGurk et al. 2007, Tsang 2009, Tsang 2010, Tsang et al. 2016

[5] Au (2015), Bejerholm (2015), Bond (1995), Bond (2007), Bond (2015), Burns (2007), Burns (2015), Chandler (1996), Craig (2014), Drake (1996), Drake (1999), Drake (2013), Drebing (2005, 2007), Gervey (1994), Gold (2006), Hoffmann (2012), Howard (2010), Killackey (2008), Killackey (2014), Latimer (2006), Lecompte (2014), Lehmann (2002), McFarlane (2000), McGurk (2007, 2009), Michon (2014), Mueser (2004), O'Brian (2003), Oshima (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Viering (2015), Waghorn (2014), Wong (2008),

[6] Au (2015), Tsang (2010), Nuechterlein (2012), Lecomte (2014), McGurk (2007), McGurk (2009), Bond (1995), Chandler (1996), Gold (2006), McFarlane (2000), Schonebaum (2006), Drebing (2005, 2007), Craig (2014)

[7] Blankertz (1996), Eack (2009), Tsang (2001), Xiang (2007), Bejerholm (2015), Bond (2015), Burns (2007), Drake (1996), Howard (2010), Lehman (2002), Michon (2014), Tsang (2010), Twamley (2012), Viering (2015), Wong (2008), Penk (2010), Nuechterlein (2012)

[8] Beard (1963), Becker (1967), Dincin (1982), Drake (1999), Gold (2006), Hoffmann (2012), Latimer (2006), McFarlane (2000), Penk (2010)

[9] Beard (1963), Bond (1986), Bond (2007), Dincin (1982), Mueser (2004)

[10] Beard (1963), Becker (1967), Blankertz (1996), Chandler (1996), Dincin (1982), Drake (2013), Eack (2009), Killackey (2008); Killackey (2014), O'Brien (2003), Tsang (2001), Walker (1969), Xiang (2007)

[11] Drake 1996, Drake 1999 , Lehmann 2002, Mueser 2004, Gold 2006, Latimer 2006, Bond 2007, Burns 2007, Wong 2008, Killackey 2008, Tsang 2009, Howard 2010, Heslin 2011, Twamley 2012, Hoffmann 2012, Drake 2013 , Hoffmann 2014, Oshima 2014, Bejerholm 2015

[12] Bell (2005), McGurk (2005), Vauth (2005), Bell (2008), Lindenmayer (2008), McGurk (2009), Eack (2009), Eack (2011), Tan (2013)

[13] Sayaka (2014)

Tabelle 70: Effekte von Interventionen zur Arbeitsrehabilitation bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auf verschiedene Zielgrößen aus aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten

Autor/Jahr	**Chan et al. 2015** *[982]*	**Modini et al. 2016** *[953]*	**Suijkerbuijk et al. 2017** *[954]*				**Vázquez-Estupiñán et al. 2018** *[993]*	**de Winter et al. 2022** *[955]*
Intervention vs. Kontrollintervention	**Kognitives Training + berufliche Reha vs. Berufliche Reha allein**	**IPS vs. herkömmliche berufliche Reha (TAU, PVT, andere)**	**SE vs. PVT**	**SE plus Augmentations-strategie vs. SE allein**	**SE vs. übergangsweise Beschäftigung**	**SE plus Augmentations-strategie vs. PVT**	**SE plus Augmentations-strategie vs. verschiedene Kontrollen**	**SE vs. PVT/ TAU**
Merkmale klinischer Recovery								
Psychische Symptomatik			~	~	~	~		
Stationäre Wiederaufnahme			~	~	~	~		
Merkmale funktionaler Recovery								
Beschäftigungsrate 1. AM	++	++	++	++	++	++		++
Rate irgendeine Form von Beschäftigung	++							
Jobhaltedauer auf 1. AM	~		++	++	++	++	~*	++
Jobhaltedauer in irgendeiner Beschäftigung	++							
Durchschnittlicher monatlicher Verdienst	++							++
Unerwünschte Ereignisse								
Abbruch der Maßnahme			~	~	~	~		

Erläuterung: ++: signif. Vorteil in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signif. Unterschied in Experimentalgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, AM Arbeitsmarkt, SE Supported Employment; IPS Individual Placement and Support, PVT Pre-Vocational Training, TAU Herkömmliche Behandlung, *statistisch signifikanter Vorteil bei Menschen mit erster psychotischer Episode

Supported Education (Evidenz aus Einzelstudien)

In einer der beiden Studien (N = 404) wurde im Rahmen von Frühintervention in kommunalen Behandlungseinrichtungen Supported Employment und Education angeboten *[454]*. Die Leistung konnte bis zu 5 Stunden Leistungsumfang pro Woche umfassen und beruhte auf vielen Prinzipien des „Placement and Support"-Modells in Kombination mit unterstützenden Bildungsleistungen. Über einen Zeitraum von 24 Monaten wurden die Tage der Beschäftigung und des Schul-/Ausbildungsbesuchs, die Tage der Teilnahme am Training sowie Einnahmen aus Beschäftigung bzw. aus öffentlichen Unterstützungsleistungen erfasst. Die umfassende Frühintervention war mit einer stärkeren Zunahme der Teilnahme an Arbeit oder Schule verbunden (p = 0,0486). Darüber hinaus wurden keine Gruppenunterschiede beobachtet.

Kidd et al.(2014) *[962]* untersuchten in einer RCT die Wirksamkeit der Integration von kognitivem Training in ein unterstütztes Bildungsprogramm im Vergleich zu unterstütztem Bildungsprogramm ohne Trainingsansatz. Es wurden 37 Studierende mit Psychosen für die Studie rekrutiert. Leistungsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten, Selbstwertgefühl und Symptomatik wurden zu Beginn der Studie, vier Monate nach dem ersten akademischen Semester, in dem ein Training angeboten wurde, und acht Monate später bewertet. Die Behandlungsgruppe zeigte eine Tendenz zur Verbesserung in einer Reihe von akademischen Funktionsbereichen sowie signifikante und anhaltende Verbesserungen des Selbstwertgefühls.

Zusammenfassende Bewertung: Supported Education & Supported Employment

Bereits die Ergebnisse der ersten systematischen Recherchen im Rahmen der vorangegangenen Auflagen 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 Studien und Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeitsüberprüfung von IPS durchgeführt worden, die ebenfalls auf dessen Überlegenheit insbesondere bezogen auf arbeitsbezogene Zielgrößen, hinweisen (*[955]*. Auch für den Standort Deutschland lassen sich positive Effekte bezüglich der Wiedereingliederungsraten aufzeigen *[1346][1338]*. 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 Teilnehmende unter der Bedingung von IPS deutlich höhere Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie Teilnehmende unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze *[954][955]*. Dies gilt vor allem für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[955]* und scheint sowohl von der Region als auch von der Arbeitslosenrate unabhängig *[953]*. Für andere arbeitsbezogene Outcomes wie die Jobhaltedauer und die Höhe des monatlichen Verdienstes lassen sich ebenfalls positive Befunde finden *[955]*. Mit den Ergebnissen von Cook et al. (2016) *[952]* und Hoffmann et al. (2014) *[950]* liegen beispielsweise Hinweise vor, dass die Effekte von SE über lange Zeit nachweisbar bleiben bzw. noch deutlicher werden. Auch unter Routinebedingungen bleibt SE Ansätzen herkömmlicher beruflicher Rehabilitation überlegen *[1340]*.

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 *[950][1339][957]*. Ebenso ließen sich positive Effekte auf Lebensqualität, Empowerment, Arbeitsmotivation sowie Selbstwertgefühl finden *[990][1341][968]*. 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 *[961]*.

Bezogen auf SE/IPS in der **Rehabilitation junger Menschen** existiert bisher wenig Evidenz, dennoch scheint sich dieser Ansatz auch hier zu bewähren und die jungen Menschen deutlich häufiger in Beschäftigung oder Ausbildung zu bringen *[943]*.

Trotz der überzeugenden Evidenz für SE ist zu berücksichtigen, dass ein beträchtlicher Teil der SE-Teilnehmenden trotz dieser Intervention nicht in kompetitive Beschäftigung gelangt. Dieser Anteil ist nach einer älteren Übersicht von Bond et al. (2012a) *[1342]* 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** *[949]* und umschriebene Kernelemente, wie das der engen Kooperation der einzelnen Dienste *[1343]* oder die Kompetenzen der Job Coaches bzw. die Frequenz der Kontakte des Coaches zum Programmteilnehmenden*[1344][1345]*.

Cook et al. (2005) *[1343]* überprüften beispielsweise anhand der EIDP-Daten die Hypothese, dass SE dann erfolgreicher ist, wenn berufliche Rehabilitationsdienste und psychiatrische Dienste eng zusammenarbeiten bzw. verknüpft sind (Qualitätskriterium von IPS). Der **Grad an Integration** wurde durch einen Score ermittelt (relevante Kriterien: multidisziplinäres Team mit häufigem persönlichem Austausch, gemeinsamer Arbeitsort, gemeinsame Patientenakten). Die Hypothese konnte bestätigt werden. Unter der Bedingung hoher Integration psychiatrischer und berufsrehabilitativer Dienste fanden mehr SE-Teilnehmende (58 %) eine kompetitive Beschäftigung als unter der Bedingung geringer Integration (21 %) und arbeiteten auch mehr Teilnehmende mehr als 40 Stunden pro Monat (53 % vs. 31 %).

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 37 **Geprüft**	**Konsensbasierte Empfehlung „Ausbildung"**
Empfehlungsgrad **EK**	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Rationale

Zur Wirksamkeit von Ausbildung liegt derzeit kaum Evidenz vor, das gilt auch für den Ansatz von Supported Education. Die Konsensusgruppe entschied sich für eine konsensbasierte Empfehlung, um hier auf die Bedeutung von Ausbildung für die Sicherung beruflicher Teilhabe aufmerksam zu machen. Es ergibt sich auch hier keine veränderte Evidenzlage. Bei der Umsetzung sind u. a. Leistungen zur Teilhabe an Bildung nach § 112 SGB IX zu berücksichtigen.

Schwach

Empfehlung 38 **Geprüft**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation“**
Empfehlungsgrad **B**	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Generell muss festgehalten werden, dass zuverlässige 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.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung. Allerdings ist von einem Evidenzgrad IIa-III auszugehen. Dieser bezieht sich auf Studien, in denen PVT gegen Standardbehandlung verglichen wurden.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Untersuchungen in Deutschland und international geben deutliche Hinweise auf Präferenzen auch schwer psychisch erkrankter Menschen für eine wettbewerbsfähige Beschäftigung *[1356][44]*.

Ressourcen

Es gibt hierzu keine Untersuchungen.

Rationale

Pre-Vocational-Training – aggregierte Evidenz

Die in internationalen Studien dem ***Pre-vocational Training*** (PVT) zugeordneten Interventionen fallen im Einzelnen recht heterogen aus. Voraussetzung der Klassifikation zu dieser Kategorie ist häufig, dass die Teilnehmenden eine „Vorbereitung“ absolvierten, bevor sie zur Suche nach regulärer Beschäftigung ermutigt werden. Es handelt sich typischerweise um „Kombinationsprogramme“. Häufig vertretene Bestandteile sind die individuelle Beratung, Social Skills Training bzw. das Training von Fähigkeiten zum Problemlösen, geschützte Beschäftigung und/oder übergangsweise Beschäftigung in Betrieben. Eine gemeinde- oder krankenhausbasierte Standardbehandlung wird häufig charakterisiert als ambulante standardmäßige Behandlung ohne irgendeine spezifische arbeitsrehabilitative Komponente.

PVT erwies sich gegenüber psychiatrischer Behandlung allein effektiv hinsichtlich eines Arbeitsplatzes auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (RR = 8.96 [95 % CI: 1.77 bis 45.51]); gegenüber kombiniertem SE bzw. SE allein jedoch unterlegen. In Rahmen einer **Netzwerk Metaanalyse** führten PVT (RR = 1.26, [95 % CI: 0.73 bis 2.19]; SUCRA 40.3) und übergangsweise Beschäftigung (RR = 1.00, [95 % CI: 0.51 bis 1.96; SUCRA 17.2) zu keinen

bedeutsamen Vorteilen gegenüber psychiatrischer Behandlung allein; die Wahrscheinlichkeit für eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt war hier vergleichbar *[954]*.

Auch Autor:innen älterer Arbeiten kommen zu dem Ergebnis, dass **PVT keine wesentlichen Vorteile** gegenüber herkömmlicher Behandlung bringt *[929]*.

Explizit betrachtet wurde ein **vorbereitendes (Arbeits-)Training (PVT) gegenüber herkömmlicher Therapie** (ohne arbeitsrehabilitative Komponente) in der älteren Auflage der Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie *[365]*: 11 ältere Studien (N = 1.598) wurden hierbei berücksichtigt [1]. In diesem Zusammenhang liegt keine Evidenz vor, dass sich eine der beiden Interventionen vorteilhafter bezüglich der Parameter:

[1] Beard et al. 1963, Becker et al. 1967, Bio et al. 2011, Blankertz et al. 1996, Dincin et al. 1982, Griffiths et al. 1974, Kline et al. 1981, Kopelowicz et al. 2006, Kuldau et al. 1977, Walker et al. 1969, Wolkon et al. 1971.

- Erlangung einer Beschäftigung (erster Arbeitsmarkt) (Risiko, keine Beschäftigung zu erlangen: RR=0.87 [95%CI: 0.76 bis 1.01]) sowie
- Höhe des Einkommens (erster Arbeitsmarkt) sowohl zum Studienende als auch im Follow-up-Zeitraum erweist.

Positive Effekte von PVT konnten für die Outcomes (schwache Studienqualität):

- Aufnahme irgendeiner Beschäftigung (k = 5, N = 641, Risiko, keine Beschäftigung zu erhalten: RR = 0.73 [95 % CI: 0.58 bis 0.93]) sowie
- Anzahl gearbeiteter Stunden in irgendeiner Beschäftigung (k = 1, N = 28) gezeigt werden.

Darüber hinaus konnte innerhalb einer Untersuchung mit 91 Teilnehmern ein positiver Effekt zu Gunsten des PVT bezüglich des Ergebnisparameters Lebensqualität konstatiert werden (moderate Qualitatät). Daten zur funktionalen Einschränkung lagen nicht vor.

Pre-vocational Training - Primärliteratur

Methodische Anmerkung: *Bereits in der ersten Auflage dieser Leitlinie wurde die systematische Suche mangels randomisierter Studien zu Berufsausbildung und beschützter Arbeiten auf Studien anderen Designs ausgedehnt. Die Suche wurde eingegrenzt auf Studien, die nach 1990 publiziert wurden. Vier Studien zu beschütztem Arbeiten konnten während der ersten Suche identifiziert werden. Im Rahmen der zweiten Suche wurde eine weitere Studie zu PVT identifiziert [964]. Zudem wurden 3 RCTs zu einem speziellen Ansatz eines Virtual Reality-Trainings eingeschlossen [965][966][967]. Im Rahmen der 3. Auflage der Leitlinie erfolgte keine Recherche nach Primärstudien.*

Eine Studie von Bond et al. (2001b) *[968]* untersuchte die Effekte verschiedener Typen von Arbeit – gruppiert in kompetitive Arbeit, beschützte Arbeit, geringfügige Beschäftigung und keine Beschäftigung – auf nicht-arbeitsbezogene Zielgrößen. Ein spezieller Fokus lag auf der Fragestellung, wie sich die nicht-arbeitsbezogenen Zielgrößen von beschützter Beschäftigung im Vergleich zu denen von kompetitiver oder minimaler/keiner Beschäftigung darstellen. Es wurden 149 Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen einbezogen. Betrachtete Outcomes waren Lebensqualität, Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, mit der Freizeit sowie mit berufsrehabilitativen Diensten, Selbstwertgefühl und Symptomschwere. Alle Gruppen verbesserten sich hinsichtlich der meisten Outcomes über die Zeit (nach 6, 12 und 18 Monaten). Es gab allerdings weder signifikante Unterschiede zwischen der Gruppe mit beschützter Beschäftigung und der mit kompetitiver Beschäftigung, noch zwischen der mit beschützter Beschäftigung und der mit minimaler/keiner Beschäftigung. Für **Menschen in kompetitiver Beschäftigung** konnte jedoch nachgewiesen werden, dass sie im Vergleich zu der Gruppe mit minimaler/keiner Beschäftigung im Verlauf der Studie stärkere Verbesserungen hinsichtlich der Zufriedenheit mit Finanzen, Freizeit sowie mit berufsrehabilitativen Diensten, Selbstwertgefühl und Symptomen erzielten. Obwohl der direkte Vergleich zwischen kompetitiver Beschäftigung und beschützter Beschäftigung nicht signifikant war, unterschieden sich die Effektstärken innerhalb der beiden Gruppen deutlich, und zwar zugunsten von kompetitiver Beschäftigung (kompetitive Beschäftigung: ES = 0.74 vs. beschützte Beschäftigung ES = 0.19). Die Autor:innen schlussfolgern, dass Programme, die auf kompetitive Beschäftigung zielen, hinsichtlich nicht-arbeitsbezogener Outcomes bessere Ergebnisse versprechen als solche, die beschützte Beschäftigung anbieten.

Eine Schweizer Studie untersuchte den **Zusammenhang zwischen verschiedenen Typen von Arbeit** (kompetitive, beschützte, unbezahlte (hauptsächlich Familienarbeit oder Ausbildung) und keine Arbeit) und subjektiver sowie objektiver Lebensqualität *[969]*. 261 Personen mit schizophrenen oder affektiven Störungen wurden einbezogen. Hinsichtlich der Lebensqualität zeigte sich für Menschen in beschützter Beschäftigung, dass sie bezogen auf ihr Einkommen schlechter gestellt sind als kompetitiv Beschäftigte, aber besser als nicht Beschäftigte. Vom sozialen Netzwerk her profitieren Menschen in beschützter Beschäftigung weniger als kompetitiv Beschäftigte von Freunden, Kollegen und Verwandten, können jedoch mehr als nicht Beschäftigte auf diese Netzwerkgruppen zurückgreifen. Auch bestehen Zusammenhänge zwischen dem Beschäftigungstyp und subjektiver Lebensqualität, und zwar in den Bereichen körperliches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt. Die höchste subjektive Lebensqualität geben Personen mit kompetitiver Beschäftigung und solche mit unbezahlter Beschäftigung an, die niedrigste Personen ohne Beschäftigung. Menschen mit beschützter Beschäftigung liegen dazwischen, es zeigen sich im direkten Vergleich von beschützter Beschäftigung mit allen drei anderen Gruppen jedoch keine signifikanten Unterschiede. Die Autoren vermuten, dass dies auf die kleine Gruppengröße von beschützter Beschäftigung (N = 31) zurückzuführen sein könnte.

In einer weiteren Beobachtungsstudie von Holzner et al. (1998) *[970]* wurden im österreichischen Kontext die **Effekte eines arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramms auf die subjektive Lebensqualität** von Patient:innen untersucht. Die Lebensqualität einer Gruppe Patient:innen mit der Diagnose Schizophrenie, die bereits durchschnittlich 15 Monate an dem arbeitsrehabilitativen Programm eines „Professional Training Centre" in Tirol teilgenommen hatten (N = 36), wurde dabei mit der Lebensqualität einer Gruppe Patient:innen verglichen, die für diese Intervention auf der Warteliste standen (N = 24). Das Trainingszentrum ermöglichte den Programmteilnehmenden Arbeitserfahrungen bzw. den Erwerb von Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen, z. B. im Büro, in der Tischlerei oder im hauswirtschaftlichen Bereich. Professionelle Anleitung erhielten die Teilnehmenden von Sozialarbeitenden, Psycholog:innen und Ergotherapeut:innen. Hinsichtlich der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen zeigten sich

insgesamt signifikante Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Teilnehmende des Rehabilitationsprogramms waren im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zufriedener in den Bereichen Arbeit, tägliche Aktivitäten, physische Leistungsfähigkeit, Erfolg und Anerkennung, Unabhängigkeit, Finanzen, Freizeit, Unterstützung sowie Freunde/Bekannte und psychisches Wohlbefinden. Keine Unterschiede gab es hinsichtlich der Bereiche Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, Sexualleben, Familie und Wohnsituation.

Zur Überprüfung der **Wirksamkeit von Ansätzen beruflicher Rehabilitation nach dem „first train - then place"-Prinzip in Deutschland** liegt eine Untersuchung von Watzke et al. (2009) *[971]* vor. Die Autor:innen führten eine Studie mit quasi-experimentellem Design durch, in der Patient:innen einer standardmäßigen beruflichen Rehabilitation nach dem „first train - then place"-Prinzip mit einer Gruppe von Patient:innen verglichen wurde, die keine berufliche Rehabilitation, sondern reguläre psychiatrisch-ambulante Behandlung erhielt. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe setzten sich aus Teilnehmenden einer RPK sowie Teilnehmenden eines Bildungsträgers bzw. gleichzeitigen Integrationsbetriebes zusammen. Die Patient:innen der Stichprobe wiesen unterschiedliche Störungsbilder auf: Schizophrenien oder schizoaffektive Störungen, affektive Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Somatoforme oder Essstörungen, Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Nach neun Monaten hatten signifikant mehr Teilnehmende der Interventionsgruppe eine tagesstrukturierende Beschäftigung, d. h. eine kompetitive Arbeit oder eine beschützte Arbeit bzw. berufliche Rehabilitationsmaßnahme (39.7 % vs. 18.7 %). Bezüglich der Symptomschwere gab es zu Studienende Unterschiede zwischen beiden Gruppen, die zugunsten der Interventionsgruppe ausfielen, aber zum Follow-up nach 9 Monaten nicht mehr bestanden. Zu beiden Untersuchungszeitpunkten unterschieden sich beide Gruppen signifikant hinsichtlich des Funktionsniveaus und des psychischen Wohlbefindens (Interventionsgruppe besser als Kontrollgruppe).

Bio und Gattaz (2011b) untersuchten die **Effektivität eines 6-monatigen Arbeitspraktikums** in verschiedenen Partnereinrichtungen nach Präferenzen und Vorerfahrungen der Teilnehmenden in einem randomisierten kontrollierten Wartegruppendesign (Tabelle 71). Die Teilnehmenden erhielten einen Vertrag und eine Aufwandsentschädigung, so dass Kost und Transport gewährleistet werden konnten. Bei den Teilnehmenden handelte es sich um eine selektive Patientenpopulation (N = 112 Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis in remittiertem Zustand). Einschlusskriterien waren gute kognitive Leistungen, keine produktive Symptomatik, klinische Stabilität unter antipsychotischer medikamentöser Behandlung seit mind. 6 Monaten und eine bestehende Motivation für eine berufliche Rehabilitation. Primärer Outcome waren die kognitiven Fertigkeiten; sekundär wurden die Effekte auf Psychopathologie und Lebensqualität erfasst. Es zeigten sich in der Interventionsgruppe signifikant positive Effekte in einigen Domänen kognitiver Fertigkeiten (Exekutivfunktionen), auf die Negativsymptomatik sowie auf die Lebensqualität nach Abschluss der Maßnahme *[964]*.

Es soll im Folgenden auf 3 RCTs verwiesen werden, die sich am ehesten unter Ansätzen des PVT subsumieren lassen und auf Techniken von **Virtual Reality** basieren. Hierbei erfolgte im Rahmen berufsvorbereitender Rehabilitation ein computerbasiertes Training; als Kontrollinterventionen dienten die herkömmliche berufliche Rehabilitation oder ein vergleichbares therapeutengeleitetes Training (Tabelle 71).

Ergebnisse bei Tsang und Man (2013) zeigen, dass durch ein **Virtual Reality-Training („Boutique-Szenario")** in einigen Bereichen kognitiver Funktionen (v. a. Exekutivfunktionen) Verbesserungen zum Trainingsende sowohl gegenüber den Teilnehmenden an einem inhaltlich vergleichbaren therapeutengeleiteten Programm als auch gegenüber TAU erreicht werden konnten. Zudem zeigte sich ein gewisser Transfereffekt in beiden Interventionsgruppen gegenüber TAU, der mit Hilfe eines *work performance tests* (Teilnehmende sollten Aufgaben lösen, die denen der Trainingssituation sehr ähnelten) abgebildet wurde. Beide Trainingsansätze führten hier zu einer besseren Leistung, wobei die Teilnehmenden an dem therapeutengeleiteten Programm noch besser abschnitten. Die Autoren argumentieren, dass Virtual Reality-Anwendungen in der Wahrnehmung realitätsnäher sind als personengeleitete Trainingssituationen und möglicherweise motivierend wirken können. Dennoch bieten beide Methoden (Virtual Reality vs. face-to-face) einen spezifischen Erfahrungsraum. So ist beispielsweise das Feedback in einer face-to-face-Situation wesentlich individueller und situationsspezifischer ausgerichtet, als das in einer computersimulierten Situation erfolgen kann *[967]*.

Tabelle 71: Übersicht der grundlegenden Charakteristik von Einzelstudien (RCTs) zur Wirksamkeit von Maßnahmen nach den Prinzipien von PVT

Autor/Jahr	Patienten • Diagnose(n) • Alter • Berufliche Vorerfahrungen • Anzahl (IG/KG) • Setting	Intervention • Art d. Interventionen • Dauer	Kontrollgruppe (n)	Dauer des Follow up
Bio et al. 2011 *[964]*	• Patienten mit Schizophrenie • 29 Jahre (Ø-Alter) • K. A. • n= 91 (47/44) • ambulant	• berufliches Rehabilitations-programm (6 monatiges Praktikum in Partnereinrichtungen) • 6 Monate	• Warteliste	• k A.
Tsang et al. 2013 *[967]*	• Pat. mit Schizophrenie • 41 Jahre (Ø-Alter) • k. A.	• A: Virtual reality-based vocational training („Boutique-Szenario") + berufsvorbereitendes Training	• herkömmliche Rehabilitation	• 4 Wochen

	• n= 75 (25/25/25) • stationäre Rehabilitation	B: Therapeutengeleitete Gruppe („Boutique-Szenario") + berufs-vorbereitendes Training • 5 Wochen		
Smith et al. 2014 *[966]*	• Pat. mit schweren depressiven Störungen (n= 17), bipolaren Störungen (n= 14), Schizophrenie (n= 6) • 47 Jahre (Ø-Alter) • im Ø lag die letzte Beschäftigung der Teilnehmer 44 Monate zurück • n= 37 (25/12) • ambulant	• Virtual Reality Job Interview Training (computer-basierte Trainingssimulation) • 10 Stunden über 2 Wochen	• herkömmliche ambulante berufliche Rehabilitation	• Trainingsende (2 Wochen)
Smith et al. 2015 *[965]*	• Pat. mit Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen • 40 Jahre (Ø-Alter) • ca. 68 % der Teilnehmer verfügten bereits über eine Vollzeitbeschäftigung • n= 32 (21/11; n=6 aus Smith et al. 2014) • ambulant	• Virtual Reality Job Interview Training (computer-basierte Trainingssimulation) • 10 Stunden über 2 Wochen	• herkömmliche ambulante berufliche Rehabilitation (Warteliste)	• 6 Monate

Erläuterung: k.A.: keine Angaben; IG: Interventionsgruppe; KG: Kontrollgruppe

Smith et al. (2015) und Smith et al. (2014) untersuchten die Machbarkeit und **Effektivität eines Virtual-Reality-Job-Interview-Trainings** bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (Tabelle 71) und konnten aufzeigen, dass dieses die Leistungen bezogen auf das Führen von Bewerbungsgesprächen (durchgeführt in Rollenspieltests) unmittelbar nach Trainingsende gegenüber TAU signifikant verbessern kann. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe gaben an, dass das Training einfach zu handhaben und hilfreich war, Spaß machte und in der eigenen Wahrnehmung zu größerer Selbstsicherheit hinsichtlich des Führens von Job Interviews führte *[966]*. In einer weiteren RCT an einer Stichprobe von Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ließ sich der Befund bestätigen. Unter Berücksichtigung neurokognitiver Fertigkeiten und der zurückliegenden Zeitspanne ohne Arbeit, erhielten die Teilnehmenden des Trainings zudem mehr Jobangebote innerhalb des 6-monatigen Nachbeobachtungszeitraumes (47.8 % vs. 14.3 %). Unter den Trainingsteilnehmenden waren mehr Trainingseinheiten mit einer kürzeren Zeit bis zum ersten Joberhalt assoziiert *[965]*.

Studien zu Arbeitstherapie als Form von Pre-vocational Training

Hintergrund: Arbeitstherapeutische Maßnahmen stellen eine Säule psychiatrischer Behandlung dar und gewissermaßen die erste Stufe zur beruflichen Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen. Zentral für die Entwicklung arbeitstherapeutischer Maßnahmen sind die Arbeiten von Hermann Simon, der in den zwanziger Jahren Patient:innen mit gestuft aufgebauter Arbeit beschäftigte *[973]*. Die gemeinsame Grundlage verschiedener arbeitstherapeutischer Modelle war die implizite Annahme, dass eine Nachbildung der Arbeitswelt durch Arbeitstherapie die Integration in diese langfristig fördert, da gerade die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten angesprochen werden *[974][975]*. Als kurzfristige Effekte von Arbeitstherapie wird eine Beschleunigung des aktuellen Heilungsprozesses und eine Steigerung der Leistungsfähigkeit der Patient:innen erwartet *[975]*.

Methodische Anmerkung: *Die „Arbeitstherapie" wurde bereits in der ersten Auflage der Leitlinie zusätzlich in die Recherche und Bewertung aufgenommen. Aus diesem Grund erfolgte damals eine Nachrecherche nach RCTs und Studien anderen Designs zu diesem Thema. Die Suche beschränkte sich auf Studien nach 1990. Es wurden 2 Studien inkludiert. Aus der Recherche zur 2. Auflage ergaben sich keine zusätzlichen Treffer. In der 3. Auflage wurde ausschließlich nach Übersichtsarbeiten gesucht. Die Ergebnisse werden im folgenden kurz beschrieben.*

Eine **kontrollierte Multicenterstudie** widmete sich der Fragestellung, ob **arbeitstherapeutische Maßnahmen gegenüber einer nicht arbeitsweltorientierten ergotherapeutischen Behandlung** bei postakuten Patient:innen mit einer Schizophrenie in (teil-)stationärer Behandlung eine überlegene Wirkung aufweisen *[920]*. Der Behandlungszeitraum betrug jeweils vier Wochen. Die Experimentalgruppe bestand aus Teilnehmenden von fünf Kliniken mit jeweils verschiedenen arbeitstherapeutischen Modellen (betreute, praktikumsähnliche Arbeitsversuche außerhalb der Klinik, manualisiertes Training von Grundarbeitsfertigkeiten, klassische Arbeitstherapie). Die Arbeitsmaßnahmen wurden entweder gar nicht oder mit maximal 1 Euro pro Stunde entlohnt. Teilnehmende der Vergleichsgruppe erhielten im Rahmen von kreativitätsorientierter Ergotherapie die Möglichkeit zum freien Gestalten mit verschiedenen frei wählbaren Materialien. Sie bekamen im Vergleich zu Teilnehmenden der Experimentalgruppe weniger Anleitung und Rückmeldung. Die Arbeitsfähigkeit betreffend ergab sich im Prä-Post-Vergleich bei Experimental- und Vergleichsgruppe eine Verbesserung auf der Skala Lernfähigkeit, wobei ein Gruppenunterschied zugunsten der Vergleichsgruppe feststellbar war. Die Fähigkeit zur Kommunikation verbesserte sich ebenfalls in beiden Gruppen im Untersuchungszeitraum, wobei kein signifikanter Gruppenunterschied feststellbar war. In der Anpassungsfähigkeit zeigten die Patient:innen der Vergleichsgruppe einen günstigeren Verlauf. Somit waren die Ergebnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit den Erwartungen

überwiegend entgegengesetzt. Das allgemeine Funktionsniveau sowie die Psychopathologie verbesserten sich innerhalb des Untersuchungszeitraumes in beiden Gruppen signifikant, allerdings bestanden keine signifikanten Gruppenunterschiede. Dasselbe zeigte sich hinsichtlich Lebensqualität, krankheitsspezifischer Selbstwirksamkeitsüberzeugung und kognitiver Leistungsgeschwindigkeit. Auf Basis dieser Studie ließ sich keine Überlegenheit (teil-)stationärer arbeitstherapeutischer gegenüber kreativitätsorientierter Ergotherapie ableiten. Eine im Anschluss durchgeführte differenzielle Wirkungsanalyse mit Daten der arbeitstherapeutischen Teilstichprobe identifizierte Untergruppen mit unterschiedlichen Verläufen. Darunter befanden sich auch Untergruppen mit Verbesserungen zwischen T0 und T1, die eine bedeutsame Effektstärke aufwiesen und damit offenbar von der arbeitstherapeutischen Maßnahme erreicht werden. Für eine eindeutige Kausalitätszuordnung fehlt allerdings hier die nicht-behandelte Kontrollgruppe *[976]*. Eine Katamneseerhebung nach 2 Jahren an 89 Patienten zeigte weder hinsichtlich der Integration auf dem allgemeinen oder besonderen Arbeitsmarkt, noch hinsichtlich des Funktionsniveaus oder der Psychopathologie signifikante Unterschiede zwischen Experimental- und Vergleichsgruppe. Es hatten in dem 2 Jahres-Zeitraum mehr Teilnehmende eine reguläre Arbeitstätigkeit verloren als eine neue Stelle gewonnen *[977]*.

Im Folgenden soll auch auf die **Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie** eingegangen werden *[978][979]*, deren Ergebnisse nach wie vor Aussagekraft haben. Diese Studie beinhaltet eine umfassende, über drei Jahre laufende prospektive Untersuchung des Rehabilitationsverlaufs und der Rehabilitationsergebnisse von Teilnehmenden dreier verschiedener arbeitsrehabilitativer Angebotstypen: ambulanter Arbeitstherapie, (teil-)beschützter Arbeitsplätze in Firmen für psychisch kranke Menschen sowie Werkstätten für psychisch behinderte Menschen. Es handelte sich bei den Studienteilnehmenden mehrheitlich um chronisch kranke Patient:innen, in der Mehrheit Patient:innen mit schizophrenen Störungen. Von den ursprünglich 502 einbezogenen Patient:innen konnten 471 über drei Jahre nachuntersucht werden. Die Autor:innen unterschieden fünf Verlaufstypen der Rehabilitation, deren quantitative Verteilung über die verschiedenen Interventionstypen sie anschließend wiedergeben:

- Stabile Integration in den ersten Arbeitsmarkt,
- Gescheiterte Versuche einer Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt, mehrfache Arbeitsplatzwechsel,
- Wechsel innerhalb des beschützten Arbeitsmarktes, aber keine Arbeitsversuche auf dem ersten Arbeitsmarkt,
- Verbleib am gleichen Arbeitsplatz,
- Wechsel in dauerhafte Beschäftigungslosigkeit.

Die Rehabilitationsverläufe sind über alle Einrichtungstypen hinweg stark vom Verbleib am gleichen Arbeitsplatz und somit der Konstanz geprägt. Besonders trifft dies für die Werkstätten für behinderte Menschen zu: 82 % der zu Beginn des Untersuchungszeitraums in Werkstätten beschäftigten Patient:innen waren die gesamten drei Jahre über dort tätig. Bei den Beschäftigten in Arbeitstherapie war dieser Prozentsatz mit 23 % am geringsten. Dort ist insgesamt die meiste Dynamik zu erkennen: innerhalb der Arbeitstherapie sind die fünf Verlaufstypen etwa gleichmäßig verteilt. Immerhin auch 21 % der ursprünglich in Arbeitstherapie befindlichen Patient:innen waren nach drei Jahren stabil in den ersten Arbeitsmarkt integriert – gegenüber 4 % der anfangs in Werkstätten Beschäftigten und 12 % der Beschäftigten in Firmen für psychisch Kranke. Der **Arbeitstherapie** kommt damit eine **Start- und Verteilerfunktion** innerhalb der Arbeitsrehabilitation zu: die Vorbereitung auf einen Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt, auf Supported-Employment-Programme oder den beschützten Arbeitsmarkt. Aus Mangel an Alternativen bleiben einige Patient:innen aber auch über Jahre in Arbeitstherapie *[980]*. Aufgrund der sehr verschiedenen Patienten in den drei Einrichtungstypen können die zum Teil erheblichen Unterschiede in den Verläufen nicht als Qualitätsunterschiede interpretiert werden *[978]*.

Legt man lt. Autor:innen das Erfolgskriterium der Arbeitsrehabilitation eng aus und betrachtet nur die zum Ende des Untersuchungszeitraums auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Beschäftigten, so sind mittels arbeitsrehabilitativer Maßnahmen zum Ende des Untersuchungszeitraums nur 11 % aller Untersuchten erfolgreich rehabilitiert. Bei Ausweitung auf das Kriterium, dass nach drei Jahren eine bezahlte Arbeitstätigkeit in einem beschützten oder teilbeschützten Rahmen vorliegt, ist die Rehabilitation bei 67 % der Teilnehmenden erfolgreich verlaufen. Eine sehr wichtige Erkenntnis ist darin zu sehen, dass ein **möglichst früher Beginn arbeitsrehabilitativer Maßnahmen prädiktiv für deren Erfolg** ist *[978]*. Wird das Erreichen oder Übertreffen der zu Beginn des Untersuchungszeitraums erhobenen subjektiven Zukunftserwartung als Erfolgskriterium herangezogen (Methode des goal attainment), so waren drei Viertel der Patient:innen erfolgreich rehabilitiert.

Zusammenfassende Bewertung: Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation

Die wissenschaftliche Evidenz zu anderen, traditionellen Ansätzen der beruflichen Rehabilitation ist im Vergleich zu SE gering. Im Rahmen eines älteren Cochrane-Reviews *[929]* blieb PVT gegenüber Standard-Krankenhausbehandlung oder gegenüber ambulanter gemeindebasierter Behandlung 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 *[929]*. Zu vergleichbaren Ergebnissen gelangten die Autor:innen der NICE-Leitlinie *[365]*. Eine aktuellere Cochrane-Arbeit machte ebenfalls deutlich, dass PVT hinsichtlich der Eingliederung auf den 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 weiterem spezifischen Training deutlich zurückbleibt *[954]*. Hinsichtlich des Begriffes „Pre-vocational Training" in der internationalen Literatur sei angemerkt, dass die unter diesem Begriff subsummierten Interventionen im Einzelnen deutlich divergieren *[929]*.

Nicht-randomisierte Einzelstudien zu berufsbezogenen Trainingsmaßnahmen nach dem „first train then place"-Prinzip, wie sie etwa Holzner et al. (1998) *[970]* oder Watzke et al. (2009) *[971]* 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. 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.

Im Zuge der 2. Auflage der Leitlinie wurden 4 RCTs identifiziert, in denen **dem PVT zuordenbare Interventionen** untersucht wurden. Dabei erwies sich ein 6-monatiges Arbeitspraktikum in einem Wartegruppendesign in einigen Domänen kognitiver Fertigkeiten (Exekutivfunktionen), hinsichtlich der Negativsymptomatik sowie der Lebensqualität nach Abschluss der Maßnahme überlegen *[964]*. Drei weitere Studien untersuchten die Effektivität von spezifischen Trainingsansätzen im Rahmen berufsvorbereitender Rehabilitation (Virtual-Reality-Anwendungen) und konnten Verbesserungen bezüglich kognitiver Funktionen *[967]*, dem Führen von Bewerbungsgesprächen *[966]* und der Höhe von Jobangeboten *[965]* aufzeigen.

Generell muss festgehalten werden, dass **zuverlässige 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 *[365][929]*.

Schwach

Empfehlung 39 **Geprüft**	**Evidenz- und Konsensbasierte Empfehlung „Zusätzliche trainierende Ansätze"**
Empfehlungsgrad **B**	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.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

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

Praktische Informationen

Anwendbarkeit im deutschsprachigen Raum

Eine Umsetzung von SE in Deutschland erfolgt bisher sehr zögerlich; Implementierungsbemühungen sollten Möglichkeiten zusätzlicher trainierender Ansätze berücksichtigen. Bestehende Möglichkeiten der Umsetzung trainierender Ansätze liegen in den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 (3) Nummer 5 SGB IX (Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen) als Bestandteil der Angebote in den RPKs und der mobilen Rehabilitation sowie der ambulanten Ergotherapie. Ebenso können Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX eine sinnvolle Leistung darstellen.

Ergänzende Hinweise

Ansätze zur Verbesserung beruflicher Teilhabe

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 Rehabilitand:innen 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 weiterhin Forschungsbedarf konstatiert (siehe Kapitel **Desiderate für die Forschung**).

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Trainierende Ansätze spielen seit jeher eine Rolle in der beruflichen Rehabilitation. Aktuelle Studien untersuchen auch 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 (u. a. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) verbunden sind, liegt ein **Fokus auf kognitiven Trainingsprogrammen**. Die Befundlage ist hierzu vergleichsweise gering. Jedoch zeigen vereinzelte RCTs, dass ein solches Training in Kombination mit einem arbeitsrehabilitativen Ansatz durchaus nennenswerte positive Effekte v. a. auf arbeitsbezogene Zielgrößen haben kann. Das gilt auch für Ansätze des SE, die mit Hilfe eines spezifischen kognitiven Trainings zu besserer beruflicher Teilhabe führen können. Allerdings sind weitere Studien erforderlich, um die Befundlage zu konsolidieren.

Ein anderer Ansatz zielt auf die **Verbesserung berufsbezogener sozialer Fertigkeiten**. Eine Studie verweist dabei auf Langzeiteffekte durch eine integrierte Intervention von SE und 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.

Ebenso ließen sich Effekte durch **spezifische kurze KVT-Intervention im Rahmen von SE** nachweisen.

Auch Ergebnisse des aktuellen Cochrane Reviews verweisen auf eine gewisse **Effektivität von kombinierten Ansätzen des SE**; die Autor:innen fordern allerdings gleichzeitig weitere qualitativ hochwertige Studien für eine stärkere Konsolidierung der Befunde. Vázquez-Estupiñán et al. (2018) *[993]* konnten keine zusätzlichen Effekten durch verschiedene kombinierte SE-Ansätze beobachten. Es schien allerdings einen Effekt zugunsten von Interventionen zu geben, die sich an junge Menschen mit einer ersten psychotischen Episode richten.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Moderat

Es erfolgt hier keine umfängliche Bewertung mit Hilfe von GRADE-Profilen. Es wurde in der aktuellen Auflage die vorliegende Evidenz systematisch geprüft; es erfolgte keine Änderung der Empfehlung. Allerdings basiert die Empfehlung auf den Ergebnissen qualitativ hochwertiger Studien in einem randomisierten Design.

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Verschiedene Untersuchungen geben Hinweise darauf, dass ein Großteil der Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankungen eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt präferiert und sich am Arbeitsplatz Unterstützung wünscht.

Ressourcen

Es liegen hierzu keine Untersuchungen vor.

Rationale

Supported Employment kombiniert mit spezifischen trainierenden Ansätzen

McGurk et al. (2005) *[981]* ergänzten bereits in einer ersten Studie von 2005 (vgl. *[982]*) SE durch ein **Training kognitiver Fertigkeiten**, in dessen Rahmen mit den Patient:innen Kompensationsstrategien bei kognitiven Beeinträchtigungen erarbeitet sowie computerbasierte Trainings durchgeführt wurden. Bereits nach einem Jahr zeigten sich in der Interventionsgruppe verbesserte psychopathologische und arbeitsbezogene Ergebnisse. Auch nach 2 bis 3 Jahren präsentierte sich eine signifikante Überlegenheit der SE-Gruppe mit kognitivem Training: mehr Teilnehmende dieser Gruppe arbeiteten auf dem ersten Arbeitsmarkt, die Teilnehmenden hatten mehr Jobs gehabt, hatten über den Follow-up-Zeitraum hinweg mehr Wochen und mehr Stunden gearbeitet und mehr Geld verdient als die Teilnehmenden der SE-Gruppe ohne kognitives Training *[983]*. Selbst bei schwer psychisch kranken Menschen, die trotz einer SE-Maßnahme weiterhin ohne Beschäftigung blieben, zeigten sich deutliche Vorteile hinsichtlich arbeitsbezogener Outcomes durch das *Thinking Skills for Work Program*, ein standardisiertes kognitives Trainingsprogramm *[984]*. Zu vergleichbaren Befunden kamen Bell et al. (2008) *[985]*, die die arbeitsrehabilitative Intervention (SE) mit der *Neurocognitive Enhancement Therapy (NET)* kombinierten. Allerdings zeigte sich in einer der Studien auch, dass ein kognitives Training den Effekt eines integrierten arbeitsrehabilitativen Ansatzes (SE und ein Arbeitsplatz bezogenes Training sozialer Fertigkeiten) nicht verbessern kann *[986]*. Ebenso wenig ließen sich die beruflichen Möglichkeiten für Patienten mit einer komorbiden Suchterkrankung verbessern *[987]*(vgl. Chan et al. 2015a). Möglicherweise lassen sich die arbeitsbezogenen Outcomes durch ein zusätzliches kognitives Training (NET), v. a. bei Programmteilnehmenden mit besonders geringem psychosozialem Funktionsniveau erhöhen wie aus einer Sekundäranalyse hervorgeht *[988]*.

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. *[787]*). 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 Teilnehmenden, den Arbeitsplatz zu behalten, mit möglichen Stressoren besser umzugehen und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen *[989]*. Allerdings zeigten sich in der Untersuchung von Mueser et al. (2005) *[989]*, 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.

Tsang et al. (2010) *[990]* untersuchten ebenfalls die **Wirksamkeit eines zusätzlichen Trainings sozialer Fertigkeiten**. Nach 39 Monaten Unterstützung zeigten sich für Teilnehmenden des Integrierten Trainingsprogrammes (IPS plus spezielles Training sozialer Fertigkeiten) eine höhere Arbeitsrate (82.8 % vs. 61.5 %) sowie eine längere Jobhaltedauer (46.94 Wochen vs. 36.17 Wochen) gegenüber IPS-Teilnehmenden ohne zusätzliches Training. Lediglich 6.1 Prozent derjenigen Teilnehmenden in traditionell orientierten Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation erhielten innerhalb der ersten 15 Monate eine Beschäftigung. Teilnehmende mit zusätzlichem Training sozialer Fertigkeiten berichteten weniger interpersonelle Konflikte am Arbeitsplatz. Vorteile hinsichtlich anderer nicht-arbeitsbezogener Outcomes wurden nicht deutlich.

Insbesondere für psychisch kranke Menschen in langjähriger Arbeitslosigkeit sowie mit wiederholten beruflichen Abbrüchen und Misserfolgen können beispielsweise hinderliche Einstellungen und motivationale Aspekte eine Hürde erfolgreicher beruflicher Integration darstellen. Spezifische arbeitsrehabilitative Programm werden mit einem psychotherapeutischen Ansatz kombiniert, um diesen Faktoren zu begegnen. Lecomte et al. (2014) *[991]* konnten in einer Vorläuferstudie zeigen, dass eine **spezifische kurze KVT-Intervention im Rahmen von SE** die erforderlichen sozialen Fertigkeiten erweitern und letztlich positive Effekte auf Jobhaltedauer und -umfang haben kann.

In Schweden wurde ein spezieller IPS-Ansatz für Menschen mit affektiver Störung und langer Erkrankungsdauer evaluiert. Das **IES Modell (*Individual Enabling and Support*)** integriert dabei motivationale, kognitive und Zeitmanagementstrategien mit IPS. IES zeigte sich hinsichtlich der Arbeitsrate auf dem ersten Arbeitsmarkt, sekundären arbeitsbezogenen Outcomes sowie der Depressionsschwere gegenüber herkömmlichen arbeitsrehabilitativen Ansätzen überlegen *[992]*.

Suijkerbuijk et al. (2017) *[954]* konnten deutlich machen, dass **Ansätze nach den Prinzipien von SE/IPS in Kombination mit einer zusätzlichen Trainingsstrategie** (verschiedene Ansätze) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegenüber anderen Ansätzen beruflicher Rehabilitation hinsichtlich des Erlangens und des Haltens einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt am effektivsten sind. Die Diskrepanz zwischen den Effekten von SE allein und einem kombinierten SE-Ansatz war allerdings gering (s. weiter oben in diesem Kapitel, Tabelle 69 & Tabelle 70).

In einer weiteren Übersichtsarbeit erfolgte die Bewertung der **Wirksamkeit von erweiterten IPS-Interventionen**, die darauf abzielen, Menschen mit Schizophrenie in eine wettbewerbsfähige Beschäftigung zu bringen (Tabelle 69). In acht der identifizierten RCTs basierte die Intervention auf IPS kombiniert mit einer weiteren psychosozialen Intervention (Training sozialer Fähigkeiten, Arbeitsfähigkeiten oder kognitiver Funktionen) im Vergleich zu IPS oder modifiziertem IPS. Es wurde keine allgemeine Wirkung zugunsten erweiterter Interventionen (RR = 1,37, 95 % KI [0,97 bis 1,95], I^2 = 52 %) festgestellt *[993]*. Einschränkend muss erwähnt werden, dass in vielen der berücksichtigten Kontrollinterventionen eine modifizierte Form von IPS umgesetzt wurde, die ebenfalls zusätzliche psychosoziale Angebote wie eine Gruppentherapie zum Thema „Work & Lifestyle" oder beispielsweise ein Case Management vorsah. Die Übersicht unterstreicht die Heterogenität der erweiterten IPS-Interventionen sowie der einzelnen Kontrollbedingungen. Es schien allerdings einen Effekt zugunsten von Interventionen zu geben, die sich an junge Menschen mit einer ersten psychotischen Episode richten. Allerdings war die Anzahl von Studien sehr gering (RR = 1.37 [95 % KI: .97 bis 1.95]; I^2 = 52 %; p = .02; N = 175, k = 2). Dennoch lassen sich damit erneut Hinweise für den Nutzen und die Notwendigkeit frühzeitiger Interventionen finden (siehe Evidenzkapitel **Frühintervention**).

Gemischte und Nicht-SE-Ansätze kombiniert mit spezifischen trainierenden Ansätzen

Chan et al. (2015a) *[982]* wollten wissen, inwieweit sich **Computergestützte kognitive Trainingsprogramme** auf arbeitsbezogene Outcomes auswirken *[982]*. Das Training wurde in den identifizierten Studien kombiniert mit Arbeitstherapie (k = 3) oder SE (k = 5) (Tabelle 69). Insgesamt zeigte sich eine um 20 % höhere Arbeitsrate für diejenigen Studienteilnehmenden mit kognitivem Training (k = 6, 41 % vs. 24 %, RD = 20 %; 95 % CI: 5 % bis 35 %). Diese waren pro Jahr ca. 20 Tage länger in Beschäftigung und erhielten ein höheres Entgelt pro Jahr (US$ 959 [95 % CI: US$ 285 bis US$ 1.634]). Ergebnisse aus Subgruppenanalysen weisen breite Konfidenzintervalle auf. Die Studienqualität schätzen die Autoren gut ein. Allerdings muss von einer substanziellen Heterogenität ausgegangen werden.

McGurk, SR et al. (2016) *[994]* untersuchten den **Effekt eines kognitiven Trainings** bei bisher erfolglosen Teilnehmenden an anderen beruflichen Trainingsprogrammen, die sich nicht an den Prinzipien von SE orientieren. Die Teilnehmenden wurden dabei aus 3 rehabilitativen Programmen eines Versorgungsträgers in New York, die sich sehr unterschieden, rekrutiert; darunter befanden sich eine Art tagesklinische Behandlung und Rehabilitation inklusive eines Job Supports sowie ein Clubhouse. *Enhanced vocational rehabilitation* meint hier, dass die Fachkräfte der beruflichen Rehabilitation ein spezielles Training erhalten hatten, das sie darin befähigte, kognitive Beeinträchtigungen insbesondere im Kontext Arbeit bei den Programmteilnehmenden zu erkennen und gemeinsam mit ihnen Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe erhielten zusätzlich ein kognitives Training (*Thinking Skills for Work- Program*, *TSW)*. Diese zeigten auch deutliche Verbesserungen kognitiver Funktionen zum Trainingsende gegenüber der Kontrollgruppe. Der Effekt wurde zum Follow-up, 3 Monate später wieder schwächer. Hinsichtlich arbeitsbezogener Outcomes (kompetitive Arbeitsrate) zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (57 % vs. 48 %) innerhalb eines erweiterten Beobachtungszeitraumes von 3 Jahren. Allerdings waren die Teilnehmenden insgesamt beruflich engagierter (bezahlte und freiwillige Tätigkeiten, 75 % vs. 50 %), arbeiteten insgesamt mehr Wochen (48.8 vs. 23.0) und zeigten geringfügige Verbesserungen hinsichtlich klinischer Symptome (Positive and Negative Syndrome Scale). Es sei noch angemerkt, dass die Teilnehmenden der Interventionsgruppe trotz Randomisierung deutlich schlechter gebildet waren; möglicherweise lässt sich hiervon eine Erklärung für den ausbleibenden Effekt ableiten.

In einer älteren Übersichtsarbeit von Crowther et al. (2001) *[929]* wurden die Effekte durch diverse Modifikationen von PVT untersucht. Dabei zeigte ein **Vergleich von PVT mit Bezahlung vs. PVT ohne Bezahlung**, dass unter der Bedingung PVT mit Bezahlung positive Effekte hinsichtlich aller analysierten beschäftigungsbezogenen und klinischen Outcomes auftraten. Nach sechs Monaten hatten im Vergleich zu der Gruppe ohne Bezahlung signifikant mehr

Teilnehmende der „bezahlten" Gruppe irgendeine Form von Beschäftigung. Außerdem verdienten Teilnehmende der „bezahlten" Gruppe signifikant mehr im Monat und nahmen zu einem größeren Anteil am Programm teil. Bei ihnen zeigten sich auch signifikant weniger Krankenhauseinweisungen und deutlich bessere Symptom-Scores als bei den Teilnehmenden der Kontrollbedingung ohne Bezahlung.

Auf der Basis von zwei Studien mit 142 Teilnehmenden zeigte sich, dass ein **PVT mit zusätzlicher psychologischer Intervention**, die das Ziel einer Motivationssteigerung verfolgte, sowohl nach sechs als auch nach neun Monaten tendenziell zu einer Erweiterung von kompetitiver Beschäftigung unter den Teilnehmenden führte. Einen signifikanten Vorteil zugunsten PVT mit psychologischer Intervention gab es hinsichtlich des Erreichens irgendeiner Form von Beschäftigung. Die Teilnahmeraten an beiden Programmen unterschieden sich hingegen nicht (vgl. *[929]*).

Pre-vocational Training mit forciertem (beschleunigtem) Übergang in bezahlte übergangsweise Beschäftigung vs. PVT mit stufenweisem (langsamem) Übergang zeigte in Bezug auf das Erreichen kompetitiver Beschäftigung nach 15 Monaten einen schwachen, aber signifikanten Vorteil, nicht so in Bezug auf das Erreichen irgendeiner Form von Beschäftigung. Allerdings verdienten die Teilnehmer der „beschleunigten" Form von PVT durchschnittlich mehr pro Monat als die Teilnehmer der Kontrollgruppe (vgl. *[929]*).

Zusammenfasende Bewertung Kombinierte Ansätze beruflicher Rehabilitation

Trainierende Ansätze spielen seit jeher eine Rolle in der beruflichen Rehabilitation. Aktuelle Studien untersuchen auch 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 (u. a. Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen) verbunden sind, liegt ein **Fokus auf kognitiven Trainingsprogrammen**. Die Befundlage ist hierzu vergleichsweise gering. Jedoch zeigen vereinzelte RCTs, dass ein solches Training in Kombination mit einem arbeitsrehabilitativen Ansatz durchaus nennenswerte positive Effekte v. a. auf arbeitsbezogene Zielgrößen haben kann *[982]*. Das gilt auch für Ansätze des SE, die mit Hilfe eines spezifischen kognitiven Trainings zu besserer beruflicher Teilhabe führen können (*[981][983][984][985]*. Allerdings sind weitere Studien erforderlich, um die Befundlage zu konsolidieren.

Ein anderer Ansatz zielt auf die **Verbesserung berufsbezogener sozialer Fertigkeiten**. Eine Studie verweist dabei auf Langzeiteffekte durch eine integrierte Intervention von SE und 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 *[990]*.

Ebenso ließen sich Effekte durch **spezifische kurze KVT-Intervention im Rahmen von SE** nachweisen *[991][992]*.

Auch Ergebnisse des aktuellen Cochrane Reviews verweisen auf eine gewisse **Effektivität von kombinierten Ansätzen des SE**; fordern gleichzeitig allerdings weitere qualitativ hochwertige Studie für eine stärkere Konsolidierung der Befunde *[954]*. Vázquez-Estupiñán et al.(2018) *[993]* konnten keinen zusätzlichen Effekten durch verschiedene kombinierte SE-Ansätze beobachten. Es schien allerdings einen Effekt zugunsten von Interventionen zu geben, die sich an junge Menschen mit einer ersten psychotischen Episode richten.

Zusätzliche zu berücksichtigende Aspekte

Anwendbarkeit im deutschsprachigen Raum

Eine Umsetzung von SE in Deutschland erfolgt bisher sehr zögerlich; Implementierungsbemühungen sollten Möglichkeiten zusätzlicher trainierender Ansätze berücksichtigen. Bestehende Möglichkeiten der Umsetzung trainierender Ansätze liegen in den Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 (3) Nummer 5 SGB IX (Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen) als Bestandteil der Angebote in den RPKs und der mobilen Rehabilitation sowie der ambulanten Ergotherapie. Ebenso können Assistenzleistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX eine sinnvolle Leistung darstellen.

12. Bereich Gesundheit und Wohlergehen

12.1 Evidenzkapitel: Gesundheitsfördernde Interventionen

Hintergrund
Bereits im alten Griechenland wurde einem **gesundheitsfördernden Lebensstil** eine zentrale Rolle zur Erhaltung der körperlichen und geistigen Gesundheit beigemessen. Die sogenannte Díaita war ein Modell einer ausgewogenen und natürlichen Lebensweise. Zurückzuführen ist dieses Therapiekonzept auf den griechischen Arzt Hippokrates (ca. 460 bis ca. 370 v. Chr.). Die elementaren Prinzipien der Díaita sahen unter anderem einen maßvollen Umgang mit Essen und Trinken sowie einen abwechselnden Rhythmus von Ruhe und Bewegung vor (vgl. *[995]*).

Wie in Kap. 6 aufgeführt, entspricht der gesundheitsbezogene Lebensstil von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung häufig nicht dem ausgewogenen Prinzip der Díaita. Die erhöhte psychische und physische Krankheitslast der Betroffenen mündet in einer negativ beeinträchtigten Lebensqualität und einer deutlich geminderten Lebenserwartung *[72][997]*. Einen zunehmend an Bedeutung gewinnenden Bestandteil im Genesungsprozess von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung stellen deshalb **gesundheitsfördernde Maßnahmen** dar (*[998]*. Das biopsychosoziale Modell wurde daher mittlerweile um die Lebensstilfaktoren ergänzt und wird nun auch als biopsychosoziales und Lebensstilmodell bezeichnet *[999]*.

Lebensstil und die damit einhergehenden gesundheitsfördernden Interventionen werden in der vorliegenden Leitlinie wie folgt definiert:

Unter Lebensstil werden die individuell praktizierten und zu verantwortenden Handlungsdispositionen und Einstellungen bezeichnet (*[1000]* S. 817). Ein Aspekt des Lebensstils ist die Lebensführung, welche auch das persönliche Gesundheitsverhalten beinhaltet (*[1001]*; *[1002]*; S. 44). Zu den klassischen Lebensstilfaktoren zählen Ernährung, Bewegung und Rauchen *[1003]*.

In dieser Leitlinie werden **verhaltenspräventive Interventionen** zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität fokussiert. 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, von Essstörungen und auch der Adipositas wird zudem auf die spezifischen Leitlinien der Fachgesellschaften verwiesen **(AWMF-Registernummern 076-001, 076-006, 050-001, 051-026).**

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 *[1007]*. 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 *[1008]*. Eine entsprechende Empfehlung findet sich auch in der S3-Leitlinie „Schizophrenie" (**AWMF-Registernummer: 038-009**) wieder: Bei der Wahl der psychopharmakologischen Behandlung sollen mögliche Nebenwirkungen (u. a. metabolische Nebenwirkungen) der Präparate berücksichtigt werden (Empfehlungsgrad KKP). Das Ausmaß der Gewichtszunahme unterscheidet sich zwischen den Präparaten; deshalb wird empfohlen, die gewichtssteigernde Wirkung zu berücksichtigen

Für die Veränderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils geht man von einem Phasenmodell aus. Erprobte **Konzepte der Verhaltensänderung** stellen beispielsweise das transtheoretische Modell von Prochaska und Velicer (1997) *[1010]* oder das Precaution Adoption Process Model von Weinstein et al. (1998) *[1011]* dar. Jedem Modell gemein ist die Tatsache, dass Individuen im Prozess der Verhaltensänderung verschiedene Barrieren überwinden und Phasen durchlaufen müssen, um eine Veränderung der Lebensweise herbeizuführen. Eine exemplarische Darstellung der Barrieren orientiert an Fitzgerald und Spaccarotella(2009) *[1012]*, welche mit Fokus auf eine gesunde Ernährung gekoppelt mit einem aktiven Lebensstil zu überwinden sind, sind in Abbildung 4 dargestellt.

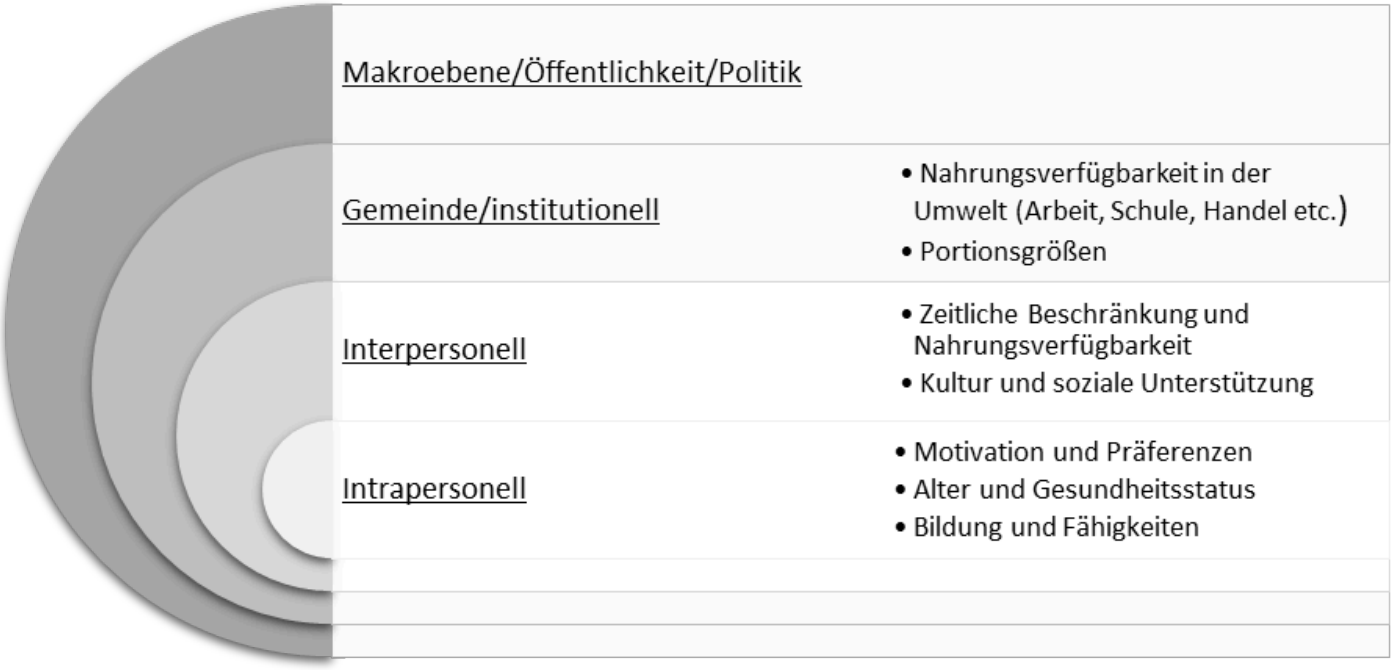


Abbildung 4: Ökologisches Modell der Einflussfaktoren auf Ernährung und körperliche Bewegung (Fitzgerald und Spaccarotella 2009 *[1012]*)

In der klinischen Leitlinie zur lebensstilbasierten psychiatrischen Gesundheitsversorgung der World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) und der Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) ist daher auch vom Schweizer Käsemodell die Rede: Die Autor:innen gehen davon aus, dass keine einzelne Intervention, sondern vielmehr **mehrere sich gegenseitig unterstützende und interagierende Ansätze**, am besten zur Verbesserung der Lebensstilbereiche beitragen können und möglichst in Kombination mit Versorgungsansätzen, welche auf interdisziplinären Teams, Peer-Begleitung und dem Einbezug von An- und Zugehörigen, und digitalen Technologien beruhen. Je mehr dieser Ebenen im Leben und im Umfeld einer Person aktiviert und gefördert werden, desto größer sei die Wahrscheinlichkeit, dass ein Fortschreiten der Krankheit verhindert, die Widerstandsfähigkeit gegenüber negativen Ereignissen gestärkt und das psychische, körperliche und soziale Wohlbefinden verbessert wird (*[1013]*, Abb. 5, S. 365).

Für einige der benannten Faktoren eines gesundheitsfördernden Lebensstils werden im Folgenden relevante Leitlinien benannt.

Ernährung

Die evidenzbasierten **Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)** zur Kohlenhydrat- (2011) und Fettzufuhr (2015) weisen auf das präventive Potenzial einer ausgewogenen Ernährung zur Vermeidung ernährungsbedingter Erkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipoproteinämie, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Krebskrankheiten) hin. Eine auf Grundlage der vorhandenen Evidenz allgemeingültige optimale Nährstoffzufuhr lässt sich daraus jedoch nicht ableiten, da die Aufnahme der verschiedenen Nahrungsbestandteile durch eine Vielzahl individueller Faktoren beeinflusst wird *[1014] [1015]*. Für die Proteinaufnahme wird eine tägliche Zufuhr von circa 0,8 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht empfohlen. Für die Fett- und Kohlenhydratzufuhr lässt sich kein durchschnittlicher Bedarf ermitteln. Als Orientierungshilfe lassen sich jedoch Energierichtwerte für die jeweilige Nährstoffgruppe ableiten. Demnach liegt der Richtwert für den Energieanteil der aus Kohlenhydraten gewonnen werden sollte bei mehr als 50 Prozent und der aus Fett bei 30 Prozent (mit Ausnahme umschriebener Personengruppen wie beispielsweise schwangerer Frauen). Grundsätzlich empfiehlt die DGE eine fettmoderate und -reduzierte Ernährung sowie speziell für die Kohlenhydratzufuhr eine Aufnahme von ausreichend Ballaststoffen (erwachsene Personen mindestens 30 Gramm pro Tag) *[1015][1014]*. Darüber hinaus wird zusätzlich der tägliche Verzehr von 650 Gramm Obst und Gemüse angeraten (Boeing et al. 2012). Hinsichtlich der Flüssigkeitszufuhr empfiehlt die DGE täglich 1,5 Liter in Form von wasserhaltigen Getränken *[1357]*.

Moderne Ernährungsempfehlungen gehen über die reine Optimierung der Zufuhr von Makro- und Mikronährstoffen hinaus. Sie berücksichtigen zunehmend auch **ökologische Aspekte**, etwa im Sinne einer nachhaltigen „Planetary Health Diet", die sowohl die Gesundheit des Menschen als auch die des Planeten schützt. Eine solche Ernährungsweise ist gekennzeichnet durch eine angemessene Kalorienzufuhr und besteht aus einer vielfältigen Auswahl an pflanzlichen Lebensmitteln, einem geringen Anteil an Lebensmitteln tierischen Ursprungs, und geringen Mengen an raffiniertem Getreide, stark verarbeiteten Lebensmitteln und Zuckerzusatz *[1016]*.

Zudem rücken **Genuss, kulturelle Vielfalt und individuelle Vorlieben** stärker in den Fokus, um eine langfristig umsetzbare und lebensnahe Ernährungsweise zu fördern. Entsprechend heißt es in der bereits erwähnten Leitlinie zur lebensstilbasierten psychiatrischen Gesundheitsversorgung, dass „Freude, soziale Verbundenheit und Achtsamkeit in das ‚Essenserlebnis' [einbezogen werden sollte], wo immer dies möglich ist" *[1013]*.

Bewegung

Ein **aktiver Lebensstil mit ausreichend körperlicher Bewegung** kann das Risiko vieler chronischer Erkrankungen vermindern. Um aus der körperlichen Aktivität einen wesentlichen gesundheitlichen Nutzen zu ziehen, sollten für Erwachsene folgende Empfehlungen umgesetzt werden:

- Mindestens 150 bis 300 Minuten moderate ausdauerorientierte Bewegung (z. B. schnelles Gehen, langsames Laufen) mit moderater Intensität oder

- Mindestens 75 bis 150 Minuten intensive ausdauerorientierte Bewegung (z. B. Laufen, schnelles Radfahren) oder
- Ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten.
- Zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten mit mindestens moderater Intensität, die alle Hauptmuskelgruppen umfassen, an mind. 2 Tagen pro Woche *[1017][1358]*.

Beachtung sollte in diesem Zusammenhang dem Aspekt gelten, dass eine Einheit körperlichen Trainings mindestens eine Dauer von zehn Minuten beanspruchen sollte und auf die Woche verteilt zwischen drei bis fünf Einheiten absolviert werden sollten. Eine zeitliche Anpassung des Trainings auf 300 Minuten moderate körperliche Aktivität bzw. 150 Minuten intensive Belastung erhöht die positiven Effekte auf die Gesundheit. Zusätzlich wird empfohlen (mindestens) zwei Mal wöchentlich ein Muskel-Kräftigungsprogramm für alle größeren Muskelgruppen durchzuführen. Die Vorzüge körperlicher Aktivität liegen vor allem in der Reduzierung des Risikos vorzeitiger Mortalität, kardiovaskulärer Erkrankungen wie beispielsweise Schlaganfall und Bluthochdruck, bestimmter Krebsarten, des Risikos von Diabetes mellitus Typ 2 und Depression sowie einer Gewichtszunahme *[1018]*. Ferner wurde zwischen dem Umfang der wöchentlichen körperlichen Aktivität und dem daraus resultierenden Zusatznutzen ein positiver Zusammenhang festgestellt *[1018]*. Darüber hinaus empfiehlt die WHO sedentäres Verhalten, d. h. jegliche Art von Verhalten, die im Wachzustand in einer Sitz-, Liegesitz- oder Liegeposition bei geringem Energieverbrauch durchgeführt wird, zu begrenzen und diese möglichst durch **körperliche Aktivität – selbst geringer Intensität** – zu ersetzen, da dies nachweislich gesundheitliche Vorteile bringt *[1017]*. Schließlich ist speziell im Rahmen der Gewichtsabnahme eine Kombination aus körperlicher Aktivität sowie gesunder Ernährung und Diäten am effektivsten *[1359]*.

Raucherentwöhnung/-reduzierung

Wenngleich Interventionen zur Raucherentwöhnung/-reduzierung nicht Gegenstand dieser Leitlinie sind, soll aus Gründen der Vollständigkeit an dieser Stelle auf sie verwiesen werden. Alle Formen des Tabakkonsums (Rauchen, Schnupfen, Kauen) führen langfristig zu gesundheitlichen Problemen. Laut Inhalt der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V (**AWMF-Registrierungsnummer: 076-006**) ist jedoch schwerpunktmäßig die schädlichste Form des Tabakkonsums – die Inhalation der Tabak-Verbrennungsprodukte. Die regelmäßige Inhalation des Tabakrauchs ist verbunden mit der Aufnahme großer Mengen an karzinogenen, teratogenen und atherogenen Stoffen. Zu den daraus resultierenden tabakassoziierten Erkrankungen gehören in erster Linie Gefäßprozesse, die zu kardialen Infarkten, zu zerebralen Insulten oder peripheren Gefäßverschlüssen führen, sowie zu Karzinomerkrankungen und Malignomen.

Die Maßnahmen zur Raucherentwöhnung/-reduzierung sind vielfältig und reichen von Motivationsbehandlungen über psychotherapeutische Ansätze bis hin zu pharmakologischen Maßnahmen und somatischen Therapieverfahren wie beispielsweise Akupunktur. Trotz der unterschiedlichen Ansätze ist speziell im Rahmen der Raucherentwöhnung in der Regel mit mehreren Aufhörversuchen und einem hohen Rückfallrisiko zu rechnen *[1020]*. Es sei auf hier auf die S3-Leitlinie “Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums” **(AWMF-Registrierungsnummer: 076-006**) verwiesen, welche in einem Kapitel auch auf Aspekte der Behandlung bei psychischer Komorbidität (v. a. Depression und Schizophrenie) eingeht.

Stark

Empfehlung 40 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Gesundheitsfördernde Interventionen**
Empfehlungsgrad **A**	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen multimodale gesundheitsfördernde Interventionen mit den Schwerpunkten gesunde Ernährung und körperliche Aktivität individualisiert angeboten werden.
Konsensstärke	**Starker Konsens (100 %)**

Praktische Informationen

Umsetzung in Deutschland

Bisher gibt es **keine systematische Untersuchung zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Interventionen in Deutschland**. Randomisierte kontrollierte Studien, in denen deren Wirksamkeit in Deutschland untersucht wurde, sind keine bekannt *[1027]*. Im Rahmen einer quasiexperimentellen, kontrollierten Pilotstudie wurde jedoch z. B. die Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer Intervention basierend auf den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung zur Förderung einer gesundheitsbewussten Lebensweise (bezogen auf Ernährung, körperliche Aktivität, Alkoholkonsum, Tabakkonsum, oder Mundhygiene) bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in betreuten Wohnformen in der Region München lebten, untersucht. Im Rahmen der Studie konnte zwar keine Überlegenheit der Intervention gegenüber der Regelversorgung in Bezug auf die gewählten Zielgrößen (körperliches Wohlbefinden, BMI, Lebensstilfaktoren) gezeigt werden. Dennoch sprachen sich die beteiligten Einrichtungsmitarbeitenden aufgrund der hohen Akzeptanz der Betroffenen für eine Weiterführung des Gesundheitskurses aus *[1404]*.

Bekannt sind weiterhin wenige Schulungsprogramme, die allerdings kaum multimodal ausgerichtet und wenig evaluiert sind *[1405][1406][1407]*. Umschriebene ernährungsbezogene Gewichtsmanagementmaßnahmen werden im Versorgungsfeld z. B. in Form von Kochgruppen und

Ernährungsberatung in manchen Kliniken angeboten (vgl. *[1408]*. Kürzlich wurden vermehrt **innovative Pilotprojekte** zur Gesundheitsförderung, welche sich an unterschiedliche Patientengruppen richten, regional umgesetzt. So weisen z. B. erste Ergebnisse daraufhin, dass eine vierwöchige, achtsamkeitsfokussierte Ernährungstherapie, welche theoretische Inhalte mit praktischen Übungen zur Förderung ernährungsbezogener Kompetenzen kombiniert, von den Betroffenen gerne in Anspruch genommen wird und auch positive Effekte auf individueller Ebene zeigt *[1409]*. Auch bewegungsbezogene Ansätze wurden kürzlich vermehrt in Deutschland umgesetzt und systematisch evaluiert. Im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten ImPuls-Projektes wurden z. B. ausdauerorientierte Sportaktivitäten mit einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie kombiniert und transdiagnostisch an zehn Standorten in Baden-Württemberg ambulant umgesetzt. Angesichts der Ergebnisse plädieren die Autor:innen dafür, Bewegungstherapie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung als ergänzende transdiagnostische Behandlung für psychische Erkrankungen einzusetzen *[1410]*. Eine Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss steht derzeit noch aus, ist jedoch vor dem Hintergrund der aufgehobenen Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses für STEP.DE – Sporttherapie bei Depression (Dokumentation der Rückmeldungen STEP.De (01NVF17050) von besonderer Bedeutung für die Weiterentwicklung bewegungsbezogener Ansätze in der Regelversorgung.

Zur langfristigen und nachhaltigen Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedarf es letztendlich multimodaler Konzepte und organisatorischer **Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen**. Durch eine integrierte Herangehensweise bei der multimodalen Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen können Synergieeffekte ermöglicht werden: So fördert z. B. eine ausgewogene Ernährung die körperliche Leistungsfähigkeit und unterstützt dadurch die Regeneration, was wiederum Motivation für körperliche Aktivität schaffen kann. Durch die gleichzeitige Ansprache mehrerer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen können somit nachhaltigere Verhaltensänderungen erreicht werden als durch isolierte Maßnahmen. Überzeugend umgesetzt wird dieser Ansatz im „Keeping the Body in Mind (KBiM)" Programm. Hierbei handelt es sich um eine Intervention zur Prävention von Gewichtszunahme und kardiometabolischen Veränderungen bei jungen Menschen mit einer erstmals auftretenden Psychose, welche mittlerweile in Sydney als Teil der gemeindepsychiatrischen Regelversorgung umgesetzt wird *[1411]*. In diesem Programm arbeiten Vertreter:innen verschiedener Berufsgruppen und Fachrichtungen in einem multiprofessionellen Team (mit Ernährungsfachkräften und Sporttherapeut:innen) zusammen und führen Lebensstilinterventionen bezogen auf Ernährung und Bewegung durch *[1412]*. Da die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Intervention von einem multimodalen Ansatz ausgeht, sollten verschiedene Professionen aus den Bereichen Bewegung und Sport, Ergotherapie, Ernährungsberatung, psychiatrische Pflege, Medizin, Psychologie u. a. eingebunden und ein interprofessionelles Arbeiten angestrebt werden.

Die Implementierung solcher komplexen, multimodalen Interventionen stellt jedoch erhebliche Herausforderungen dar, da es einer sorgfältigen Abstimmung der verschiedenen Module – meist unter Einbezug verschiedener Berufsgruppen - bedarf und in unterschiedlichen Versorgungssettings (stationär, ambulant bzw. gemeindebasiert) spezifische Bedingungen bei der Umsetzung der einzelnen Module berücksichtigt werden müssen. Es ist notwendig, nicht nur die Wirksamkeit der gesundheitsfördernden Maßnahmen zu bewerten, sondern vielmehr sind Implementierungsfaktoren, d. h. förderliche und hinderliche Barrieren, zu berücksichtigen und entsprechende Implementierungsstrategien zu entwickeln. Ein umfassender Bericht der Lancet Psychiatry Commission Physical Health betont die Bedeutung wirksamer Implementierungsstrategien für Lebensstilinterventionen im Kontext psychischer Erkrankungen und adressiert gezielt die bestehende Evidenz–Praxis-Lücke *[1413]*. Vor diesem Hintergrund wurde 2021 das **ESSENzPSYCHE-Netzwerk** gegründet. Betroffene und Vertreter:innen verschiedener Berufsgruppen (z. B. Ernährungsfachkräfte, Pflege, Psycholog:innen, Ärzt:innen) aus Deutschland, Österreich und der Schweiz stehen im regelmäßigen Austausch mit dem Ziel, in einem partizipativen und evidenzbasierten Ansatz gesundheitsförderliche Programme zu entwickeln und umzusetzen, die eine ganzheitliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen ermöglichen. Im speziellen strebt das ESSENzPSYCHE-Netzwerk an, die „Möglichkeiten von Menschen mit psychischen Erkrankungen, einen gesunden Lebensstil zu führen zu maximieren" und „Menschen mit psychischen Erkrankungen die nötige Unterstützung und Ressourcen für eine gesunde Lebensweise zu bieten" *[1414]*. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Aus- und Weiterbildungskonzepte für Fachkräfte, da aktuelle Umfragen auf einen hohen Fortbildungsbedarf hinweisen *[1415]*.

Versorgungsalltag: Es muss davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Maßnahmen zur Verhaltensänderung mit dem Ziel der Unterstützung einer gesundheitsfördernden Lebensweise bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Versorgungsalltag in Deutschland bisher nicht systematisch etabliert sind. Allerdings wächst die Aufmerksamkeit und verschiedene Möglichkeiten liegen in der Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze durch verschiedene Professionen in verschiedenen Settings (stationär, ambulant über SGB V, Mobile medizinische Rehabilitation, Assistenzleistung zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (Förderung der Gesundheitskompetenz) nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX)

Ergänzende Hinweise

Umsetzung multimodaler gesundheitsfördernder Interventionen

In der konkreten **Umsetzung** multimodaler gesundheitsfördernder Interventionen sind immer die (krankheitsbedingten) motivationalen Faktoren der Betroffenen, ihre Erfahrungen, individuellen Bedarfe und Präferenzen zu berücksichtigen. Bei der Gestaltung können folgende Aspekte Berücksichtigung finden:

- Ermöglichung einer individuellen Programmgestaltung und -durchführung
- Angebot einer Kombination aus Gruppensitzungen und Einzelsitzungen
- Kontinuierliche Bereitstellung der Intervention über einen längeren Zeitraum, mindestens zwei Mal pro Woche betreute Bewegungs- und Ernährungseinheiten anbieten

- Durchführung regelmäßiger Erfolgskontrollen der individuellen, konkreten und messbaren Ziele
- Nutzung von Selbstbeobachtungsansätzen zur Erfolgskontrolle
- Vermittlung eines Kerncurriculums zu Themen der Ernährung, der körperlichen Aktivität und des Selbstmanagements (Erkennen von Hindernissen und Problemlösungen)
- Bereitstellung eines flexiblen Erhaltungsprogramms mit ergänzenden Gruppenkursen
- Nutzung motivierender Ansätze und Möglichkeiten zum Wiedereinstieg
- Nutzung niedrigschwelliger Angebote bzw. Lebenswelt-bezogene Ansätze (z. B. Sitzungen im Gemeindezentrum, Spaziergänge in der Nachbarschaft, Volkshochschulen)
- Suche nach möglichen Umsetzungshemmnissen und persönlichen Ressourcen
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kooperation sowie Einbindung spezifischer Fachkräfte (z. B. Ernährungsfachkräfte und Sporttherapeut:innen) in multidisziplinären Teams

Prävention: Gesundheitsfördernde Interventionen sollten in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und erhöhten Risiken für chronische körperliche Erkrankungen nach Möglichkeit frühzeitig und präventiv ansetzen.

Bei der **psychopharmakologischen Behandlung** sollen unerwünschte Wirkungen auf die körperliche Gesundheit berücksichtigt und ggf. die Leitliniengerechtigkeit der psychopharmakologischen Behandlung hinsichtlich Präparates und Dosierung überprüft werden *[1034]*.

Die Notwendigkeit einer effizienten **Schnittstellengestaltung** zwischen Hausarzt/Hausärztin und fachspezifischer Behandlung wird ganz besonders im Bereich der Prävention und Behandlung somatischer Komorbidität bei schweren psychischen Erkrankungen deutlich. Da Hausärzt:innen häufig von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgesucht werden, kommt ihnen eine Schlüsselposition zwischen Patient:innen und anderen an der Behandlung beteiligten Personen zu (z.B. Ernährungsberater:innen).

Erforderlich ist in diesem Zusammenhang ein regelmäßiges **Monitoring**, in dessen Rahmen Gewicht, gesundheitsbezogene Lebensstilfaktoren und metabolische Indikatoren gemessen und dokumentiert werden. Das Monitoring muss frühzeitig mit Behandlungsbeginn einsetzen. 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
- Erfassung von gesundheitsbeeinflussenden Lebensstilfaktoren: Ernährung, Ausmaß körperlicher und sportlicher Aktivität, Umgang mit schädigenden Substanzen (Tabak, Alkohol, andere Substanzen) mittels Fragebögen, welche für das Versorgungssetting geeignet sind, z. B.:

- *NutriMental Screener* für ernährungsbezogene Risiken und Unterstützungsbedarfe *[1416][1417]*
- *Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEPPSY)* der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern *[1037]* (breite Zielgruppe, Nutzung v.a. durch ambulant Pflegende oder Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe geeignet)
- *Health Improvement Profile* *[1038]*
- *SIMPAQ* zur Abschätzung der körperlichen Aktivität *[1039]*

Für eine erfolgreiche Umsetzung lebensstilbezogener Interventionen sollten alle beteiligten **Fachkräfte** (auch Ernährungsfachkräfte und Sporttherapeut:innen) über grundlegende Kenntnisse in Psychopathologie und in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen verfügen. Zudem ist eine angemessene Schulung der psychiatrischen Fachkräfte im Bereich Lebensstilinterventionen und somatischer Gesundheit essenziell.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz lassen sich einheitliche Hinweise ableiten, dass die untersuchten Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen **positiven Beitrag zur Reduzierung des Body-Mass-Index sowie zur allgemeinen Gewichtsabnahme** leisten können. Die häufig durch Psychopharmaka und einen inaktiven Lebensstil geförderte Gewichtszunahme konnte in den vorliegenden Metaanalysen in einem geringen Maße, aber dennoch signifikant im statistischen Sinne reduziert werden.

- Die durchschnittliche **Gewichtsreduktion** betrug zum Interventionsende bis zu 4,1 kg; die Reduktion des BMI bis zu 2,9 kg/m^2.
- Der **Hüftumfang** konnte um bis zu 3,6 cm reduziert werden.
- Ergebnisse **z.T. mit einer begrenzten klinischen Relevanz**: So ist davon auszugehen, dass eine mittlere Verringerung des BMI um 0,63 kg/m^2 das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wahrscheinlich nicht wesentlich reduzieren wird. Allerdings wird mit Hilfe der Intervention eine Gruppe von Menschen erreicht, welche ihr **Körpergewicht um mindestens 5 % des Ausgangsgewichts senken** konnten.
- Parallel ergab 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 kaum vorhanden sind. Die Verbesserung der metabolischen Indikatoren hat vor allem klinische Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung von koronaren Gefäßerkrankungen.
- Kein signifikanter Effekt konnte bisher auf den **Blutdruck** aufgezeigt werden.
- Erfasst wurden eine signifikante **Reduktion der depressiven Symptomatik und des ängstlichen Erleben**s.
- In den vorliegenden Analysen ließ sich kein Effekt auf die **Lebensqualität** feststellen.
- Es zeigten sich **keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Abbruchraten in beiden Gruppen**.

Effekte auf die Gewichtsreduktion ließen sich auch in **Follow-up-Untersuchungen**, nach 2 bis 6 Monaten, sowie nach 3 bis 12 Monaten nachweisen. Möglicherweise ist der stärkste Effekt nach circa 3 Monaten nachweisbar, wohingegen sich im weiteren Verlauf eine gewisse Stabilisierung einstelle.

Der Effekt auf gewichtsbezogene Outcomes scheint mit einer **hohen Strukturierung der Intervention** größer, wobei sowohl die Bewegungs- als auch die Ernährungskomponente individualisiert zugeschnitten und die Fortschritte an eine regelmäßige Erfolgskontrolle gebunden sein sollten. Mit gezielten Ernährungs- und Bewegungs-bezogenen Ansätzen lässt sich eine höhere Gewichtsreduzierung gegenüber rein verhaltenstherapeutischen Maßnahmen erzielen.

Möglicherweise sind die Effekte stärker bei einer **präventiven Ausrichtung der Intervention** und in einem ambulanten Setting gegenüber einem stationären Setting. Allerdings sind die Befunde nicht konsistent. Die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen in gemeindepsychiatrischen Versorgungszusammenhängen wurde an anderer Stelle nachgewiesen. Hinweise lassen sich auch darauf finden, dass Effekte größer sind, wenn die Interventionen durch Fachkräfte aus dem Bereich der Lebensstilinterventionen durchgeführt werden.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Sehr niedrig

GRADE	**Vergleich multimodale gesundheitsfördernde Interventionen (Lebensstilinterventionen; LSI) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** *[1027]*
Evidenz1	LSI verbessert die Lebensqualität nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI reduziert depressive Symptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI reduziert die ängstliche Symptomatik sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	
	Vergleich multimodale gesundheitsfördernde Interventionen vs. überwiegend herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[1029]*
	LSI reduziert das Gewicht (≥ 5 %) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI reduziert den BMI sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI reduziert den Taillenumfang sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI verbessert die Lebensqualität nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Die Abbruchraten in beiden Gruppen sind vergleichbar.
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	
	Vergleich Strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs); Population: Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung *[1028]*
	LSI reduziert Gewicht (bis 24 Monate) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
	LSI reduziert den BMI (bis 24 Monate) sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	LSI reduziert den Taillenumfang nicht sign. stärker als eine Behandlung ohne LSI
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	

1 Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

Wertvorstellungen und Präferenzen

Keine wesentliche Variabilität erwartet

Präferenzen wurden kaum systematisch erfasst. In den Ergebnissen der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis wird auf Basis einer RCT auf eine höhere Zufriedenheit in der Interventions- gegenüber der Kontrollgruppe verwiesen.

Aus qualitativen Erhebungen geht hervor, dass Betroffene mit einer gesundheitsbewussten Lebensweise (körperliche Aktivität und ausgewogene Ernährung) verschiedene positive Aspekte wie beispielsweise Gewichtsreduktion, ein besseres Körpergefühl, Empowerment, Autonomie, Selbstbewusstsein oder Tagesstruktur verknüpfen (z.B. *[68]*).

Betroffenenerfahrungen und Motivation

Soundy et al. (2014a) untersuchten mit Hilfe eines meta-ethnografischen Ansatzes – basierend auf einer systematischen Literaturrecherche nach qualitativen Arbeiten – die **Erfahrungen** von Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis **hinsichtlich körperlicher Aktivität**. Berücksichtigt wurden die Erfahrungen der Nutzenden (N = 108) sowie die der Behandelnden (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. Empowerment, 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 *[68]*. Die besondere Rolle von Peers wird im Rahmen Peer-geleiteter Gesundheitsförderungsansätze deutlich. So schien ein Peer-geleitetes Programm (siehe Evidenzkapitel **Peer-Support)** zum Selbstmanagement somatischer Erkrankungen gegenüber der üblichen Versorgung wirksam hinsichtlich der Aktivierung der Teilnehmenden, des wahrgenommenen allgemeinen Gesundheitszustandes und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, sowie hinsichtlich Zuversicht und der Wahrscheinlichkeit einer bezahlten Beschäftigung *[1361][1362]*. Ein älterer Review verweist auf eine uneinheitliche Befundlage *[640]*.

Das Verständnis der **Faktoren, die letztlich zu höherer körperlicher Aktivität und gesünderer Ernährung beitragen**, ist wichtig für die Verbesserung der Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen *[1363]*. In einer systematischen Übersichtsarbeit wurde deutlich, dass bisher kaum Aussagen hierzu möglich sind; lediglich 7 prospektive Studien mit quantitativen Daten wurden identifiziert. Es zeigte sich, dass ein höheres Alter im Allgemeinen mit besseren Ergebnissen in Bezug auf körperliche Aktivität verbunden war, während höhere Negativsymptome mit schlechteren Ergebnissen assoziiert waren. Die Absicht, sich körperlich zu betätigen war unabhängig vom Geschlecht. Es fehlten Daten zu den Faktoren, die das Ergebnis von Ernährungsgewohnheiten beeinflussen *[1363]*.

Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung berichten bezüglich der **Barrieren für körperliche Aktivität** über körperliche Faktoren wie Müdigkeit, mangelnde Energie und sedierende Wirkungen ihrer Medikamente, über psychologische Faktoren wie Stress, Depression sowie mangelnde Motivation und Selbstwirksamkeitserwartungen, sowie über soziale und umweltbedingte Faktoren wie fehlende Unterstützung und soziale Isolation *[1364][1365][69][1367][1368]*. Deshalb spielen (krankheitsbedingte) motivationale Aspekte, Aspekte von Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement und andere Faktoren auch bei der Umsetzung von Interventionen, die auf eine Änderung des Gesundheitsverhaltens abzielen, eine wichtige Rolle *[73]*. 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 kaum vor *[1369]*. Mucheru et al. (2019b) *[1028]* weisen in einer Übersichtsarbeit auf die Bedeutung der Personalisierung durch maßgeschneiderte Beratung oder Zielsetzung und die regelmäßige Überprüfung der Fortschritte hin. Im Rahmen der niederländischen *LION-Studie*, einer multidimensionalen webbasierten Lebensstilintervention, basiert der individuelle Ansatz auf dem aktuellen Motivationsniveau (engl. Stage of Change) der Teilnehmenden, ihre Ernährung und körperliche Aktivität zu ändern *[1370]*. Allerdings gab es keine signifikanten Unterschiede bei Taillenumfang, BMI und Stoffwechselparametern nach sechs und zwölf Monaten der Intervention *[1371]*.

Im Rahmen einer systematischen Analyse qualitativer Studien mit Hilfe des meta-ethnographischen Ansatzes wurden die Erfahrungen von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung bei der **Initiierung körperlicher Aktivität** systematisch untersucht *[1368]*. Es wurde deutlich, dass auf dem Weg bis zur konkreten Umsetzung körperlicher Aktivität verschiedene lange Phasen durchschritten werden. Ein Verständnis dieses komplexen Prozesses setzt weitere Untersuchungen voraus. Allerdings leiten die Autor:innen ab, dass die Unterstützung körperlicher Aktivität individualisiert ausgerichtet sein muss und dabei die Person als Ganzes und ihr soziales Netz berücksichtigt werden sollten. Die Leistungserbringenden sollten sicherstellen, dass die Unterstützung langfristig angelegt, nicht stigmatisierend ist und sowohl eine physische als auch eine emotionale Unterstützung umfasst. Unterstützend wahrgenommen werde bei den Nutzenden ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit; von erfahrenem Respekt, sowie von Wahlmöglichkeiten und Autonomie. Ebenso scheinen Flexibilität in Bezug auf die Teilnahme, die Terminplanung und das Tempo des Fortschritts für die Aufnahme von körperlicher Aktivität von zentraler Bedeutung zu sein. Eine Umsetzung/Teilnahme muss möglichst kostenfrei sein *[1368]*.

Bezogen auf das **Ernährungsverhalten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** existieren drei Veröffentlichungen zu einer qualitativen Studie, in welcher semi-strukturierte Interviews mit 28 Betroffenen aus Australien, Österreich und Deutschland durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet wurden *[1374][1373][1372]*. Die subjektiven Einstellungen der Teilnehmenden zu ihrem eigenen Ernährungsverhalten fielen sehr unterschiedlich aus – sie reichten von positiven Einschätzungen über die Bedeutung gesunder Ernährung bis hin zu belastenden und konfliktbehafteten Empfindungen. Einige beschrieben, dass eine ausgewogene Ernährung nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch das psychische Wohlbefinden stärken könne. Darüber hinaus werde das eigene Essverhalten auch mit Genuss, Lebensqualität und einem gestärkten Gefühl von Selbstwirksamkeit verbunden. Gleichzeitig berichteten einige Betroffene auch von starken Schuldgefühlen beim Essen, insbesondere in Zusammenhang mit einem erhöhten Körpergewicht und einer damit verbundenen wahrgenommenen Stigmatisierung und Diskriminierung *[1372]*. Die subjektiven Faktoren, welche das Ernährungsverhalten der Betroffenen bestimmen, wurden drei Themenbereichen zugeordnet: (1) Einschränkungen im Alltag, etwa durch Antriebslosigkeit oder fehlende Tagesstruktur, (2) eine gestörte Wahrnehmung körperlicher Hunger- und Sättigungssignale und (3) dem sog. emotionalen Essen als Reaktion auf psychischen Stress oder negative Gefühle *[1374]*. In Bezug auf die derzeitige Versorgungssituation schilderten die Betroffenen aus Österreich und Deutschland, dass sie bisher nur begrenzte Unterstützung bei ernährungs- und gewichtsbezogenen Herausforderungen erhalten hätten. Die hilfreichsten Angebote fanden sie im psychosozialen

Bereich, beispielsweise in Selbsthilfegruppen, der Genesungsbegleitung oder durch psychoedukative Maßnahmen. Gleichzeitig äußerten sie den Wunsch nach stärkerem Einbezug dieser Themen in die psychiatrische Behandlung, insbesondere im Zusammenhang mit medikamentenbedingter Gewichtszunahme. Hier fühlten sie sich von Fachärzt:innen oft nicht ernst genommen oder gar diskriminiert. Auch die bestehenden Angebote durch Ernährungsfachkräfte wurden als nicht ausreichend auf die spezifischen Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen zugeschnitten empfunden *[1373]*.

Bezogen auf eine **Ernährungsumstellung** bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung liegen wenige Untersuchungen zu motivationalen Aspekten vor. In Spanien wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie auf Gemeindeebene untersucht, ob sich durch ein Ernährungsprogramm, basierend auf dem transtheoretischen Phasenmodell der Veränderungen *[1010]*, der Verzehr von Obst und Gemüse und die Motivation, dies zu tun, gegenüber einer Kontrollintervention (drei Informationsveranstaltungen über eine grundlegende gesunde Ernährung) verbessern ließ. Zumindest ließ sich in dieser Studie eine Zunahme der Motivation in der Interventionsgruppe, nicht so in der Kontrollgruppe zeigen (McNemar-Test p = 0,016; p = 0,625). Kein signifikanter Unterschied wurde jedoch bei der Aufnahme von Obst und Gemüse beobachtet *[1375]*; allerdings ließ sich ein Effekt hinsichtlich der Neuauftretensrate des metabolischen Syndroms unter den Teilnehmenden der Interventionsgruppe feststellen *[1376]*.

Ressourcen

Im Rahmen der systematischen Übersichtsarbeit von Verhaeghe et al. (2011) *[1021]* zur Bewertung der **Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Maßnahmen zur Förderung von körperlicher Aktivität sowie zur Veränderung von Ernährungsgewohnheiten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** konnten keine Studien mit gesundheitsökonomischen Daten identifiziert werden, die Aussagen zur Kosteneffektivität der Interventionen erlauben würden. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass sich künftige Forschungsarbeiten im Kontext von gesundheitsfördernden Maßnahmen verstärkt mit ökonomischen Aspekten auseinandersetzen sollten.

Ziel eines Scopingreviews war es, den Umfang der Evidenz an Studien zur Bewertung der Kosteneffizienz von Ernährungsinterventionen bei Menschen mit psychischen Störungen zu untersuchen. Auch hierbei ließen sich **nur begrenzte Belege für die Kostenwirksamkeit von Ernährungsinterventionen** bei Menschen mit psychischen Störungen finden. Hinsichtlich der Einschlusskriterien wurden allerdings keine Einschränkungen hinsichtlich des Alters der Patient:innen, der Art der psychischen Störung oder des Interventionsdesigns vorgenommen. Es wurden 13 Arbeiten mit Ergebnissen über acht Studien eingeschlossen. Bei den Studien handelte es sich um RCTs (k = 5), Cluster-RCTs (k = 2) und Prä-Post-Tests (k = 1). Zu den definierten Diagnosen psychischer Störungen gehörten schwere psychische Erkrankungen (k = 3), Major Depression (k = 2), Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (k = 1) sowie psychische Erkrankungen im Allgemeinen (k = 1) und Bulimia nervosa (k = 1). In zwei der Studien wurden positive Ergebnisse zugunsten der Kostenwirksamkeit beschrieben, in vier der Studien wurden positive und kostenneutrale Ergebnisse berichtet *[1022]*.

Versorgungsalltag: Es muss davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Maßnahmen zur Verhaltensänderung mit dem Ziel der Unterstützung einer gesundheitsfördernden Lebensweise bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Versorgungsalltag in Deutschland bisher nicht systematisch etabliert sind. Allerdings wächst die Aufmerksamkeit und verschiedene Möglichkeiten liegen in der Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze durch verschiedene Professionen in verschiedenen Settings (stationär, ambulant über SGB V, Mobile medizinische Rehabilitation, Assistenzleistung zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (Förderung der Gesundheitskompetenz) nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX)

Rationale

Im Fokus der systematischen Recherche lag die Identifizierung von qualitativ hochwertigen Leitlinien, Metaanalysen und Wirksamkeitsstudien zu multimodalen gesundheitsfördernden Interventionen bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die im Wesentlichen auf die zwei Bereiche Ernährung und Bewegung, ergänzt durch verhaltenstherapeutische Elemente, abzielen. Grundsätzlich stellen die eingeschlossenen Arbeiten und die darin durchgeführten Maßnahmen nicht-medikamentöse Ansätze dar, die auf eine Verhaltensänderung zielen.

Interventionen der Bewegungs- und Sporttherapie für schwer psychisch kranke Menschen ohne einen kombinierten Ansatz werden in einem gesonderten **Evidenzkapitel** dargestellt.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 5 Übersichtsarbeiten *[1030][1026][1031][1032][1021]*
- **NEU:** 3 Übersichtsarbeiten *[1027][1028][1029]*

Zudem werden die Ergebnisse aus angrenzenden Leitlinien berichtet, deren Ergebnisse zunächst einer Orientierung dienen *[365][1377][1310][1378]*.

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Autor:innen der **NICE-Leitlinie „Psychosis and Schizophrenia in Adults" (2014)** unterteilen die gesundheitsfördernden Interventionen in verhaltensbasierte Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung sowie in Aktivitäten zur Raucherentwöhnung und -reduzierung *[365]*. Im Bereich psychosozialer Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung konnten damals insgesamt 15 Untersuchungen mit einem randomisierten kontrollierten Studiendesign zur Überprüfung des therapeutischen Effektes eingeschlossen werden (N[1] = 1.337). Die Qualität der Evidenz wird durch die Autor:innen überwiegend als moderat bis niedrig eingeschätzt. Verhaltensbedingte Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung haben demnach einen statistisch signifikanten Einfluss auf die Reduzierung des BMI (- 2,8 [95 % KI - 3,6 bis - 1,99]; p < 0,00001; k = 14), der auch sechs und 12 Monate nach Beendigung der Untersuchungen nachweisbar blieb. Neben dem Körpergewicht zeigten sich ähnlich positive Effekte nach Studienende hinsichtlich der Lebensqualität (SD = 0,24 [95 % KI: 0,01 bis 0,47]; p = 0,04; k = 6) und der Teilnehmerzufriedenheit (SD = 0,75 [95 % KI: 0,26 bis 1,23], p = 0,002, k = 1). Eine Analyse der Veränderung des Aktivitätslevels der Teilnehmenden zeigte hingegen inkonsistente Ergebnisse *[365]*. Die Empfehlungen der NICE-Leitlinie zur Behandlung von Patient:innen mit einer Schizophrenie umfassen kombinierte Angebote, die auf eine gesunde Ernährung und physische Aktivität zielen.

Ergänzend wurde die Leitlinie zur **„Rehabilitation in adults with complex psychosis and related severe mental health conditions"** betrachtet *[1377]*. Das Autor:innenteam fasste die Fragestellung weiter. In einer systematischen Recherche wurde nach der Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen zur Verbesserung des Engagements von Menschen mit komplexer Psychose und verwandten schweren psychischen Erkrankungen hinsichtlich einer gesunden Lebensweise (Ernährung, Gewicht, körperliche Aktivität, Schlaf, Mundgesundheit, Zugang zu Gesundheitsdiensten, Gesundheitsmonitoring und Raucherentwöhnung) im Rahmen der Rehabilitation gefragt. Es wurden sieben RCTs (N = 1.504) berücksichtigt. Als zentrale Outcomes wurden Abbruchquoten, Anzahl besuchter Sitzungen, das Einhalten von Gesundheitsterminen, die Inanspruchnahme der Notfallversorgung, die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und die Erweiterung des Gesundheitswissens sowie nachhaltige gesunde Verhaltensweisen bestimmt. Im Ergebnis zeigten sich begrenzte Hinweise darauf, dass Menschen in einer Interventionsgruppe (Edukation, Motivation) ein höheres Engagement für eine gesunde Lebensweise und ein größeres Gesundheitswissen aufwiesen als Menschen einer Vergleichsgruppe (herkömmliche Behandlung). Es gab einige Hinweise darauf, dass Menschen in einer Interventionsgruppe (Bewegung, Edukation und Motivation) eine bessere Einstellung zu einer gesunden Lebensweise und einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand aufwiesen als Menschen einer Vergleichsgruppe (herkömmliche Behandlung). Belege aus einer Studie zeigten, dass Menschen, die eine integrierte Intervention zur Primärversorgung und Edukation erhielten, mehr Gesundheitstermine für ärztliche – und Vorsorgeuntersuchungen wahrnahmen als Menschen einer Vergleichsgruppe (herkömmliche Behandlung). Allerdings schätzte das Autor:innenteam die Evidenz als zu gering ein, um hieraus eine Empfehlung für das britische Versorgungssystem abzuleiten. Sie bezogen sich in ihrer Empfehlung u. a. auf andere Leitlinien, v. a. NICE-Leitlinie „Psychosis and Schizophrenia in Adults" *[365]*.

Die Autor:innen einer der älteren **Leitlinien zum „Management of Schizophrenia" (2013) des Scottish Intercollegiate Guidelines Network** *[1310]* stützen sich in ihrer Leitlinie bezüglich der Effektivität gesundheitsfördernder Interventionen auf die systematische Übersichtsarbeit von Alvarez-Jiménez et al. (2008) *[1379]*. In dieser wird der therapeutische Effekt nicht-pharmakologischer Interventionen, speziell bei Antipsychotika-induzierter Gewichtszunahme, untersucht. Zum Einsatz kamen dabei verhaltenstherapeutische Strategien (Gruppen-/Einzelbehandlung), Ernährungsberatung und eine Kombination aus Ansätzen zur Ernährungsveränderung und körperlicher Aktivität. Die Autor:innen schlussfolgerten, dass entsprechende nicht-pharmakologische Interventionen dazu geeignet sind, das Körpergewicht signifikant zu reduzieren (Durchschnittliche Gewichtsabnahme - 2,56 kg [95 % KI: - 3,20 bis - 1,92 kg]; p < 0,001). In der schottischen Leitlinie wird die Durchführung von gesundheitsfördernden Interventionen bei medikamentös induzierter Gewichtszunahme mit einer Empfehlungsstärke A empfohlen *[1310]*.

Auch in neueren internationalen Leitlinien werden Interventionen zur Änderung des Lebensstils empfohlen. Hervorgehoben werden sollen hier die **EPA-Leitlinien** *[1378]*. Die Autor:innen haben sich im Rahmen umfangreicher Recherchen auf nicht-pharmakologische Lebensstilinterventionen mit den Schwerpunkten (1) körperliche Aktivität, (2) Ernährung oder (3) Schlafinterventionen bei schweren psychischen Erkrankungen (adults with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, major depressive disorder or bipolar disorder (with or without cardiovascular comorbidity)); konzentriert. Wobei „körperliche Aktivität" in einem erweiterten Sinn definiert wird und gleichermaßen Interventionen zur Reduzierung von sitzendem Verhalten und zur Steigerung strukturierter körperlicher Aktivität, als auch Bewegungs- oder Sportinterventionen umfassen konnte. Es wurden weiterhin sowohl mono- als auch multimodale Interventionen einbezogen, die Informations- oder kognitiv-verhaltenstherapeutische Komponenten oder beides umfassen konnten. Berücksichtigt wurden systematische Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalysen, die allerdings unterschiedliche Studiendesigns umfassen konnten. Von den insgesamt identifizierten 25 systematischen Übersichtsarbeiten zu Lebensstilinterventionen für Patient:innen mit schwerer psychischer Erkrankung wurden verschiedenen Kombinationen von Bewegungsprogrammen und Ernährungsbezogenen Interventionen einschließlich Information und Beratung sowie psychoedukativen, motivierenden oder kognitiven Verhaltenstechniken untersucht *[1380][1381][1030][1031][1382][1383][1027][1384][1029][1385][1386][1280][1388][1389][1390][1391][1021][1392]*. Zudem wurden spezifische Peer-Ansätze, informelle Unterstützung *[1381][640]*, Social-Media-Ansätze *[1381][1383][1027][1393]* und digitale Interventionen, wie beispielsweise Schrittzähler *[1381][1393][289]*) in den einzelnen Arbeiten evaluiert. Maurus et al. (2024) *[1378]* fassen zusammen, dass solch kombinierte Interventionen (körperliche Aktivität, Ernährung, die Techniken zur Verhaltensänderung) wirksam bei der Verbesserung des Gewichts oder des Body-Mass-Index (BMI) bei Erwachsenen mit schwerer psychischer Erkrankung sein können. Kritisch wird in einigen Übersichtsarbeiten die klinische Relevanz der Ergebnisse bezogen auf das Ausmaß der Gewichtsreduktion gesehen. Erst eine Gewichtsabnahme von mehr als 5 Prozent könne zu einer meßbaren Verringerung gesundheitlicher Komplikationen führen *[1383][1029][1021]*. Multimodale Interventionen können auch zu einer Verringerung bestimmter Aspekte des metabolischen Syndroms, wie z. B. des Nüchternblutzuckerspiegels *[1030][1031][1385]* oder des Triglyceridspiegels *[1030][1031]* führen. Eine größere Konsistenz hinsichtlich der Effekte werde bei einer Interventionsdauer von mehr als 6 Monaten gesehen *[1382][1385]*. Als wirksame Elemente wurden beispielsweise die Regelmäßigkeit des Kontakts und unterstützende Hilfsmittel wie Interventionshandbücher oder Schrittzähler und Aufklärungsmaterialien beschrieben *[1280]*. Moderne digitale Anwendnungen erwiesen sich als handhabbar und effektiv bezogen auf eine Reduktion sitzender Tätigkeit *[289]*. Laut Autor:innen

wurden mehrheitlich somatische Outcome-Parameter untersucht. Ergebnisse zur psychischen Gesundheit wurden weniger konsistent berichtet; die Auswirkungen auf die Lebensqualität lassen sich bisher nicht sicher beurteilen. Sowohl Gruppen- als auch Einzelinterventionen sind umsetzbar *[1390][1029]*. Die Qualität der eingeschlossenen Übersichtsarbeiten ist unterschiedlich zu bewerten. Empfohlen werden Lebensstilinterventionen, die Techniken zur Verhaltensänderung und zur Ernährungsumstellung sowie Ansätze körperlicher Aktivität kombinieren, mit der höchsten Empfehlungsstärke. Diese sollen Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung angeboten werden, um das Gewicht und andere Komponenten des metabolischen Syndroms sowie depressive und Angstsymptome zu reduzieren *[1378]*.

Auch in anderen **internationalen Leitlinien zur Behandlung der Major Depression** wird die Bedeutung von Lebensstilinterventionen als adjunktive Therapie *[999][1395][1394]* betont. Breiter aufgestellt und auf systematischen Recherchen basierend sind auch die Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder der World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) und der Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) Taskforce *[1397]*. Ziele der Leitlinien liegen darin, (a) verschiedene evidenzbasierte Empfehlungen für die Bereitstellung einer auf den Lebensstil ausgerichteten psychischen Gesundheitsversorgung in der klinischen Praxis und (b) eine Reihe von Überlegungen zur Umsetzung in verschiedenen Settings, zur Verfügung zu stellen. Betrachtet wurden verschiedene Lebensstilbereiche: körperliche Aktivität und Bewegung, Raucherentwöhnung, arbeitsbezogene Interventionen, achtsamkeitsbasierte - und Stressbewältigungstherapien, Ernährung, Schlaf, Einsamkeit und soziale Unterstützung sowie Naturbezogene Ansätze. Die Empfehlung zu körperlicher Aktivität und Bewegung (eine der neun Empfehlungen) wurde hier mit der Empfehlungsstärke B verabschiedet. Interventionen im Zusammenhang mit der Ernährung wurden mit einer geringeren Evidenzstärke (Grad 3) empfohlen. Betont wird die Umsetzung durch Fachkräfte verschiedener Gesundheitsfachberufe und die Verknüpfung mit weiteren evidenzbasierten Therapien *[1397]*.

[1] Stichprobenumfang bzw. Anzahl Teilnehmende

Systematische Übersichtsarbeiten

Ein Großteil der Arbeiten zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen wurde innerhalb der letzten 15 Jahre veröffentlicht; es ist von einer **dynamischen Forschungslage** in diesem Bereich auszugehen. Die eingeschlossenen Studien fokussieren nicht-pharmakologische Interventionen zur Förderung von Gewichtsabnahme und Gewichtsmanagement, von gesunder Ernährung, der Verringerung inaktiven Verhaltens und der Steigerung der körperlichen Aktivität. Die Mehrzahl der beschriebenen Maßnahmen zielte während des Studienzeitraumes auf eine direkte Gewichtsabnahme. Seltener waren die Maßnahmen präventiv ausgerichtet. Die Ergebnisauswertungen in den identifizierten Übersichtsarbeiten erfolgten mittels Metaanalysen, wobei überwiegend Studienteilnehmende mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis untersucht wurden. Im Wesentlichen liegt der inhaltliche Fokus der Arbeiten auf der Überprüfung möglicher positiver Effekte auf körperliche und psychische Ergebnisparameter, wie beispielsweise Body-Mass-Index (BMI), Gewicht, Taillenumfang oder der depressiven Symptomatik. Bei der Umsetzung der Interventionen in den einzelnen Studien waren verschiedene Professionen, wie beispielsweise Pflegedienste *[1023]*, Angehörige der Diätetik und Bewegungstherapie *[1024]* und der Ergotherapie *[1025]* beteiligt. Ebenso erfolgte die Förderung gesundheitsfördernden Verhaltens über Peer-Unterstützung *[638]*. Die untersuchten gesundheitsfördernden Interventionen wurden i. d. R. als zusätzliche Behandlungsform im Rahmen einer herkömmlichen Behandlung (engl. Treatment as Usual, TAU) untersucht.

Abweichend von den im Vorfeld definierten Einschlusskriterien zum Studiendesign blieb auch die Arbeit von Fernandez-San et al. (2014) aufgrund ihrer Relevanz eingeschlossen. Diese berücksichtigt neben zwanzig randomisierten kontrollierten Untersuchungen sechs nicht-randomisierte Arbeiten *[1026]*. Alle anderen Übersichtsarbeiten beinhalten ausschließlich Studien mit randomisiertem und kontrolliertem Studiendesign. In den folgenden Ergebnistabellen werden zunächst die Ergebnisse der Studien innerhalb der regulären Studiendauer angezeigt. Weiterführende Auswertungen in Folge von Follow-up-Daten (falls vorhanden) finden im Fließtext Erwähnung. Gründe für die Übernahme älterer Übersichtsarbeiten aus der 2. Auflage der Leitlinie waren insbesondere spezifische Fragestellungen bzw. Subgruppenanalysen.

Ergebnisse

Im Rahmen der Übersichtsarbeit von Pape et al. (2022) *[1027]* ließ sich keine Studie aus Deutschland identifizieren. Die eingeschlossenen Arbeiten (k = 36) stammten aus den USA (k = 10), Italien (k = 4), Australien (k = 3), Großbritannien (k = 3), Brasilien (k = 2), Spanien (k = 2), Südkorea (k = 2), Niederlande (k = 2), Dänemark (k = 2), Schweden (k = 1), China (k = 1), Griechenland (k = 1), Kanada (k = 1), Schottland (k = 1) und Portugal (k = 1). Die Mehrzahl der Interventionen umfasste neben Bewegungs- und/oder Ernährungsinterventionen (Tabelle 72) Psychoedukation, Motivationsgespräche und kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien, wie Selbstbeobachtung, konkrete Zielvereinbarungen, Problemlöseansätze und kognitive Umstrukturierung oder Kompetenztrainings. In der Zusammenschau der Befunde zeigte sich, dass Lebensstilinterventionen bei hoher Heterogenität (I^2 = 68,7 %)[1] keinen signifikanten Effekt auf die Lebensqualität (g = 0,13 [95 % KI: - 0,02 bis 0,27]; p = 0,09; k = 18) [2] hatten (Tabelle 73). Das Autor:innenteam beschrieb einen geringen Effekt auf den Schweregrad der Depression (g = 0,30 [95 % KI: 0,00 bis 0,58]; p = 0,047; I^2 = 65,2 %; k = 9) und einen mäßigen Effekt auf den Schweregrad von Ängsten (g = 0,56 [95 % KI: 0,16 bis 0,95]; p = 0,006; I^2 = 0 %; k = 4). Interventionen mit längerer Dauer (9 bis 12 Monate) wiesen tendenziell eine geringere gepoolte Effektgröße (g = - 0,05; verglichen mit 1 bis 3 Monaten; g = 0,2 und 4 bis 8 Monaten g = 0,37) auf. In einer explorativen Analyse ergab sich, dass **stark strukturierte Interventionen mit hochintensiver körperlicher Aktivität einen großen gepoolten Effekt** (g = 0,92 [95 % KI: 0,31 bis 1,53]; p < 0,05; I^2 = 65,2 %; k = 5) haben. Darüber hinaus erfolgte eine deskriptive Beschreibung der Effekte durch Pape et al. (2022) auf andere Outcomes. Demnach wurden in den eingeschlossenen Studien variierende Effekte auf die körperliche Aktivität (z. B. mehr Minuten wöchentlicher körperlicher Betätigung, weniger Zeit im Sitzen), auf das Ernährungsverhalten (z. B. signifikante Verbesserungen bei der Reduzierung des Fettkonsums, eine Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums, oder der Anwendung der mediterranen Diät), auf das Raucherverhalten und das Konsumverhalten hinsichtlich Alkohols und von Drogen (kaum Effekte), auf verschiedene Aspekte der wahrgenommenen psychischen Gesundheit, der Alltagsfunktionen oder des Selbstwertgefühls untersucht.

[1] Die I^2-Statistik beschreibt den Prozentsatz der Variation zwischen den Studien, der auf Heterogenität und nicht auf Zufall zurückzuführen ist. Wert < 25 % geringe Heterogenität, 25-50 % moderate Heterogenität, > 50 % hohe Heterogenität

[2] Effektstärkemaß Hedges' g: 0,2 geringer Effekt; 0,5 moderater Effekt; 0,8 großer Effekt

Mucheru et al. (2019b) *[1028]* hatten zum Ziel, die **Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen bei Menschen mit psychotischer Erkrankung in gemeindepsychiatrischer Versorgung** zu untersuchen (Tabelle 72) und gleichzeitig, die verschiedenen Ansätze hinsichtlich ihrer Wirksamkeit mittels Netzwerk-Metaanalyse zu ranken, um so wesentliche Elemente herausstellen zu können. 32 RCTs wurden eingeschlossen (k = 20 für die Metaanalysen); die Gesamtqualität dieser Studien wurde als niedrig bis mäßig bewertet. Die Studien zu Lebensstilinterventionen enthielten mit zwei Ausnahmen sowohl eine Ernährungs- als auch eine Bewegungskomponente. Die Vermittlung von Informationen über Ernährung und körperliche Aktivität erfolgte hauptsächlich durch Edukation; einige Interventionen sahen darüber hinaus zusätzliche Ansätze vor, indem beispielsweise „maßgeschneiderte" Informationen gegeben oder individuelle Ziele definiert wurden oder indem eine regelmäßige Überprüfung der Fortschritte erfolgte. Entsprechend wurden Studien, in denen Informationen über Ernährung und/oder über körperliche Aktivität ohne einen individualisierten Ansatz in den einzelnen Komponenten und folglich ohne eine Fortschrittskontrolle, als "unstrukturierte" Intervention identifiziert. Im Gegensatz dazu wurden Studien, die ein individuell zugeschnittenes, personalisiertes Vorgehen verfolgten (in der Komponente Ernährung und/oder der Komponente körperliche Aktivität) verbunden mit einer konsistenten Kontrolle des Fortschritts als eine "strukturierte" Intervention bewertet. Die Ergebnisse der Netzwerk-Metaanalysen zeigten, dass sich lediglich durch Interventionen mit einem strukturierten Ansatz sowohl für die Ernährung als auch für die körperliche Betätigung eine signifikante Verringerung des Gewichts (ES [3] = - 4,12 [95 % KI: - 7,77 bis - 2,76]; p < 0,000; k = 4) und des BMI (ES = - 2,94 [95 % KI: - 1,78 bis - 0,36]; p = 0,003; k = 5) erreichen ließ (Tabelle 73). Bezogen auf beide Ergebnisparameter Gewicht und BMI schien eine alleinige strukturierte körperliche Aktivität ebenfalls einen Effekt zu haben; allerdings waren beide Ergebnisse nicht signifikant. Bezogen auf den Taillenumfang ergab sich der größte Effekt für die unstrukturierten Interventionen (ES = - 2,24 [95 % KI: - 6,90 bis - 0,46]; p = 0,025; k = 3). Hierbei argumentieren die Autor:innen, dass lediglich wenige Studien einbezogen wurden und neben der Edukation keine zusätzlichen Maßnahmen zum Tragen kamen. Das heißt, Lebensstilinterventionen, die sowohl eine strukturierte Ernährungs- als auch eine strukturierte Bewegungskomponente enthielten, führten bei Menschen mit Psychose zu den größten Gewichtsabnahmen um durchschnittlich 4,1 kg und einer Verringerung des BMI um durchschnittlich 2,9 Punkte. Wichtige Interventionsstrategie für beide Komponenten ist neben der Edukation, eine Personalisierung der Intervention durch individuelle Planung, Zielsetzung und eine entsprechende Erfolgskontrolle. Dennoch muss von einer hohen Heterogenität der Interventionen in den betrachteten Studien ausgegangen werden. Enthalten sind beispielsweise auch verhaltenstherapeutische Ansätze, Motivationsgespräche, Psychoedukation, supervidierte Gruppenübungen oder finanzielle Anreize. Vereinzelt enthielten die Interventionen auch erweiterte Ansätze, z. B. zur Behandlungskoordination, zum Diabetes-Management oder zur Raucherentwöhnung. Die Ergebnisse unterstreichen, dass gesundheitsfördernde Interventionen multimodal erfolgen müssen, um einen Effekt zu erreichen *[1028]*.

[3] Berechnet wurde hier die gesamte gewichtete mittlere Differenz bezogen auf Körpergeweicht in kg, BMI in kg/m^2 und Taillenumfang in cm

Das Ziel einer weiteren aktuellen systematischen Übersichtsarbeit von Speyer et al. (2019) *[1029]* war es, den **Nutzen und mögliche Nachteile gesundheitsfördernder Interventionen auf individueller Ebene zur Gewichtsreduktion bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung** zu bewerten und mögliche Moderatoren (*baseline variable*) und Mediatoren (*intratreatment variable*) der Wirkung zu untersuchen. Auf der Basis von 40 RCTs (Tabelle 72, Tabelle 73) ließ sich eine mittlere Differenz des BMI in den Interventionsgruppen um - 0,63 kg/m^2 ([95 % KI = - 1,02 bis - 0,23]; p = 0,002; I^2 = 70,7 %) im Vergleich zu den Kontrollgruppen ableiten. Bei der Nachbeobachtung nach der Intervention (17 RCTs) blieb die Effektgröße ähnlich, war aber nicht mehr signifikant (BMI = - 0,63 kg/m^2 [95 % KI: - 1,30 bis 0,04]; p = 0,07; I^2 = 48,8 %). Das Risikoverhältnis (RR) für einen Gewichtsverlust von ≥ 5 Prozent des Ausgangsgewichts betrug 1,51 ([95 % KI: 1,07 bis 2,13]; p = 0,02) im Vergleich zu den Kontrollgruppen; demnach konnten 27,5 Prozent der Teilnehmenden in den Interventionsgruppen und 18,1 Prozent der Teilnehmenden in den Kontrollgruppen ihr Körpergewicht um mindestens fünf Prozent reduzieren. Die Auswertung sekundärer Parameter verweist auf eine statistisch signifikante Reduktion des Taillenumfanges um 2,1 cm im Vergleich zur Kontrollgruppe ([95% KI: - 2,92 bis - 1,32]; p < 0,001; I^2 = 24,0 %; k = 23) und des Gewichts um 2,2 kg ([95 % KI: - 3,0 bis - 1,4]; p < 0,0001; I^2 = 35,0 %; k = 32). In 37 RCTs wurden Studienabbrüche berichtet. Diese wurden bei 17,2 Prozent der Teilnehmenden in der Interventionsgruppe gegenüber 15,4 Prozent der Teilnehmenden in der Kontrollgruppe dokumentiert (RR = 1,10 [95 % KI: 0,97 bis 1,25]; p = 0,12; I^2 = 0 %). Bezogen auf stationäre Aufenthalte aufgrund somatischer und psychischer Indikation sowie bezogen auf die Mortalität ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den beiden Gruppen. Effekte auf die Lebensqualität waren nicht signifikant (SMD [4] = 0,03 [95 % KI: - 0,11 bis 0,17]; p = 0,66; I^2 = 64,5 %; k = 15) (vgl. Tab. 2). Hinsichtlich möglicher Moderator- und Mediatoreffekte auf den BMI ergaben sich Hinweise auf die Abhängigkeit vom Studienstandort (Asien > USA > Europa, erklärt 37 % der Heterogenität, p = 0,028) und vom Setting (Einzelsetting > Gruppensetting, erklärt 31 % der Heterogenität, p = 0,005) *[1029]*.

[4] SMD standardisierte mittlere Differenz

Neben den **kurz- und langfristigen Auswirkungen von gesundheitsfördernden Interventionen bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis** auf das Körpergewicht und metabolische Parameter, untersuchten Bruins et al. (2014) *[1030]* zudem die Wirkung entsprechender Maßnahmen auf die depressive Symptomatik. Mehrheitlich wurden die Interventionen durch speziell ausgebildetes und geschultes Personal aus den Bereichen Psychologie, Diätetik, Bewegung umgesetzt (Tabelle 72, Tabelle 73). Die Teilnehmenden der Interventionsgruppen erreichten gegenüber den Teilnehmenden der Kontrollgruppen eine stärkere Gewichtsreduktion (ES = - 0,63 [95 % KI: - 0,84 bis - 0,42]; p < 0,00001; k = 24). Bestätigung fand dieser positive Effekt auf das Körpergewicht im Follow-up-Zeitraum (ES = - 0,62 [95 % KI: - 0,93 bis - 0,31]; p < 0,0001; k = 7; Follow-up-Dauer 2 bis 6 Monate). Der gemessene Langzeiteffekt war bei Präventionsstudien deutlich ausgeprägter. Im Zusammenhang mit weiteren Outcomes, zeigten die untersuchten Interventionen ähnlich positive Wirkungen. So konnten der Taillenumfang (ES = - 0,37 [95 % KI: - 0,60 bis - 0,13]; p = 0,002; I^2 = 56 %; k = 10), der Insulinspiegel (ES = - 0,28 [95 % KI: - 0,56 bis - 0.01]; p = 0,04; I^2 = 52 %; k = 6), der Blutzuckerspiegel (ES = - 0,24 [95 % KI: - 0,32 bis - 0,10]; p = 0,001, I^2 = 0 %; k = 8) und der Triglyzeridspiegel (ES = - 0,27 [95 % KI: - 0,49 bis - 0,04]; p = 0,02; I^2 = 51 %; k = 8), sowie die depressive Symptomatik (ES = - 0,95 [95 % KI: - 1,90 bis - 0,00]; p = 0,05; I^2 = 93 %; k = 4) statistisch signifikant verringert werden. Die Wirkung auf die genannten metabolischen Indikatoren fiel jedoch weniger stark aus (nicht statistisch signifikant), wenn ausschließlich Studien mit hoher methodischer Qualität (k = 3) berücksichtigt wurden. Im Hinblick auf Blutdruck (systolischer/diastolischer Wert) und Cholesterinspiegel zeigte sich gegenüber der Kontrollgruppe kein überlegener Effekt[5].

[5] Anmerkung: Die Resultate für die kardiometabolischen Outcomes beziehen sich nur auf die reguläre Studiendauer. Ergebnisse auf Grundlage von Follow-Up-Daten werden nicht erwähnt.

Fernández-San-Martín et al.(2014) *[1026]* untersuchten in ihrer Arbeit den **Einfluss von gesundheitsfördernden Interventionen auf die Verringerung des kardiovaskulären Risikos bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen**. Insbesondere wurde die Wirkung auf die Parameter Gewicht, BMI und Taillenumfang sowie auf biochemische Zielgrößen gemessen. Der BMI konnte gegenüber der Kontrolloption während des regulären Untersuchungszeitraumes und ebenso in allen Phasen des Follow-up, nach drei Monaten (WMD = - 1,16 kg/m^2 [95 % KI: - 1,72 bis - 0,58]; p = 0,000; k = 15), sechs Monaten (WMD = - 1,42 kg/m^2 [95 % KI: - 1,83 bis - 1,00]; p = 0,0158; k = 6) und zwölf Monaten (WMD = - 2,03 kg/m^2 [95 % KI: - 3,01 bis - 1,05]; p = 0,000; k = 4) statistisch signifikant gesenkt werden. Selbiges konnte für den Taillenumfang erreicht werden. Parallel sanken die Werte für den Glukose- (Ausnahme nach 6 Monaten), Cholesterin- und Triglyzeridspiegel in der Interventionsgruppe über den gesamten Beobachtungszeitraum (inklusive Follow-up) ab. In Bezug auf das Körpergewicht war die Stärke des Effektes nach drei Monaten am deutlichsten ausgeprägt und statistisch signifikant. Im weiteren Verlauf (nach 6 bzw. 12 Monaten) verringerte bzw. stabilisierte sich die Gewichtsabnahme bei den Teilnehmenden in den Interventionsgruppen (Tabelle 72, Tabelle 73)[6].

[6] Sechs von 26 eingeschlossen Arbeiten haben ein nicht-randomisiertes Studiendesign.

Eine sehr ähnliche Zielstellung verfolgten die Autor:innen um Caemmerer et al. (2012) *[1031]* in einer älteren systematischen Übersichtsarbeit zur **Wirkung nicht-pharmakologischer Maßnahmen bei Gewichtszunahme durch antipsychotische Medikation**. Zur Evaluation der entsprechenden Interventionen wurde das Augenmerk durch die Autor:innen auf wesentliche primäre Zielgrößen (Gewicht, BMI) gerichtet. Darüber hinaus fanden metabolische Kenngrößen Berücksichtigung. Die gepoolten Daten der Teilnehmenden der Interventionsgruppen verzeichneten gegenüber den Kontrollen eine Gewichtsabnahme von - 3,12 kg ([95 % KI: - 4,03 bis - 2,21]; p < 0,0001) sowie eine Reduzierung des BMI um - 0,94 kg/m^2 ([95 % KI: - 1,45 bis - 0,43]; p = 0,0003) (Tabelle 72, Tabelle 73). Allerdings konnten die Effekte anhand von Follow-up-Daten von fünf Studien (Dauer des Follow-up zwischen 2 und 12 Monaten) nicht in dieser Stärke bestätigt werden. Rein statistisch betrachtet verzeichneten die Teilnehmenden der Interventionsgruppen nach 3,6 Monaten die größte Gewichtsabnahme. Im weiteren zeitlichen Verlauf büßten die Maßnahmen an Wirkungsstärke ein. Die analysierten Folgedaten der Teilnehmenden der Interventionsgruppe zum BMI zeigten von vornherein keine Wirkung gegenüber der Kontrolloption. Für die sekundären Outcomes, wie beispielsweise den Blutzucker-, Insulin-, Cholesterin- und Triglyzeridspiegel sowie den Körperfettanteil und Hüftumfang, konnten innerhalb der beobachteten Untersuchungszeiträume (ohne Follow-up-Daten) positive Effekte gegenüber den Kontrollgruppen erzielt werden. Schließlich wurde im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse dargestellt, dass die benannten Effekte in einem ambulanten Setting stärker ausfielen als einem stationären.

Gesundheitsfördernde Maßnahmen, die in erster Linie zur **Gewichtsreduzierung und -kontrolle bei Patient:innen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis** Anwendung fanden, untersuchten Bonfioli et al. (2012) *[1032]*. Die wesentliche Zielkomponente stellte in diesem Zusammenhang das Gewicht dar. Dieses konnte bis zum Studienende im Vergleich deutlicher bei den Teilnehmenden in den Interventionsgruppen reduziert werden (BMI = - 0,98 kg/m^2 [95 % KI: - 1,31 kg/m^2 bis - 0,65 kg/m^2]; p < 0,00001). Eine Subgruppenanalyse zeigte weiterhin, dass Programme mit präventiver Ausrichtung sowie einem psychoedukativen Einzeltherapieansatz mit inhaltlicher Fokussierung auf Ernährung und/ oder Sport, die größte Wirkung bezüglich der Gewichtsabnahme erzielte. Keinen Einfluss auf die Größe des Gewichtsverlustes hatte die Länge der Erkrankung (Erst-Episoden vs. chronische Verläufe). Für beide Gruppen konnte ein ähnlicher Effekt eruiert werden (Tabelle 72, Tabelle 73).

In einer Aktualisierungsrecherche wurde eine Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Lebensstilinterventionen auf die psychische und physische Gesundheit, die sich an **Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung in betreuten Wohneinrichtungen** (Supported Housing Facilities) richteten *[1033]* identifiziert. Neun RCTs (N = 1.269) wurden eingeschlossen. Verbesserungen wurden messbar bezogen auf das Gewicht (k = 3), den BMI (k = 1), den 6-Minuten-Gehtest (k = 1) und metabolische Kennwerte (k = 2). Die Autor:innen untersuchten zudem mögliche Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung; hierbei spielte ein multidisziplinärer Ansatz und die Integration der Intervention in die Standardversorgung eine bedeutsame Rolle. Die Primärstudien sind bereits in anderen Metaanalysen inkludiert.

Tabelle 72: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen

Autor:in **Jahr**	**Anzahl eingeschlossener Studien**	**Patient:innen** • **Diagnose** • **Alter, in Jahren** • **Æ BMI** • **Anzahl (min; max)** • **Setting**	**Intervention** • **Art der Interventionen** • **Dauer** • **Häufigkeit pro Woche** • **Einzel-/Gruppentherapie** • **Ausrichtung der Intervention**	**Kontrollintervention**	**Dauer des Follow-up**
NEU **Pape et al. 2022** *[1027]*	36 RCTs[1]	• Schwere psychische Erkrankungen (aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare Störungen, schwere Persönlichkeits-störungen, depressive Erkrankungen) • 31 bis 60 Jahre (Ø-Spannweite)	• Kombinierte Intervention aus körperlicher Aktivität und Ernährung (k = 28), ausschließlich Trainingsintervention (k = 7), ausschließlich Ernährungsintervention (k = 1) • 5 Wochen bis 12 Monate	Eher inaktive bis leicht aktive Ausrichtung; Herkömmliche Therapie (k = 18), Warteliste (k = 3), Kräftigung (k = 3), Fitnessstudio-Mitgliedschaft und	3 bis 24 Monate

		• k. A. • N = 5.907 (13, 814) • Ambulant (k = 31), stationär (k = 4), beides (k = 1)	• k. A. • Gruppentherapie (k = 20), Einzeltherapie (k = 7), Kombination aus beiden (k = 9) • Überwiegend Gewichtsreduzierung	Beratung (k = 2), sonstige (k = 10)	
NEU **Mucheru et al. 2019** *[1028]*	32 RCTs[2]	• Patient:innen mit psychotischen Erkrankungen (überwiegend Schizophrenie, schizoaffektive Störungen oder bipolare Störungen) • k. A. • k. A. • N = 3.671 (1, 428) • Ambulant	• Nicht strukturierte Diät bzw. körperliche Aktivitäten (k = 9), strukturierte Diät bzw. körperliche Aktivitäten (k = 9), strukturierte Diät und nicht strukturierte körperliche Aktivitäten (k = 3), nicht strukturierte Diät und strukturierte körperliche Aktivitäten (k = 5), strukturierte körperliche Aktivitäten (k = 2), andere (k = 2) • 5 Wochen bis 24 Monate • k. A. • überwiegend Gewichts-reduzierung	Herkömmliche Therapie (k = 17), kurze Ernährungsberatung oder Informationen zu Sport, Ernährung, Gesundheit oder Diabetes (k = 10), andere (k = 5)	3 bis 24 Monate
NEU **Speyer et al. 2019** *[1029]*	41 RCTs[3]	• Schwere psychische Erkrankung (73 % Schizophrenie, 20 % Bipolare Erkrankungen, 4 % Depression) • MW = 39,1 (SD = 18,2) • Æ 32,7 kg/m^2 (IG), 32,2 kg/m^2 (KG) • N = 4.267 (10, 412) • Ambulant (k = 36), stationär (k = 2), beides (k = 3)	• Maßnahme zur Gewichts-reduktion durch sportliche Aktivität oder Ernährungs-beratung/Diät oder beides auf individueller Ebene • 8 bis 52 Wochen • k. A. • k. A. • Gewichtsreduzierung (k = 27), Prävention (k = 8), beides (k = 4) k. A. (k = 2)	Herkömmliche Therapie (k = 19), Informationen/News-letter zu Sport, Ernährung, Gesundheit (k = 9), Warteliste (k = 1), Ergotherapie (k = 1), Fitnessstudio-Mitgliedschaft (k = 2), niedrigschwellige Kontaktangebote und wöchentliches Wiegen (k = 6) sonstige (k = 3)	8 bis 84 Wochen
Bruins et al. 2014 *[1030]*	25 RCTs[4] Wenige der RCTs enthalten ausschließlich Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität bzw. Studienteilnehmende unter N = 20	• Schwere psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • Æ 26,1 bis 54,1 kg/m^2 • k. A. • N = 1.518 (14, 291) • Ambulant (k = 12), stationär (k = 3), keine Angabe (k = 6), sonstige (k = 4)	• Kombination aus Ernährung, Beratung, KVT und/oder sportlicher Aktivität (k = 23), rein sportliche Maßnahmen (k = 2) • 6 bis 24 Wochen • Große Varianz: 2x wöchentlich bis 2x monatlich • Gruppentherapie (k = 10), Einzeltherapie (k = 5), Kombination aus Gruppen- und Einzeltherapie (k = 5), k. A. (k = 5) • Gewichtsreduzierung (k = 16), Prävention (k = 8), k. A. (k = 1)	• Herkömmliche Therapie (k = 15), herkömmliche Therapie + zusätzliche Informationen (k = 4), Warteliste (k = 2), Beschäftigungs-therapie/ körperliche Aktivität (k = 2), sonstige (k = 2)	8 bis 24 Wochen
Fernandez-San et al. 2014 *[1026]*	20 RCTs[5]	• Schwere psychische Erkrankungen, überwiegend aus dem schizophrenen Formenkreis • Überwiegend 18 bis 65 Jahre	• Überwiegend Kombination aus sportlicher Aktivität und Ernährungsberatung/Diät, seltener ausschließlich Sport/ Ernährung	• Überwiegend herkömmliche Therapie	12 bis 104 Wochen

		• k. A. • N = 1.495 (8, 337) • Ambulant (k = 19), stationär (k = 4), andere (k = 3)	• k. A. • k. A. • Sowohl Gruppen- als auch Einzeltherapien • k. A.		
Caemmerer et al. 2012 *[1031]*	18 RCTs[6]	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (52,2 %), uni-/bipolare Störungen (5,7 %) • Æ 38,1 Jahre (IG), Æ 37,2 Jahre (KG) • Æ 29,6 kg/m^2 (IG), Æ 28,5 kg/m^2 (KG) • N = 810 (10, 110) • Ambulant (k = 12), stationär (k = 3), Mix (k = 2)	• Ernährungsmaßnahmen- und/ oder sportliche Aktivitäten (k = 10), KVT (k = 7) • 8 bis 72 Wochen • k. A. • Gruppentherapie (k = 12), Einzeltherapie (k = 5), • Gewichtsreduzierung (k = 11), präventiv (k = 6),	• Überwiegend herkömmliche Therapie	• 8 bis 52 Wochen
Bonfioli et al. 2012 *[1032]*	13 RCTs[7]	• Schizophrenien und anderen schweren Erkrankungen (z. B. bipolare Störungen) • 18 bis 65 Jahre • 30 bis 39 (k = 5), < 25 (k = 4), 25 bis 29 (k = 3), k. A. (k = 1) • N = 626 (17, 72) • Ambulant (k = 11), stationär (k = 1), betreutes Wohnen (k = 1)	• Psychoedukative Ansätze (k = 8) oder KVT (k = 5) zum Teil in Kombination mit Diät und Sport • 8 bis 52 Wochen • k. A. • Gruppentherapie (k = 9), Einzeltherapie (k = 1) • k. A.	• Herkömmliche Therapie mit zum Teil kurzen Hinweisen zur Ernährung	• 8 bis 12 Wochen

Erläuterungen: * Ausschließlich Maßnahmen zur Förderung körperlicher Aktivität, ** Studienteilnehmende gesamt < 20, KVT Kognitive Verhaltenstherapie, k. A. Keine Angaben, IG Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe, VT Verhaltenstherapie

[1] Attux (2013), Baker (2015), Bartels (2013), Bartels (2015), Battaglia (2013), Bersani (2017), Bonfioli (2018), Brar (2005), Brown & Chan (2006), Erickson (2006), Evans (2005), Fernandez Guijarro (2019), Forsberg (2010), Gaughran (2017), Goldberg (2013), Ho (2016), Holt (2019), Jakobsen (2017), Kaltsatou (2015), Kwon (2006), Looijmans (2019), Marzolini (2009), Masa-Font (2015), Mauri (2008), McCreadie (2005), McKibbin (2006), Mota-Pereira (2006), Muralidharan (2020), Ryu (2020), Silva (2015), Skirnar (2005), Speyer (2016), Stiekema (2018), Sylvia (2019), Usher (2013), Yarborough (2016)

[2] Attux (2013), Battaglia (2013), Brar (2005), Daumit (2013), Erickson (2016), Erickson (2017), Evans (2005), Font (2015), Forsberg (2008), Frank (2015), Gaughran (2017), Goldberg (2013), Green (2015), Greil (2011), Jean-Baptiste (2007), Khazaal (2013), Kilbourne (2017), Kwon (2006), Masa Font (2015), McKibbin (2006), McKibbin (2010), Methapatara und Srisurapanont (2011), Mauri (2008), Milano (2007), Ratliff (2015), Scheewe (2011), Scocco (2006), Skrinar (2005), Speyer (2013), Usher (2013), Verhaege (2013), Weber und Wyne (2006)

[3] Alvarez-Jiménez (2006), Attux (2013), Bartels (2013), Bartels (2015), Battaglia (2013), Beebe (2010), Brar (2015), Cordes (2014), Daumit (2013), Evans (2005), Forsberg (2008), Gaughran (2017), Gillhoff (2010), Goldberg (2013), Green (2015), Holt (2019), Iglesias-García (2010), Kilbourne (2013)

Kilbourne (2017), Kwon (2006), Masa-Font (2015), Methapatara (2011), Khazaal (2007), Kilbourne (2012), Marzolini (2009), Mauri (2008), Milano (2007), Lee (2014), Littrell (2003), Lovell (2014), McKibbin (2006), Osborn (2010), Ratliff (2012), Scheewe (2013), Scocco (2006), Skrinar (2005), Speyer (2016), Usher (2013), Weber (2006), Wu (2007), Wu (2008)

[4] Littrell 2003, Skrinar 2005, Scocco 2005, Brar 2005, Evans 2005, Brown 2006, Weber 2006, Alvarez-Jimenez 2006, Kwon 2006, McKibbin 2006, Khazaal 2007, Milano 2007, Jean Baptiste 2007, Wu 2007, Poulin 2007, Wu 2008, Forsberg 2008, Mauri 2008, Brown 2009, Iglesias Garcia 2010, Methapatara 2011, Brown 2011, Daumitt 2013, Attux 2013, Scheewe 2013

[5] Ball 2001, Littrell 2003, Brar 2005, Evans 2005, McCreadie 2005, Skrinar 2005, Beebe 2005, McKibbin 2006, Alvarez-Jimenez 2006, Kwon 2006, Scocco 2006, Weber 2006, Poulin 2007, Wu 2007, Jean-Baptiste 2007, Forsberg 2008, Wu 2008, Marzolini 2009, Iglesias Garcia 2010, McKibbin 2010, 6 kontrollierte nicht randomisierte Studien: May 1985, Vreeland 2003, Menza 2004, Melamed 2008, Blouin 2009, Porsdal 2010

[6] Littrell 2003, Beebe 2005, Brar 2005, Evans 2005, Skrinar 2005, Scocco 2006, Weber 2006, Kwon 2006, McKibbin 2006, Alvarez-Jimenez 2006, Khazaal 2007, Poulin 2007, Wu 2007, Mauri 2008, Melamed 2008, Wu 2008, Alvarez-Jimenez 2010 (follow-up), Cordes 2014 (in Druck während Review)

[7] Littrell 2003, Brar 2005, Evans 2005, Kwon 2006, Alvarez-Jimenez 2006, McKibbin 2006, Weber 2006, Khazaal 2007, Milano 2007, Wu 2007, Mauri 2008, Forsberg 2008, Brown 2009

Tabelle 73: Effekte von gesundheitsfördernden Interventionen aus aggregierter Evidenz

	Pape et al. 2022 *[1027]* **NEU**	**Speyer et al. 2019** *[1029]* **NEU**	**Fernandez-San et al. 2014** *[1026]*	**Bruins et al. 2014** *[1030]*	**Caemmerer et al. 2012** *[1031]*	**Bonfioli et al. 2012** *[1032]*
Physiologische Outcomes						
Gewicht		++	++	++	++	++
Gewichtsreduktion ≥ 5 %		++				
BMI		++	++		++	
Taillenumfang		++	++	++	++	
Körperfettanteil					++	
Blutdruck				~	~	
Cholesterinspiegel			++	~	++	
Triglyzeridspiegel			++	++	++	
Blutzuckerspiegel			++	++	++	
Insulinspiegel				++	++	
Merkmale klinischer Recovery						
Depressionsschwere	++			++		
Ängstliches Erleben	++					
Merkmale funktionaler & persönlicher Recovery						
Lebensqualität	~	~				
Behandlungsassoziierte Outcomes						
Abbruchraten		~			~	

	Mucheru et al. 2019 *[1028]* **NEU**				
Strukturierungsgrad der Interventionen	**Nicht-strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität**	**Strukturierte Ansätze Ernährung und körperliche Aktivität**	**Strukturierter Ansatz Ernährung und nicht-strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität**	**strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität und nicht-strukturierter Ansatz Ernährung**	**strukturierter Ansatz körperlicher Aktivität**
Physiologische Outcomes					
Gewicht	~	++	~	~	
BMI	~	++		~	~
Taillenumfang	++			~	

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; - Nachteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe

Zusammenfassende Bewertung

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz lassen sich einheitliche Hinweise ableiten, dass die untersuchten Interventionen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen **positiven Beitrag zur Reduzierung des Body-Mass-Index sowie zur allgemeinen Gewichtsabnahme** leisten

können. Die häufig durch Psychopharmaka und einen inaktiven Lebensstil geförderte Gewichtszunahme konnte in den vorliegenden Metaanalysen in einem geringen Maße, aber dennoch signifikant im statistischen Sinne reduziert werden *[1029] [1026][1030][1031][1032][1028]*. Die Befunde lassen sich durch weitere Metanalysen bestätigen, die hier nicht aufgenommen wurden, da sie auf einen vergleichbaren Pool von Primärstudien zurückgreifen und keine zusätzlichen Fragestellungen aufgreifen *[1381][1382]*. Teasdale et al. (2017) konnten ebenfalls positive Effekte durch ernährungsbezogene Interventionen bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung auf die Gewichtsreduktion, den BMI und den Taillenumfang finden. Allerdings lag der Schwerpunkt hier auf der Komponente „gesunde Ernährung" *[1398]*.

Die durchschnittliche Gewichtsreduktion betrug zum Interventionsende bis zu 4,1 kg *[1028]*; die Reduktion des BMI bis zu 2,9 kg/m^2 *[1028]*. Der Hüftumfang konnte um bis zu 3,6 cm reduziert werden *[1031]*. Speyer et al. (2019) *[1029]* wiesen explizit darauf hin, dass sich trotz einer umfänglichen Studienanzahl – sowohl für die primären als auch für die sekundären Endpunkte – Ergebnisse mit einer begrenzten klinischen Relevanz ableiten ließen. So ist davon auszugehen, dass eine mittlere Verringerung des BMI um 0,63 kg/m^2 das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wahrscheinlich nicht wesentlich reduzieren wird. Allerdings wird mit Hilfe der Intervention eine Gruppe von Menschen erreicht, welche ihr **Körpergewicht um mindestens 5 % des Ausgangsgewichts senken** konnten; demnach konnten 27,5 Prozent der Teilnehmenden in den Interventionsgruppen gegenüber 18,1 Prozent der Teilnehmenden in den Kontrollgruppen ihr Körpergewicht um mindestens fünf Prozent reduzieren *[1029]*.

Parallel ergab sich auch für die **metabolischen Outcomes**, wie beispielsweise den Cholesterin-, Triglyzerid- und den Blutzuckerspiegel, eine positive (senkende) Wirkung *[1026][1031][1030]*, wenngleich Follow-up-Daten zur Beurteilung der Nachhaltigkeit der Veränderungen kaum vorhanden sind. Die Verbesserung der metabolischen Indikatoren hat vor allem klinische Relevanz im Hinblick auf die Entwicklung von koronaren Gefäßerkrankungen. Kein signifikanter Effekt konnte bisher auf den Blutdruck aufgezeigt werden *[1030]*. Erfasst wurden eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik *[1030][1027]* und des ängstlichen Erlebens *[1027]*. In den vorliegenden Analysen ließ sich kein Effekt auf die Lebensqualität feststellen *[1027][1029]*. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Abbruchraten in beiden Gruppen (*[1031][1029]*.

Effekte auf die Gewichtsreduktion ließen sich auch in **Follow-up-Untersuchungen**, nach 2 bis 6 Monaten *[1030]*, sowie nach 3 bis 12 Monaten *[1026]* nachweisen. Möglicherweise ist der stärkste Effekt nach circa 3 Monaten nachweisbar, wohingegen sich im weiteren Verlauf eine gewisse Stabilisierung einstelle *[1026][1031]*.

Der Effekt auf gewichtsbezogene Outcomes scheint mit einer **hohen Strukturierung der Intervention** größer, wobei sowohl die Bewegungs- als auch die Ernährungskomponente individualisiert zugeschnitten und die Fortschritte an eine regelmäßige Erfolgskontrolle gebunden sein sollten *[1028]*. Mit gezielten Ernährungs- und Bewegungs-bezogenen Ansätzen lässt sich eine höhere Gewichtsreduzierung gegenüber rein verhaltenstherapeutischen Maßnahmen erzielen *[1032]*.

Möglicherweise sind die Effekte stärker bei einer **präventiven Ausrichtung der Intervention** (*[1030][1398]* und in einem ambulanten Setting gegenüber einem stationären Setting *[1031]*. Allerdings sind die Befunde nicht konsistent. Die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Interventionen in gemeindepsychiatrischen Versorgungszusammenhängen wurde an anderer Stelle nachgewiesen *[1028]*. Hinweise lassen sich auch darauf finden, dass Effekte größer sind, wenn die Interventionen durch Fachkräfte aus dem Bereich der Lebenstilinterventionen durchgeführt werden *[1398]*.

Die **Studienqualität** der Primärstudien ist als mäßig bis gering einzuschätzen. Eine bessere Berichterstattung ist erforderlich *[1399]*. Entsprechende Methoden- und Berichtsleitlinien wurden bereits erstellt und veröffentlicht *[1400]*.

Berücksichtigt wurden hier multimodale Interventionen. Auf eine **Umstellung der Ernährung** fokussierte Interventionen wurden hier nicht explizit berücksichtigt, liegen aber zunehmend auch für die Population schwer psychisch kranker Menschen vor *[1401][1398]*.

Zukünftig könnte die **Nutzung digitaler Medien** (siehe Evidenzkapitel **Digital gestützte Interventionen)** zur Förderung von körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung auch in der Veränderung des gesundheitsbezogenen Lebensstils von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eine Rolle spielen. Bis 2020 wurden 2 Studien zur Zielgruppe mit sehr kleinen Stichproben (N = 13, N = 32) aus den USA *[1402][1403]* identifiziert *[1393]*.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 41 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung: Prävention & Behandlung somatischer Komorbidität**
Empfehlungsgrad **EK**	Die Prävention und Behandlung der somatischen Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordern ein integriertes, koordiniertes Handeln aller Beteiligten.
Konsensstärke	**Konsens (91 %)**

Rationale

Obwohl in der vorliegenden Leitlinie **verhaltenspräventive Interventionen** zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität fokussiert werden, muss darauf hingewiesen werden, dass diese nicht ausreichend sind, um somatischer Komorbidität und Mortalität ausreichend wirksam zu begegnen sowie Gesundheit und Wohlergehen im Allgemeinen zu unterstützen. Aus Betroffenensicht werden in bestehenden Leitlinien die

verschiedenen Facetten medikamentös induzierter Gewichtszunahmen und mögliche gegensteuernde Maßnahmen nicht ausreichend dargestellt. Bestehende Leitlinien seien zu stark vereinfacht und wenig spezifisch, um die individuellen Besonderheiten abzubilden. Der Fokus allein auf Ernährungs- und Lebensstilinterventionen belasse die Verantwortung für das Gewichtsmanagement vor allem bei dem Einzelnen und befördere möglicherweise Vorurteile bei den Fachkräften gegenüber Gewichtszunahmen unter medikamentöser Behandlung *[1418]*.

Es wird vielfach diskutiert, dass größere Erfolge nur durch die **Einbettung von Lebensstilinterventionen in ein gezieltes und umfassendes Management von Risikofaktoren** bzw. durch eine **integrierte Versorgung psychischer als auch chronischer körperlicher Erkrankungen** erreicht werden können *[1029][1419][1420]*. Dalcin et al. haben beispielsweise eine vielversprechende und umfassende Intervention zur Risikoreduktion entwickelt, die Gesundheitsverhaltenscoaching und Pflegekoordination/Pflegemanagement umfasst, um allen mit kardiovaskulären Erkrankungen verbundenen Risikofaktoren bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zu begegnen *[1421][1422]*. Spezifische Ansätze, eine Verbesserung des Gesundheitsmanagements zu erzielen, wurden auch an anderer Stelle untersucht *[1423]*. In Australien erarbeitete eine Gruppe aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems im Rahmen eines Konsens-bildenden Workshops eine Reihe von gemeinsamen Maßnahmen und Prozessen zur Verbesserung der körperlichen Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und verpflichteten sich zu deren Umsetzung. Von Bedeutung sei eine zugängliche, kontinuierliche, ganzheitliche, verbraucherorientierte und auf Genesung ausgerichtete Versorgung *[1424]*.

Firth et al. (2019) *[1420]* empfehlen **Modelle der kollaborativen Versorgung** als wirksame Ansätze in der Behandlung psychischer und chronischer körperlicher Erkrankungen, die gleichzeitig darauf zielen, die Behandlungsergebnisse und die Kosten zu senken. Hierbei ist die Beteiligung von verschiedenen Fachkräften und eine Zusammenarbeit von Primär- und Sekundärversorgung von großer Relevanz. Allerdings gilt die Evidenz für die Zielgruppe der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bisher als widersprüchlich. Eine aktuelle Übersicht zur Wirksamkeit von Ansätzen der kooperativen Versorgung im Vergleich zur Standardversorgung (oder anderen nicht kooperativen Versorgungsmaßnahmen) für Menschen mit der Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung erbrachte ebenso wenig belastbare Befunde *[1425]*.

In Deutschland wird derzeit im Rahmen der **PSY-KOMO-Studie** (multizentrische nicht-randomisierte Längsschnittstudie mit externer Kontrollgruppe) die Wirksamkeit regionaler interdisziplinärer, multiprofessioneller Netzwerke aus Gesundheitsbegleiter:innen, Psychiater:innen und Psycholog:innen, Hausärzt:innen / Fachärzt:innen sowie medizinischen Fachangestellten untersucht; hinzu kommen Professionelle aus der sozialen Arbeit, aus sozialpsychiatrischen Diensten, aus Beratungsstellen, Gesundheitsämtern, Wohlfahrtsverbänden und der ambulanten Pflege. Den Betroffenen soll ermöglicht werden, die Regelversorgung optimal in Anspruch zu nehmen (DRKS-ID der Studie: DRKS00030200).

12.2 Evidenzkapitel Bewegungs- und Sportinterventionen

Der Einsatz körper- und bewegungsbezogener Maßnahmen zur Vorbeugung und Heilung von Krankheiten hat eine **lange Tradition**, die bis in die vorchristliche Zeit zurückgeht. Neben den körperlichen Wirkungen werden dabei seit jeher – entsprechend der Vorstellung eines Zusammenhanges zwischen einem gesunden Körper und einem gesunden Geist – auch psychische Veränderungen postuliert *[1040]*. Für den Bereich der psychischen Erkrankungen ist die Anwendung von Maßnahmen der Bewegungsförderung bereits seit der Antike bekannt. Seit Jahrzehnten gehört in Deutschland ein weites Spektrum unterschiedlicher Bewegungs- und Sporttherapien zur ambulanten und stationären Standardbehandlung bei vielen psychischen Erkrankungen *[832] [1041]*.

In Anlehnung an eine Definition des Deutschen Verbands für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) soll Sport-/Bewegungstherapie in dieser Leitlinie als **"therapeutische Form der Bewegungsförderung, deren Grundlage in der Regel eine ärztliche Diagnose darstellt" verstanden werden. "Diese Interventionen werden von dazu qualifizierten Therapeut:innen konzipiert und durchgeführt. Sie orientieren sich in Art und Umfang an dieser Diagnose, der vorliegenden Evidenz und den personbezogenen Faktoren des/der Patient:innen. Die Sport-/Bewegungstherapie beruht auf strukturierten körperlichen Aktivitäten auf der Basis trainingswissenschaftlicher und pädagogischer Prinzipien und zielt darauf ab, Gesundheitsprobleme auf biologischer, psychischer und sozialer Ebenen zu behandeln, Ressourcen zu verbessern und damit zu einem nachhaltigen aktiven Lebensstil zu befähigen.** (Definition vom Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS), Definition)

Die **Bewegungs- und Sporttherapie bei psychischen Störungen** hat mehrere Wurzeln und aufgrund dessen auch unterschiedliche Schwerpunkte sowie eine große Spannbreite. Sie bezieht ihre Impulse aus der traditionellen Krankengymnastik, der Körperbildung, der Rhythmik und Bewegungskunst, der Leibphänomenologie, der anthropologischen Psychiatrie, der Psychotherapie und nicht zuletzt aus den Sportwissenschaften *[1042]*. Zur groben Orientierung lässt sich die Bandbreite der Verfahren nach Hölter (1993a) *[1043]* auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen Physiotherapie und Psychotherapie darstellen (Abbildung 5). 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 Heil- und Krankengymnastik 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 Konzentrative 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.

Die grobe **Systematisierung** in somatisch-funktionell, psychotherapeutisch und edukativ-psychosozial ausgerichtete Verfahren soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass in der praktischen Anwendung eindeutige Abgrenzungen oft schwierig sind. Dies liegt daran, dass trotz einer bestimmten Schwerpunktsetzung bewegungstherapeutische Ansätze in ihrer Verfahrens- und Wirkungsweise mehrdimensional sind *[1426]*. So ist zum Beispiel unbestritten, dass der Sporttherapie mehrere und durchaus auch psychosoziale Dimensionen zugrunde liegen*[1044][112][1045]*. Der fachliche Hintergrund der behandelnden Person entscheidet stark darüber, inwieweit und wie flexibel die Bewegungstherapie gezielt verschiedene therapeutische Dimensionen ansprechen kann.

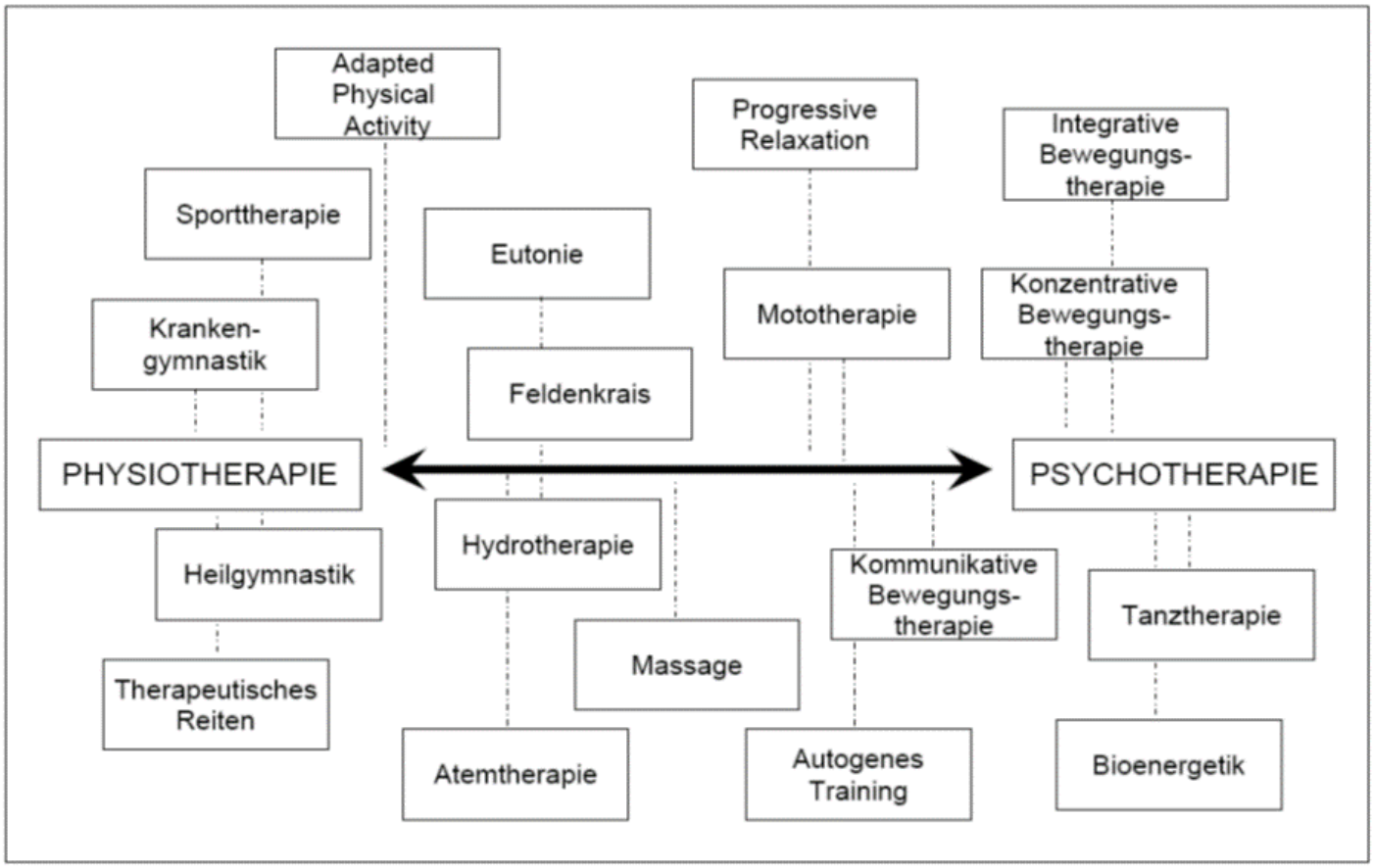


Abbildung 5: Körper- und bewegungsorientierte Verfahren in der Psychiatrie – eine Auswahl (modifiziert nach Hölter 1993 *[1043]*)

Mit den sporttherapeutischen, den körperpsychotherapeutischen sowie den edukativ-psychosozialen Verfahren sollen im Folgenden drei für die psychiatrische Bewegungstherapie sehr **zentrale Ansätze** näher charakterisiert werden. Eine umfassende Beschreibung der jeweiligen Methoden kann an dieser Stelle nicht geleistet werden, da die meisten über eigene Lehrbücher und/oder oft mehrjährige Ausbildungen verfügen bzw. verlangen *[112][1045]*.

- **Sporttherapeutische Verfahren:** Hierunter werden die Methoden verstanden, die in erster Linie mit Mitteln des Sports auf die körperliche und psychosoziale Funktionalität hinwirken und auf eine Befähigung für ein eigenständiges gesundheitsförderliches Sport- und Bewegungsverhalten ausgerichtet sind. Unterscheiden lassen sich Ausdauertraining (z. B. Jogging, Walking, Nordic Walking), Kraft- bzw. Muskeltraining, Gymnastiken oder Sportspiele (Badminton, Volleyball etc.). Der Einsatz sporttherapeutischer Verfahren erfolgt häufig auch im Sinne allgemeiner Aktivierung der Patient:innen*[1043]*, gerade vor dem Hintergrund der erkrankungsbedingt erhöhten Inaktivität *[112][1045]*. In der englischsprachigen Literatur wird zumeist der Begriff Exercise für diese Gruppe von Verfahren verwendet, was auf den Übungs- bzw. Trainingscharakter der Interventionen verweist.

- **Körperpsychotherapeutische Verfahren:** Diese Verfahren (in der englischsprachigen Literatur bezeichnet mit Body Psychotherapy (BPT)oder auch Body Oriented Psychotherapy bzw. Body Oriented Psychological Therapy) sind psychologisch fundiert und setzen Bewegung gezielt als Medium der Psychotherapie ein. Beispielhaft kann die Integrative Bewegungstherapie, die Konzentrative Bewegungstherapie oder die Tanztherapie genannt werden. Die Tanztherapie ist Körperpsychotherapie und künstlerische Therapieform in gleicher Weise. Deshalb ist sie mit ihren künstlerisch-ästhetischen Dimensionen und den damit verbundenen Wirkweisen in dem **Evidenzkapitel zu den Künstlerischen Therapien** dargestellt. Zugrunde liegt allen körperpsychotherapeutischen Einzelverfahren die Annahme, dass Körper und Psyche eine untrennbare Einheit bilden. Es wird davon ausgegangen, dass in Situationen, die durch Handlung und Erleben gekennzeichnet sind, Probleme hautnah und offensichtlich zutage treten, so dass sie erlebbar und damit auch bearbeitbar werden *[112][1043]*. Entsprechende Problemlagen beziehen sich häufig auf psychotherapeutische Grundthemen wie etwa Bindung und Lösung, Vertrauen und Misstrauen, Nähe und Distanz, Aktivität und Passivität etc. Durch gezielte Bewegungsbeobachtungen kann der Therapeut bzw. die Therapeutin auf Probleme aufmerksam machen sowie die verbale Bearbeitung von Problemlagen vorbereiten und begleiten. Insgesamt wird primär mittels körperlicher Übungen, körperlicher Berührungen und Körperachtsamkeit/Körperwahrnehmung gearbeitet. Das Erleben während des Therapieprozesses steht im Fokus der Aufmerksamkeit *[112][1045]*. In körperorientierten Psychotherapien wird ein ganz eigener Beitrag zur Behandlung psychischer Störungen gesehen und zwar insbesondere bei solchen Krankheitsbildern, die mit Verzerrungen des Körperbildes und anderer körperbezogener Psychopathologie einhergehen (bei Leibeserlebensstörungen wie etwa körperlichen Illusionen, Halluzinationen, Depersonalisierungssymptomen) *[1047]*.

- **Edukativ-psychosoziale oder auch sozial-integrative Verfahren:** Hierunter sollen all die Methoden verstanden werden, bei denen Bewegung in einem erlebniszentrierten Sinne eingesetzt wird. Ziel ist es, über das Medium der Bewegung ein soziales Lernfeld für die Patient:innen herzustellen. In erster Linie sollen Gruppen- und Kommunikationsprozesse nonverbaler und verbaler Art initiiert werden, um das Sozialverhalten zu schulen. Freude an der gemeinsamen Aktivität hat dabei einen hohen Stellenwert. Bestandteil vieler entsprechender Programme sind Spiele

verschiedener Ausprägungen, so etwa kooperative Spiele (Spiele mit gemeinsam zu lösender Aufgabe) oder kleine Spiele (Spiele ohne großen Aufwand).

Mittlerweile finden vermehrt Ansätze in der Bewegungs- und Sporttherapie mit psychischer Zielsetzung bzw. Achtsamkeits- und Wahrnehmungsorientierung Anwendung, die über die klassischen Verfahren hinausgehen. Hierzu zählen u. a. Achtsamkeitsbasierte Bewegungskonzepte, wie **Yoga, Tai Chi und Qigong, in denen** Bewegung mit Atem- und Achtsamkeitstechniken kombiniert werden sowie **Embodiment-Ansätze**, in denen der Körper als Träger emotionaler Erfahrungen verstanden wird und Bewegung hier der emotionalen Selbstregulation dient (z.B.*[1048]*). Eine zunehmende Rolle spielen auch Peer-gestützte Bewegungsangebote *[1049][636][640]* sowie Technologie-basierte Ansätze *[1050]*, die sich Virtual-Reality-Techniken oder sog. Wearables (tragbare Technologien) und digitale Feedbacksysteme zu Nutze machen. Letztere unterstützen die Selbstbeobachtung und ermöglichen damit eine langfristige Adhärenz.

Bedeutung von Bewegung in der Behandlung psychischer Erkrankungen

Bewegungstherapeutische Maßnahmen können immer zugleich auch einen diagnostischen Aspekt haben. Einschränkungen der Körperwahrnehmung und der Koordinationsfähigkeit können ebenso wie unerwünschte Medikamentenwirkungen im Rahmen der Bewegungstherapie leicht erkannt werden. Mangelndes Selbstvertrauen wird ebenso deutlich wie eine geringe Frustrationstoleranz, ein fehlendes Bewusstsein für die eigenen Leistungsgrenzen, Störungen der sozialen Interaktion oder ein problematischer Umgang mit Aggressionen. Für eine zielgerichtete Therapieplanung ist dieser Baustein einer **multiprofessionellen Diagnostik** von großer Bedeutung.

Im Hinblick auf Therapiemaßnahmen wird in der Fachliteratur im Zusammenhang mit der Bedeutung von Bewegung bei psychischen Erkrankungen von einer sogenannten **Two Route Strategy** gesprochen *[832]*. Dies bedeutet, dass körperliche Aktivität die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf zwei Wegen verbessern kann: über die Verbesserung der körperlichen Gesundheit und über die Abmilderung der psychischen Symptome und somit auch sozialen Beeinträchtigungen *[1051]*.

Dass die Verbesserung der körperlichen Gesundheit allein schon als ein bedeutendes Ziel für die Behandlung psychisch kranker Menschen wahrgenommen werden sollte, wird durch epidemiologische Daten aufgezeigt: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in signifikant geringerem Maße körperlich aktiv als die Normalbevölkerung *[1052][1053][1054]*. Aus diesem Grund ist auch ihr Risiko für Erkrankungen hoch, welche mit körperlicher Inaktivität verbunden sind (siehe Kapitel **Lebens- und Versorgungslagen**). Die Integration körperlichen Trainings in multimodale Behandlungskonzepte erscheint bereits vor diesem Hintergrund sinnvoll.

Erklärungsansätze für die verschiedenen Wirkmechanismen auf somatischer und psychosozialer Ebene werden an anderer Stelle diskutiert *[1427][1428][1429]*.

Stark

Empfehlung 42 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Bewegungsinterventionen**
Empfehlungsgrad **A**	**Bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen Bewegungsinterventionen präferenzbasiert und individualisiert als Teil eines multimodalen Gesamttherapiekonzepts zur Anwendung kommen**
Konsensstärke	**Starker Konsens (97 %)**

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise:

In jedem Fall sollte vor Beginn von Bewegungsinterventionen der körperliche Gesundheitsstatus der Patientin bzw. 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, sind Kompetenzen und Kenntnisse 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 Behandlungsteam 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. Berücksichtigt werden sollen auch niederschwellige Angebote sowie eine präferenzsensitive Auswahl der Bewegungsart.

Aufgrund der hohen Prävalenz kardiovaskulärer Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können Bewegungsinterventionen nicht nur Symptome psychischer Erkrankungen verbessern, sondern auch die kardiorespiratorische Fitness.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Substanzieller Netto-Nutzen der empfohlenen Alternative

Die untersuchten sporttherapeutischen Interventionen beinhalteten v. a. Gehen, Laufen (auch Laufband), Fahrradfahren (auch Ergometer) und Krafttraining oder Kombinationen aus aeroben und muskelkräftigenden Übungen. In einer Übersichtsarbeit wurde die Wirksamkeit eines hoch intensiven Intervalltrainings untersucht. Übersichtsarbeiten mit gemischten Bewegungsformen enthielten darüber hinaus Studien, in denen z. B. auch die Wirksamkeit von Mind-Body-Interventionen wie Tai-Chi oder Körperdehnungen untersucht wurden. Drei der Übersichtsarbeiten fokussierten Yoga-Übungen. Die eingeschlossenen RCTs wiesen Kontrollgruppen mit einer Warteliste, Standardintervention, einer sonstigen Intervention (z. B. Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie) oder Bewegungstherapie (häufig mit geringer Intensität) als Zusatzintervention auf. Die Dauer der Therapien variierte zwischen 3 und 32 Wochen in den inkludierten Übersichtsarbeiten.

Für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung kann auf Basis der vorliegenden Evidenz angenommen werden, dass **sporttherapeutische Interventionen** positive Effekte sowohl auf somatisch-funktionelle Outcomes (v. a. BMI, Gewicht, Muskelkraft) als auch auf psychosoziale Outcomes (v. a. Negativ-, Positivsymptomatik, Depressivität und ängstliches Erleben, Lebensqualität) haben können. Allerdings sind die Ergebnisse insgesamt inkonsistent und beruhen z. T. auf Einzelergebnissen. Es gibt kaum Langzeitergebnisse.

Speziell für ein **ausdauerorientiertes (aerobes) regelmäßiges Training** ließen sich positive Effekte auf die psychopathologische Symptomatik (v. a. Negativsymptomatik, Depressivität) finden. Eine Einzelstudie ergab zudem Hinweise darauf, dass Ausdauertraining im Vergleich zu Tischfußball bei Patient:innen mit Schizophrenie eine stärkere Vergrößerung des Hippocampus-Volumen hervorruft. Bei Firth et al. (2017) lassen sich vorläufige Hinweise dafür finden, dass Bewegungsinterventionen einen Einfluss auf die Gehirnstruktur und -konnektivität haben können *[1058]*.

Ein hoch intensives Intervalltraining scheint auch bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung durchführbar zu sein; es deuteten sich positive Effekte auf die Stimmung an. Es ließen sich keine Effekte durch Unterschiede in der Interventionsdauer, Trainingsfrequenz oder Intensität feststellen. An anderer Stelle wurde in einer Sensitivitätsanalyse aufgezeigt, dass Interventionen mit mäßiger bis intensiver Bewegung (Interventionen mit > 30 Minuten mäßig bis starkes Training pro Woche) positive Effekte auf die allgemeine psychische Symptomatik haben können *[1057]*.

Yoga-Übungen gegenüber einer herkömmlichen Therapie bei Menschen mit schizophrener Erkrankung führen lt. aktueller Studienlage und auf der Basis einer kleinen Studie möglicherweise zu Verbesserungen der Lebensqualität. Gegenüber aktiver Kontrollbedingung (andere Bewegungsformen) kommt es durch Yoga zu einer geringeren Anzahl von Studienabbrüchen *[1076]*.

In wenigen der Übersichtsarbeiten wird der “Schadensbereich” explizit thematisiert. Bei Kormann et al. (2020) wurde aufgezeigt, dass in der Mehrheit der Studien keine entsprechenden Angaben erfolgte. Eine Studie verwendete ein offizielles Protokoll über unerwünschte Ereignisse: 11 von 225 Teilnehmenden, die an einem HIIT-Programm teilnahmen, erlitten eine Verletzung (4,8 %) und zwei weitere Teilnehmer brachen das Programm aufgrund von "körperlichen Unwohlsein" ab. Eine weitere HIIT- versus MCT-Studie berichtete über unerwünschte Ereignisse; der Anteil der unerwünschten Ereignisse war in beiden Bedingungen gleich *[1057]*.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Moderat

GRADE*	Vergleich aerobes Training vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *[1056]*
Evidenz1 **Hoch (⊕⊕⊕⊕)** **Moderat (⊕⊕⊕⊖)** **Hoch (⊕⊕⊕⊕)**	AT reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU AT reduziert die Positivsymptomatik nicht sign. stärker als TAU AT verbessert die allgemeine Symptomatik sign. stärker als TAU
	Vergleich Muskelkräftigung (MK) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *[1056]*

Moderat (⊕⊕⊕⊖)	MK verbessert die allgemeine Symptomatik nicht sign. stärker als TAU
	Vergleich Kombiniertes aerobes Training und Muskelkräftigung (KT) vs. überwiegend herkömmlicher Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *[1056]*
	KT reduziert den BMI nicht sign. stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	KT reduziert die Positivsymptomatik nicht sign. stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	KT verbessert die allgemeine Symptomatik nicht sign. stärker als TAU
Sehr gering (⊕⊖⊖⊖)	Vergleich über alle Trainingsformen (ATF) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *[1056]*
	ATF reduziert den BMI sign. stärker als TAU
	ATF reduziert das Körpergewicht sign. stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ATF reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	ATF reduziert die Positivsymptomatik nicht sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
Moderat (⊕⊕⊕⊖)	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis *[1378]***
	KA reduziert die Positivsymptomatik sign. stärker als TAU
	KA reduziert die Negativsymptomatik sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert die allgemeine Symptomatik sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	KA verbessert die Lebensqualität sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen *[1378]***
	KA reduziert depressive Symptome sign. stärker als TAU
	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	Vergleich körperliche Aktivität (KA) vs. TAU; direkte Evidenz aus RCTs; Population: Menschen mit schweren depressiven Erkrankungen *[1378]***
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
	KA reduziert depressive Symptome sign. stärker als TAU
	KA verbessert kognitive Funktionen sign. stärker als TAU
	KA verbessert die Schlafqualität sign. stärker als TAU
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	
Hoch (⊕⊕⊕⊕)	

*Bei der Bewertung nach GRADE wurde auf die aktuellste und umfassendste Evidenz rekurriert.

[1] Hoch – moderat – schwach – sehr schwach, Abhängig von Studiendesign, Studienlimitationen (Bias), Konsistenz bzw. Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Evidenz, Ungenauigkeit bzw. Genauigkeit der Darstellung, Publikationsbias

**Abweichende Bewertung im EPA-Review: alle eingeschlossenen Reviews wurden zunächst nach der SIGN-Methodoloy-Checklist bewertet. Anschließend erhielten die in den Reviews eingesetzten Interventionen (lifestyle; physical activity etc.) diagnoseübergreifend bzw. diagnosespezifisch die GRADE-Bewertung (von A bis D). Eine A-Bewertung nach GRADE bedeutet hier: „At least one review rated as High quality and directly applicable to the target population, OR a body of evidence consisting principally of reviews rated as High quality, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results."

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Grundsätzlich muss von stark schwankenden Abbruchraten in den einzelnen Studien ausgegangen werden; z. T. fehlen konkrete Angaben. Bei Brondino et al. (2017) *[1075]* lagen sie zwischen 11 % und 33 %. Die Gründe für den Abbruch können u. a. in einem Zeitmangel, in (krankheitsbedingten) motivationalen Faktoren oder in unangenehmen Gefühlen, die mit einer hohen körperlichen Aktivität einhergehen können, liegen. Zudem muss bei den Ergebnissen berücksichtigt werden, dass auch in Studien mit niedriger Abbruchquote die durchschnittliche Anwesenheit der Teilnehmenden reduziert sein kann.

Allerdings lassen sich aus den bisher vorliegenden Studien keine unterschiedlich hohen Abbruchraten zwischen den Vergleichsgruppen finden.

Patientenerfahrungen und Motivation

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 bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung liegt jedoch bisher kaum vor *[1369]*. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass motivierende Interventionen dazu beitragen können, ein langfristiges Bewegungsverhalten zu unterstützen und die Selbstwirksamkeit zu verbessern *[1430]*.

Im Rahmen der Pilotstudie von Sailer et al. (2015) *[1431]* erhielten Patient:innen mit Schizophrenie eine **Bewegungstherapie kombiniert mit zusätzlichen Elementen einer kognitiven Verhaltenstherapie** (Mental Contrasting and Implementation Intentions Strategy, kurz MCII-Strategy). Die MCII-Methode ist eine Variante der kognitiven Verhaltenstherapie und dient der zusätzlichen Motivation und Unterstützung von sportlichen Aktivitäten. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe nahmen zum einen an einem Jogging-Programm teil und zum anderen wurden sie zusätzlich aufgefordert, drei positive Auswirkungen (bspw. Gewichtsverlust) und drei mögliche Hemmnisse (bspw. Erschöpfung) der Bewegungsintervention zu benennen. Zentral dabei war die Auseinandersetzung mit den Hemmnissen und deren Reduzierung durch geeignete Lösungs- und Handlungsansätze der Patient:innen. Für die Kontrollgruppe stand ein Informationsblatt, welches sich inhaltlich mit den möglichen positiven Auswirkungen von Sport auf die Erkrankung beschäftigte, zur Verfügung. Die Untersuchungs-durchführung fand in unterschiedlich stark strukturierten Settings statt. Die Studienteilnehmenden in einem stärker auf Autonomie ausgerichteten Behandlungssetting (offene Station mit tagesklinischem Charakter) nahmen unter der MCII-Bedingung tendenziell stärker und anhaltender am Training teil im Vergleich zur Kontrollbedingung. Kein Effekt hingegen wurde in einem hoch strukturierten Behandlungssetting beobachtet; vermutlich wegen eines Deckeneffekts. Es zeigten sich positive Auswirkungen der Bewegungsintervention in Kombination mit der MCII-Strategie vor allem bei der Reduzierung der Depressionssymptomatik sowie der Positiv- und Negativsymptomatik im Verlauf; aber keine Effekte zwischen den Gruppen. Allerdings zeigt diese Studie, dass Interventionen, die das Selbstmanagement stärken, durchaus dazu geeignet sind, auch die Motivation schwer psychisch kranker Menschen für sportliche Aktivität zu erhöhen *[1431]*.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Es liegen keine aussagekräftigen Untersuchungen zur Kosteneffektivität von Bewegungs- und Sporttherapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vor *[1055]*.

Versorgungsalltag:

Der Einsatz von körperlicher Aktivität und Sport im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag in Deutschland hat eine lange Tradition. Als vorteilhaft erweist sich, dass eine Sporttherapie und Bewegungsinterventionen sowohl im ambulanten als auch stationären Setting realisiert werden können. Das gleiche gilt für körperpsychotherapeutische Verfahren. Eine Umsetzung ist in verschiedenen Settings und durch unterschiedliche Träger

möglich (stationär, ambulant über SGB V, Mobile medizinische Rehabilitation, Assistenzleistung zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (Förderung der Gesundheitskompetenz) nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX).

Rationale

Ergebnisse der Recherche

Im Fokus der durchgeführten Recherche lag in Fortführung der Systematik aus der ersten und zweiten Auflage dieser Leitlinie die Suche nach Wirksamkeitsstudien zu den vorgestellten Verfahrensgruppen. In Anlehnung an die eingangs verwendete Definition des Deutschen Verbands für Gesundheitssport und Sporttherapie und um einen nicht zu breiten Begriff von Bewegungs- und Sporttherapie zu verwenden, wurden rein bzw. primär entspannungszentrierte Verfahren – wie etwa autogenes Training – nicht berücksichtigt.

Evidenzgrundlage

Eingeschlossen und zur Bewertung herangezogen wurden:

- 13 Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit sporttherapeutischer Verfahren *[1056][1057][1058][1062][1072][1078][1077][1075][1071][1074][1069][1073]*
- 6 Einzelstudien (RCTs) zu körperpsychotherapeutischen Verfahren *[837][866][867][863][834][1085]*

a) Aggregierte Evidenz

Leitlinien

Die Autor:innen der **Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (2022)** (nvl-oo5) verweisen auf eine Vielzahl von Publikationen unterschiedlicher Qualität, in denen der Einfluss von körperlichem Training auf die Stimmung und depressive Symptomatik untersucht wurde. Die Empfehlungen lauten:

- 9-7 „Patient:innen mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollen zu sportlichen Aktivitäten motiviert werden, idealerweise innerhalb einer Gruppe." Gegenüber der vorangegangenen Auflage wird sportliche Aktivität mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen. Diese Empfehlung beruht lt. Autor:innen „auf klinischen Aspekten und einer Extrapolation der Evidenz zu strukturierten Bewegungsprogrammen."
- 9-8 „Patient:innen mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollen zur Teilnahme an einem strukturierten und supervidierten körperlichen Training motiviert und bei der Umsetzung unterstützt werden." Die Empfehlung zu strukturierten und supervidierten Trainingsmaßnahmen beruht auf der systematischen Recherche zur 2. Auflage und wurde um systematische Übersichtsarbeiten ergänzt, die in der themenübergreifenden systematischen Recherche identifiziert bzw. selektiv ein gebracht wurden.

Unter anderem stützen sich die Autor:innen auf die Arbeit von **Sportinterventionen bei Depressionen der Cochrane Collaboration**, die in einer Metaanalyse 35 RCTs mit über 1.300 Teilnehmenden zusammenfasst *[1432]*. Untersucht wurden darin depressive Personen (definiert durch klinische Interviews oder durch Cut-Off-Werte in Selbst- oder Fremdbeurteilungsskalen), unabhängig vom Schweregrad (Ausschluss bei Dysthymie). Die Interventionen entsprachen den Definitionen für körperliches Training des American College of Sports Medicine (ACSM) und beinhalteten Gehen, Laufen (auch Laufband), Fahrradfahren (auch Ergometer), Tanzen, Rudern und Krafttraining. Die eingeschlossenen RCTs wiesen Kontrollgruppen mit einer Warteliste, Placebo- oder Standardintervention, einer sonstigen Intervention oder Bewegungstherapie als Zusatzintervention auf. Weitere Behandlungsarme (Pharmakotherapie, Psychotherapie oder alternative Verfahren) waren möglich. Die Dauer der Therapien variierte zwischen 10 Tagen und 16 Wochen. Die Autor:innen ermittelten eine moderate Effektstärke (SMD = - 0,62 [95 % KI: - 0,81 bis - 0,42]; p < 0,00001) für die Wirksamkeit von körperlichem Training auf depressive Symptome. Allerdings bestand eine erhebliche Heterogenität. Unter ausschließlicher Berücksichtigung von Studien dieser Metaanalyse, bei denen die Diagnose einer Depression anhand klinischer Kriterien gestellt wurde (k = 23; N = 967), wurde ebenfalls eine moderate Effektstärke von - 0,57 ([95 % KI: - 0,81 bis - 0,32], p < 0,00001) bei moderater Heterogenität ermittelt. Wurden Studien betrachtet, die Langzeitdaten berichteten (k = 8; N = 377), ergab sich eine geringere Effektstärke von - 0,33 bei moderater Heterogenität. Bei einer Auswertung von Studien besonders hoher Qualität, die kombiniert einen verdeckten randomisierten Studieneinschluss, eine Intention-To-Treat-Analyse und eine verblindete Auswertung beinhalteten (k = 6; N = 464), blieb die Effektstärke unter 0,2 und unterhalb der Signifikanzschwelle.

Unklar blieb laut Autor:innen, welche Art von körperlichem Training am effektivsten ist. Die meisten Untersuchungen lägen zu aerobem Ausdauertraining vor. Subgruppenauswertungen zeigten höhere Effektstärken bei Krafttraining oder einer Mischung aus Kraft- und Ausdauertraining. Eindeutige Aussagen zu optimaler Art, Dauer und Intensität des körperlichen Trainings könnten anhand der Datenlage nicht gegeben werden. Andere Formen regelmäßiger körperlicher Aktivität wie Thai Chi oder Qigong scheinen ebenfalls positive Effekte auf depressive Symptome aufzuweisen *[1432]*.

Bislang liegen keine Studien mit hoher methodischer Qualität vor, die den **Effekt des Sports bzw. der Bewegung bei der Behandlung der Bipolaren Störung** untersucht haben (S3-LL zur „Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen", 2019, AWMF-Register Nr. 038-019). Die Autor:innen verweisen auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien" und empfehlen „Unterstützende Therapieverfahren (wie z. B. Entspannungs-, Bewegungs-, Ergo- und künstlerische Therapien) sollten Bestandteil des individuellen integrierten Behandlungsplans sein. Die spezifischen Behandlungsziele sollten in Absprache mit allen Beteiligten festgelegt und im Verlauf überprüft werden." (Expertenkonsens, S. 102).

Zitiert werden soll an dieser Stelle die **EPA-Leitlinien** *[1378]*. Die Autor:innen haben sich im Rahmen umfangreicher Recherchen auf nicht-pharmakologische Lebensstilinterventionen mit den Schwerpunkten (1) körperliche Aktivität, (2) Ernährung oder (3) Schlafinterventionen bei schweren psychischen Erkrankungen (adults with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, major depressive disorder or bipolar disorder (with or without cardiovascular comorbidity)); konzentriert. Wobei „körperliche Aktivität" in einem erweiterten Sinn definiert wird und gleichermaßen Interventionen zur Reduzierung von sitzendem Verhalten und zur Steigerung strukturierter körperlicher Aktivität, als auch Bewegungs- oder Sportinterventionen umfassen konnte.

Berücksichtigt wurden für den Bereich körperlicher Aktivität 36 systematische Übersichtsarbeiten mit oder ohne Metaanalysen, die allerdings unterschiedliche Studiendesigns umfassen konnten, wobei sich 7 der neu identifizierten Reviews auf gemischte Populationen (**schwere psychische Erkrankungen**) konzentrierten. Lediglich drei dieser Arbeiten umfassten ausschließlich RCTs *[1433][1434][1435]* mit deutlich variierenden Interventionen und Patientengruppen; vier der Arbeiten auch nicht randomisierte kontrollierte Studien sowie Vorher-Nachher-Interventionsstudien. Bislang seien die Auswirkungen auf die körperlichen Gesundheitsparameter oder das allgemeine körperliche Aktivitätsniveau im Alltag von Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung unklar*[1436][1437]*. Insbesondere Yoga könne hinsichtlich der depressiven Symptome wirksamer sein als verschiedene inaktive Kontrollbedingungen *[1433]*; die Wirkung sei auch für multimodale Ansätze beobachtbar *[1435]*. Ebenso könne ein hochintensives Intervalltraining (auch Ergebnis der Recherche zur vorliegenden Leitlinie) eine potenziell antidepressive Wirkung haben *[1057]*. Darüber hinaus habe sich gezeigt, dass körperliche Aktivität positive Auswirkungen auf mehrere kognitive Bereiche hat *[1434]*. Die Qualität der einzelnen Übersichtsarbeiten lag laut SIGN zwischen inakzeptabel und hoch. Im aktuellen Leitfaden der EPA wird körperliche Aktivität mit der höchsten Empfehlungsstärke empfohlen:

- "Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollten körperliche Aktivitäten angeboten werden, um depressive Symptome zu lindern und die kognitiven Funktionen zu verbessern." *[1378]*.

Evidenzbasiert finden sich **2 weitere A-Empfehlungen** für die Gruppe der Menschen mit der Diagnose einer schweren Depression (Basis: 9 Reviews) *[1438][1439][1440][1441][1442][1443][1444][1445][1446]* sowie die Gruppe der Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (20 Reviews, 12 davon basierend auf RCTs):

- "Körperliche Aktivität sollte als Behandlung angeboten werden, um depressive Symptome, kognitive Funktionen und Schlafqualität bei Erwachsenen mit einer schweren depressiven Störung zu verbessern. Unter den meditativen Formen der körperlichen Aktivität ist die Evidenzstärke für Yoga am größten."
- "Menschen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen sollte körperliche Aktivität als ergänzende Behandlung angeboten werden, um positive und negative psychopathologische Symptome, die Kognition und die Lebensqualität zu verbessern."

In den **Studien mit Schwerpunkt auf Major Depression** wurden körperliche Bewegung im Allgemeinen, Aerobic-Übungen, Krafttraining sowie meditative Bewegungen (Yoga, Qigong, Tai Chi) durchgeführt. Es zeigten sich lt. der Autor:innen – wenn auch nicht durchgehend – positive Effekte durch aerobes Training, Krafttraining und Yoga bezüglich einer Verbesserung depressiver Symptome und der Schlafqualität, durch aerobe Trainingsinterventionen auch positive Auswirkungen auf die allgemeine kognitive Leistungsfähigkeit, auf Gedächtnis sowie exekutive Funktionen. Bislang können keine zuverlässigen Aussagen bezüglich einer positiven Wirkung auf die körperliche Gesundheit und die Lebensqualität abgeleitet werden *[1378]*.

Körperliche Aktivität bei Personen mit einer Schizophrenie-Spektrum-Störungen zeigte sich generell wirksam bei der Reduktion der Positiv-*[755]* und insbesondere der Negativsymptomatik *[1447][1448][1449][1450][1451]* sowie der Lebensqualität *[1448]*. Darüber hinaus wurden Verbesserungen der kognitiven Funktionen und der Funktionsfähigkeit im Alltag festgestellt *[1451]*. Die Auswirkungen auf depressive Symptome waren gemischt *[1448][755]*. Besonders starke Belege gibt es für ein aerobes Training *[1447][1449][1452]*. Auch Yoga-Interventionen können zu positiven Effekten im Vergleich zur Standardbehandlung bezüglich der Positiv- *[1453][1454]* oder Negativsymptomatik *[1454][1455]* führen. Im Allgemeinen waren die berichteten Effekte von Interventionen mit Körper-Geist-Übungen heterogener als diejenigen ohne *[1448]*. Es konnten keine konsistenten Auswirkungen von körperlicher Bewegungsinterventionen auf das Körpergewicht festgestellt werden *[1448][1450]*. Bisher lassen sich keine zuverlässigen Aussagen zur optimalen Durchführung, zu erforderlicher Mindestdauer und Intensität von körperlichen Bewegungsinterventionen ableiten. Bei wiederholten Mängeln an den Primärstudien, ist die Qualität der Reviews hoch *[1378]*. Hier wurden ausschließlich Befunde aus Reviews und Metaanalysen basierend auf RCTs zitiert.

In den „WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour" (2020) wird erneut bestätigt, dass alle Erwachsenen (im Alter von 18 bis 64 Jahren, einschließlich Menschen mit chronischen Erkrankungen und / oder Behinderungen) regelmäßig körperlich aktiv sein sollten und dass „etwas" Bewegung besser sei als keine. Die Leitlinien für Erwachsene enthalten klare Empfehlungen, die auf insgesamt moderaten Erkenntnissen über das wöchentliche Ausmaß an aeroben und muskelstärkenden körperlichen Aktivitäten basieren. Viele der Vorteile körperlicher Aktivität zeigen sich bereits bei einem durchschnittlichen wöchentlichen Umfang von 150–300 Minuten moderater Intensität (z. B. zügiges Gehen, Radfahren) oder 75–150 Minuten intensiver Intensität oder einer entsprechenden Kombination. Dabei spielt der Gesamtumfang der körperlichen Aktivität unabhängig von der Dauer der einzelnen Einheiten eine entscheidende Rolle. Zudem wurde deutlich gemacht, dass gesundheitliche Vorteile bereits bei einem Bewegungsumfang unterhalb der Empfehlungen auftreten. Man geht davon aus, dass der relative Nutzen bei höherer Aktivität tendenziell abnimmt. Über aerobe körperliche Aktivität hinaus ergeben sich zusätzliche gesundheitliche Vorteile durch die Teilnahme an muskelstärkenden Aktivitäten mit mittlerer oder höherer Intensität an zwei oder mehr Tagen pro Woche *[1017]*.

Die zentralen Empfehlungen für erwachsene Menschen lauten *[1017]*:

- 150 bis 300 Minuten moderate Bewegung pro Woche (z. B. zügiges Gehen, Radfahren) oder 75 bis 150 Minuten intensive Aktivität.

- Kräftigende Übungen an mindestens zwei Tagen pro Woche, um Muskelkraft und Selbstwirksamkeit zu fördern.
- Sitzzeiten reduzieren: Längeres Sitzen soll möglichst durch Bewegung unterbrochen werden – jede Bewegung zählt.

Systematische Übersichtsarbeiten

Neben der Aktualisierung der aggregierten Evidenz finden im vorliegenden Abschnitt weiterhin zwei relevante identifizierte Übersichtsarbeiten aus der 2. Auflage Berücksichtigung. Tabelle 74 gibt einen Überblick zu den grundlegendsten Charakteristiken der eingeschlossenen Arbeiten. In der Hauptsache wurde aerobes Training untersucht, aber auch Muskelkräftigungsübungen und andere sporttherapeutische Ansätze. Um mögliche Effekte der eingesetzten trainingsorientierten Maßnahmen darzustellen, wurden diese in der Regel mit einer herkömmlichen psychiatrischen Behandlung (Standardbehandlung, TAU) oder auch mit einer anderen sporttherapeutischen Übung, seltener mit Beschäftigungstherapie, Gesundheitsberatung oder ähnlichem verglichen.

Sporttherapeutische Verfahren

In der Arbeit von Bredin et al. (2021) *[1056]* erfolgte die Untersuchung unterschiedlicher **Auswirkungen von aerober körperlicher Aktivität, muskelkräftigenden Aktivitäten und einer Kombination aus aeroben und muskelkräftigenden Aktivitäten** auf die Erkrankungsschwere und andere gesundheitsbezogene Faktoren bei Menschen mit einer Schizophrenie. Insgesamt wurden 12 Studien mit einem randomisierten, kontrollierten Design (N = 554) in einer Metaanalyse berücksichtigt (Tabelle 74). Aerobes Training hatte einen signifikanten Rückgang der Negativsymptomatik (PANSS negative Score[1]: ES = - 2,28 [95 % KI: - 3,57 bis - 1,00]; p = 0,0005, I^2 = 0 %, k = 4) bezüglich des allgemeinen Scores der Skala (PANSS general score: ES = - 2,51 [95 % KI: - 3,47 bis - 1,55]; p < 0,00001; I^2 = 14%; k = 3) zur Folge. Muskelkräftigungstraining führte nicht zu signifikanten Auswirkungen auf die PANSS-Gesamtwerte. Kombiniertes aerobes und Muskelkräftigungstraining führte nicht zu signifikanten Veränderungen des Body-Mass-Index (BMI), der PANSS positiven Scores oder PANSS-Gesamtscores. In der Gesamtbetrachtung der Ergebnisse über die verschiedenen Trainingsmodalitäten (einschließlich aerobes Training, Muskelkräftigungstraining und kombiniertes Aerobic- und Muskelkräftigungstraining) wurden allerdings signifikante Auswirkungen auf den BMI (ES = 1,86 [95 % KI: 0,84 bis 2,88]; p = 0,0003; I^2 = 42 %; p = 0,14; k = 4), den maximalen/Spitzen-Sauerstoffverbrauch (ES = 2,54 [95 % KI 1,47 bis 3,62]; p < 0,00001; I^2 = 0 %; k = 4), Körpergewicht (ES = 6,58 [95 % KI: 2,94 bis 10,22]; p = 0,0004; I^2 = 0 %; k = 2), auf den negative PANSS-Scores (ES = - 1,90 [95 % KI: - 2,70 bis - 1,10]; p < 0,00001; I^2 = 18%; p = 0,28; k = 8) und die Skala zur Bewertung negativer Symptome (SANS) insgesamt (ES = - 14,90 [95 % KI: - 22,07 bis - 7,74]; p < 0,0001; I^2 = 0 %; p = 0,46) deutlich. Auf die Positivsymptomatik hatte die Intervention in der Betrachtung keinen Effekt (p = 0,16; p = 0,80). Ebenso zeigten sich keine Unterschiede durch Interventionsdauer (> 12 Wochen vs. ≤ 12 Wochen) und Trainingsfrequenz (< 3 vs. ≥ 3 Sessions pro Woche) hinsichtlich verschiedener Outcomes *[1056]*. Die methodische Qualität der Studien ist als moderat einzustufen.

[1] Positive and Negative Syndrome Scale

Korman et al. (2020) betrachteten eine spezifische Art von Bewegungsansätzen für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung und untersuchten die Wirkung eines **Hochintensiven Intervalltrainings (HIIT)**, von dem im Vergleich zum traditionellen kontinuierlichen Training mittlerer Intensität (MCT) kardio-metabolische Vorteile angenommen werden. HIIT zeichnet sich durch kurze Intervalle mit hoher Trainingsintensität (Dauer zwischen sechs Sekunden und vier Minuten) im Wechsel mit kurzen Ruhe- oder Erholungsphasen (zehn Sekunden bis fünf Minuten) aus. Es wurden fünf randomisierte kontrollierte Studien (N = 366) identifiziert. Auf der Grundlage sehr begrenzter Daten scheinen HIIT-Interventionen für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, die bereit sind, an Bewegungsprogrammen teilzunehmen, ebenso durchführbar zu sein wie MCT. Die Ergebnisse sind insgesamt sehr heterogen. Die Anzahl an Teilnehmenden sehr gering und die Mehrheit der Befunde basiert auf Einzelergebnissen (Tabelle 75). Möglicherweise kann HIIT die Stimmung verbessern *[1057]*.

Firth et al. (2017) *[1058]* untersuchten die **Auswirkungen von körperlicher Aktivität (aerobe Übungen und Muskelkräftigung) auf die kognitiven Funktionen sowie die zugrundeliegenden neurobiologischen Mechanismen** bei Menschen mit einer Schizophrenie. Durchgeführt wurde eine systematische Suche und eine narrative Zusammenfassung; eine Qualitätsbewertung der eingeschlossenen Arbeiten erfolgte jedoch nicht. Identifiziert werden konnten 9 RCTs. In den Studien wurden zum einen Bildgebungsverfahren und zum anderen periphere Biomarker genutzt, um die Auswirkungen von Bewegung auf die Gehirnstruktur und -konnektivität bei Menschen mit andauernder Schizophrenie zu untersuchen. Ergebnisse aus Einzelstudien zeigten, dass Bewegung das Gehirnvolumen erhöhen kann *[1059][1060]*. Aus Biomarker-Studien ließen sich Auswirkungen durch Bewegung auf den Serumspiegel von BDNF (Wachstumsfaktor, engl. Brain-Derived Deurotrophic Factor)*[1061]* und kognitive Verbesserungen *[1060]* erkennen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Befunde nicht konsistent sind. Möglicherweise sind die kognitiven Vorteile von Bewegung bei Schizophrenie darauf zurückzuführen, dass Bewegung die Neurogenese (Bildung neuer Neuronen) stimuliert. Eine verlässliche Aussage ist auf Basis der aktuellen Literatur nicht möglich *[1058]*.

Verwiesen werden soll hier auf die in Korman et al. (2020) *[1057]* zitierte **Primärstudie aus Deutschland**. Es wurde untersucht, ob sich das Hippocampus-Volumen im Gehirn durch ein Ausdauertraining vergrößern lässt, und ob mit einer trainingsinduzierten Vergrößerung ggf. Verbesserungen klinischer oder kognitiver Parameter einhergehen *[1059]*. Ambulant oder tagesklinisch behandelte Patient:innen (N = 24) wurden auf die Trainingsintervention Fahrrad-Ergometertraining bzw. eine Tischfußball-Vergleichsgruppe randomisiert. Außerdem wurde eine gematchte gesunde Kontrollgruppe gebildet, die ebenfalls Ergometer-Training absolvierte. Im Ergebnis zeigte sich ein signifikant vergrößertes Hippocampus-Volumen sowohl in der Gruppe der Ausdauer trainierenden Patient:innen mit Schizophrenie als auch in der (ebenfalls Ausdauer trainierenden) gesunden Kontrollgruppe. Betrachtet man ausschließlich die Patient:innen mit einer Schizophrenie, so resultierte Ausdauertraining in einer signifikant stärkeren Hippocampus-Vergrößerung als Tischfußball. Dieses Resultat bekräftigt die Hypothese, dass das Ausdauertraining für die Vergrößerung des Hippocampus verantwortlich ist und spricht dafür, dass die neuronale Plastizität bei Patient:innen mit einer Schizophrenie relativ intakt bleibt. Die aerobe Fitness nahm in der Gesamtgruppe der Ausdauer-trainierenden Patient:innen mit einer Schizophrenie plus gesunde Kontrollgruppe) über die Zeit zu, die Zunahme unterschied sich jedoch nicht signifikant von der bei der Tischfußball-Gruppe (tendenzielle Überlegenheit von

Ausdauertraining). Die maximale Sauerstoffaufnahme war unter allen Ausdauer-trainierenden Teilnehmenden höher als bei den Teilnehmenden des Tischfußballs. Die Zunahme des Hippocampus-Volumens korrelierte positiv mit aerober Fitness sowie maximaler Sauerstoffaufnahme *[1059]*.

Martin et al. (2017) *[1062]* untersuchten die Wirksamkeit **kombinierter Interventionen aus aerober körperlicher Aktivität und muskelkräftigenden Aktivitäten** auf die mentale Gesundheit, die kardiovaskuläre Fitness und die Muskelzunahme bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Tabelle 74). Eine Ergebnisdarstellung erfolgte narrativ. Effektstärken wurden auf der Ebene der Primärstudien berechnet. Für die kardiovaskuläre Leistungsfähigkeit (k = 3), erhoben über die Sauerstoffaufnahmekapazität ($V0_{2max}$; VO_{2peak}), zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen, trotz klinisch relevanter Veränderungen (*[1063][1064][1065]*. In drei der Studien wurden statistisch signifikante Verbesserungen der Muskelkraft (Griffkraft, Bein- und Armkraft, Brustmuskulatur) bei der Durchführung kombinierten Trainings gegenüber der Kontrollintervention deutlich *[1061][1066][1067]*. Von den fünf Studien, in denen als Outcome die psychische Gesundheit erhoben wurde, führte das Training über alle Studien hinweg zu verbesserten psychischen Gesundheitsvariablen; in vier der Studien erwies sich der Effekt als statistisch signifikant. So zeigte sich eine Verringerung der Positiv- und der Negativsymptomatik *[1068][1063][1067]* sowie der psychischen Gesundheit im Allgemeinen *[1066]*. Beobachtet wurden zum Teil hohe Abbruchquoten zwischen 0 und 47 % in den Primärstudien (MW = 23 %). Die Autor:innen kritisieren eine ungenügende Konsistenz und Detailgenauigkeit bei der Beschreibung der Interventionen *[1062]*. Die verfügbaren Studien haben ein hohes Gesamtrisiko der Verzerrung (6/7 Studien) und weisen eine geringe bis moderate Studienqualität auf.

Beispielhaft soll die Studie von Ho et al. (2016) *[1068]* skizzert werden. Ho et al. konnten in einer Untersuchung feststellen, dass **Tai-Chi** gegenüber einer herkömmlichen Therapie zu einer Reduktion motorischer Defizite und einer Verbesserung des Kurzzeitgedächtnisses führen kann. Im Rahmen eines moderaten Trainings bestehend aus verschiedenen Komponenten von Ausdauer und Kräftigung (engl. Exercise) konnten gegenüber herkömmlicher Behandlung ebenfalls motorische Funktionen verbessert und darüber hinaus die Negativ- und Positivsymptomatik, die Aufmerksamkeitsleistung sowie das psychosoziale Funktionsniveau verbessert werden. Zwischen diesen beiden aktiven Interventionen zeigten sich mit Ausnahme einer größeren psychopathologischen Symptomreduktion in der Exercise-Gruppe keine signifikanten Unterschiede. Die Effekte waren nach sechs Monaten kaum mehr nachweisbar.

Pearsall et al. (2014) *[1069]* untersuchen in ihrer Arbeit den Einfluss von **körperlicher Aktivität bzw. körperlichen Übungen (Fokus: sporttherapeutische Verfahren)** auf das allgemeine Aktivitätsniveau von psychisch schwer erkrankten Menschen sowie den Effekt der eingesetzten Therapien auf das psychische sowie allgemeine Wohlbefinden (Tabelle 74). Die Ergebnisse zeigen einen statistisch signifikanten bzw. tendenziell positiven Einfluss der eingesetzten Aktivitäten auf den 6-Minuten-Gehtest, den BMI und die Positivsymptomatik. Kein therapeutischer Effekt konnte hingegen für die Negativsymptomatik, das Körpergewicht sowie die Angst- und Depressionssymptomatik festgestellt werden (Tabelle 75). Unklarheit besteht bei der Beurteilung der Lebensqualität im Allgemeinen. Für psychische und körperliche Domänen der Lebensqualität konnten geringfügige tendenzielle Verbesserungen aufgezeigt werden. Ferner zeigte das Ergebnis einer Einzelstudie, dass der zusätzliche Einsatz **motivierender Elemente** innerhalb der Interventionsgruppe zu keiner erhöhten Teilnahmeaktivität und -beharrlichkeit führte *[1070]*. Die moderaten Ergebnisse führen die Autoren auf eine möglicherweise unzureichende Intensität der Übungen, auf kurze Trainingszeiträume und einen schlechten körperlichen Allgemeinzustand der untersuchten Patient:innen zurück. Als grundsätzlich vorteilhaft erwies sich in diesem Zusammenhang die Umsetzung der trainingsorientierten Interventionen in einem stärker strukturierten Umfeld. Die methodische Qualität der Studien ist als moderat einzustufen.

Schuch et al. (2016a) *[1071]* untersuchten die **Auswirkungen von Sport und Bewegung gegenüber nicht aktiven Kontrollbedingungen auf die Depressionsschwere** bei Menschen mit einer schweren Depression (MDD). Identifiziert wurden dafür 11 RCTs. In Untergruppen- und Sensitivitätsanalysen wurde die Stärke der Auswirkungen von Bewegung unter Berücksichtigung verschiedener Variablen, wie der Studienqualität, des Formats (Gruppenformat), des Settings, der Intensität, der Begleitung oder des Vorhandenseins komorbider Erkrankungen untersucht. Es ergab sich eine größere gepoolte SMD[2] in Studien mit niedriger Qualität (SMD = 1,17 [95% KI: 0,24 bis 2,11]; p = 0,013), für Studien ohne Gruppenformat (SMD = 2,58 [95% KI: 0,54 bis 4,62]; p = 0,013), in einem ambulanten Setting (SMD = 1,51 [95% KI: 0,45 bis 2,58]; p = 0,005) und wenn die Intervention von qualifizierten Übungsleitenden durchgeführt wurde (SMD = 1,53 [95 % KI: 0,51 bis 2,59]; p = 0,003). Es wurden keine Studien identifiziert, in denen muskelkräftigende Übungen oder gemischte Interventionen durchgeführt oder Teilnehmende mit bedeutsamen Komorbiditäten eingeschlossen wurden. Die Analysen der Autor:innen zeigten auch, dass in Studien, in denen Menschen mit MDD eingeschlossen waren, ein größerer Rückgang der Symptome im Vergleich zu Studien mit Menschen mit depressiven Symptomen (ohne die Diagnose einer MDD) beobachtet werden konnte (SMD = 1,13 [95% KI: 0,46 bis 1,81]; p < 0,001). Hierzu betrachteten die Autor:innen 25 RCTs *[1071]*. Die Qualitätsbewertung ergab, dass lediglich vier der Studien von guter methodischer Qualität und einem geringen Verzerrungsrisiko waren.

In einer zweiten Übersichtsarbeit untersuchten Schuch et al. (2016) *[1072]* die **Auswirkungen von Bewegung auf verschiedene Bereiche der Lebensqualität** (QoL) bei Menschen mit Depressionen (Schuch et al. 2016b). Dafür wurden 6 randomisierte klinische Studien (RCTs) identifiziert. Bewegung verbesserte signifikant die allgemeine Lebensqualität (SMD = 0,39 [95 % KI: 0,47 bis 0,74]; p = 0,002; I^2 = 0,0 %) sowie körperliche und psychische Bereiche der Lebensqualität (SMD = 0,53 [95 % KI: 0,22 bis 0,84], p < 0,001I^2 = 0,00 %) bzw. (SMD = 0,53 [95% KI: 0,22 bis 0,85]; p < 0,001; I^2 = 4,89 %). Die Auswirkungen auf die Bereiche soziale Beziehungen und Umwelt waren nicht signifikant. Es zeigten sich keine Verbesserungen in der Kontrollgruppe. Nur eine der eingeschlossenen Studien war von höherer methodischer Qualität und mit geringerem Risiko von Verzerrungen behaftet, fünf der Studien waren von geringerer Qualität.

Eine ältere Arbeit von Danielsson et al. (2013) *[1073]* zur **Wirkung vonaeroben Interventionen** auf die Erkrankungsschwere bei Menschen mit schweren Depressionen schloss 14 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 1.139 Teilnehmenden ein. Zum Einsatz kamen vermehrt Jogging und Walking sowie Geräte zum Ausdauertraining (z. B. Fahrradergometer). Nur sehr vereinzelt wurden kombinierte Trainingsmethoden, bestehend aus Übungen zur Kräftigung und Steigerung der kardiovaskulären Fitness, angewandt (Tabelle 74).

- **Vergleich aerobe Übungen plus herkömmliche Therapie vs. herkömmliche Therapie allein:** Eine hohe Effektstärke in Bezug auf die Verringerung der depressiven Erkrankungsschwere wurde erreicht, wenn sporttherapeutische Verfahren als zusätzlicher Bestandteil der herkömmlichen Therapie eingesetzt wurden (SMD = - 0,44 [95 % KI: - 0,79 bis - 0,09]).

- **Vergleich aerobe Übungen vs. Medikation:** Die vergleichende Analyse von aeroben Übungen mit einer Pharmakotherapie (Antidepressiva) zeigte keinen überlegenen Einfluss der Intervention hinsichtlich der Reduzierung der Erkrankungsschwere.
- **Vergleich aerobe Übungen vs. körperlicher Aktivität:** Gleiches gilt für die Analyse einer aeroben Übungsform gegenüber einer anderen aktiven körperlichen Therapieform (Tabelle 75). Auch in diesem Zusammenhang konnte keine der Interventionen wirkungsvollere Effekte vorweisen.

*[2] Standardisierte Mittelwertdifferenz (Standardized Mean Difference, SMD, **Effektmaß)***

Prinzipiell wurde durch die Untersuchung von Danielsson et al. (2013) aufgezeigt, dass zwischen aeroben Übungsformen und anderen Formen physischer Aktivität keine Unterschiede in der Verringerung der Erkrankungsschwere festgestellt werden konnte. Die methodische Qualität der Studien wurde mit moderat bis gut eingeschätzt *[1073]*.

Gemischte Bewegungsformen

Verschiedene Bewegungsinterventionen und deren Wirkung auf die körperliche und psychische Gesundheit bei Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis wurden bei Firth et al. (2015) *[1074]* betrachtet. Insgesamt 20 Studien wurden identifiziert; davon folgten 11 Studien einem randomisierten, kontrollierten Design und wurden in die Metaanalyse eingeschlossen. Am häufigsten in den Primärstudien berichtet wurden die Effekte auf den Body-Mass-Index (BMI) und auf psychiatrische Symptome; hierzu wurden die Ergebnisse gepoolt. Bewegungsinterventionen hatten keinen signifikanten Einfluss auf den BMI (MD= - 0,98 kg/m² [95 % KI: - 3,17 bis 1,22 kg/m²]; p = 0,38; I^2 = 0%; k = 4) und die allgemeine psychiatrische Symptomatik (SMD = - 0,16 [95 % KI: - 0,51 bis 0,18]; p = 0,35; I^2 = 54 %; k = 8). Allerdings umfassten vier dieser acht Studien Bewegungsinterventionen mit nur geringer Intensität wie Gehen, Dehnungen und Körperhaltungen. Nach einer Sensitivitätsanalyse wurden diese Interventionsstudien ausgeschlossen, um so die Auswirkungen mäßiger bis intensiver Bewegung (Interventionen mit > 30 Minuten mäßig bis starkes Training pro Woche) auf die psychiatrische Symptomatik zu untersuchen. Auf der Basis von vier RCTs zeigte sich ein starker Effekt von Bewegung auf die allgemeine psychiatrische Symptomatik (SMD = - 0,72 [95 % KI: - 1,14 bis - 0,29]; p = 0,0009; I^2 = 0 %; k = 4). Es wurden auch Effekte auf die Negativ- und die Positivsymptomatik festgestellt. Die methodische Qualität der Studien wurde mit moderat bis gut eingeschätzt.

Das Ziel einer weiteren systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse war es, die **Auswirkungen von körperlicher Bewegung auf kognitive Symptome bei depressiven erwachsenen Patientinnen und Patienten** (Major Depression) zu untersuchen *[1075]*. Zu den Ergebnismessungen gehörten die globale Kognition sowie spezifische kognitive Bereiche (Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit/Vigilanz, Arbeitsgedächtnis, verbales/visuelles Gedächtnis, logisches Denken). Auf der Basis von 8 RCTs (N = 637) ließen sich keine Effekte auf die globale Kognition (g = 0,07 [95 % KI: 0,08 bis 0,24]; I^2 = 0 %) sowie auf spezifische kognitive Bereiche beobachten. Die Autor:innen merkten an, dass kognitive Outcomes mehrheitlich als sekundäre Zielgrößen erhoben wurden. Sensitivitätsanalysen ergaben keinen Einfluss bezogen auf die Interventionsdauer, die Sitzungszahl pro Woche und die Trainingsintensität. Die methodische Qualität der Studien wurde mit moderat bis schwach eingeschätzt, nach Einschätzung mit dem Cochrane Risk ob Bias Tool muss für alle der eingeschlossenen Studien ein hohes Risiko der Verzerrung angenommen werden.

Yoga

Eine systematische Recherche im Rahmen einer Arbeit der Cochrane Collaboration zur **Effektivität von Yoga**als Teil eines Versorgungspakets **im Vergleich zur Nicht-Standardversorgung** für Menschen mit Schizophrenie führte zu dem Schluss, dass derzeit keine Daten aus randomisierten kontrollierten Studien vorliegen *[1076]*.

Im Rahmen einer weiteren Arbeit der Cochrane Collaboration zu den Auswirkungen von **Yoga gegenüber Standardbehandlung** bei Menschen mit Schizophrenie *[1077]* konnten drei RCTs identifiziert werden (Tabelle 74). Es konnten kaum verwertbare Daten zu wenigen Endpunkten extrahiert werden. Zur Lebensqualität ging aus einer Studie (N = 80) hervor, dass es einen Unterschied zugunsten Yoga gegenüber der herkömmlichen Behandlung gab (MD [3] = 22,93 [95 % KI: 19,74 bis 26,12]; p < 0,0001). Es gab keinen klaren Unterschied zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der Zahl der vorzeitigen Studienabbrüche (RD [4] = 0,06 [95 % KI: - 0,01 bis 0,13]; k = 3; N = 193). Dieses Ergebnis wies ein hohes Maß an Heterogenität auf (χ^2 = 6,59; df = 2,0; P = 0,04; p = 0,08; I^2 = 70 %). In einer kleinen Studie (N = 28) wurde der Effekt von Yoga auf die Aktivitäten des täglichen Lebens untersucht. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen Yoga und der herkömmlichen Therapie zeigten sich in Teilbereichen der Körperpflege und der Haushaltsführung; nicht so im Bereich der Ernährungsgewohnheiten (Tabelle 76). Die Evidenz ist insgesamt von geringer Qualität.

[3] MD Mittlere Differenz

[4] RD Risikodifferenz

Broderick et al. (2017) *[1078]* untersuchten in einer separaten Arbeit die Wirksamkeit von Yoga gegenüber aktiver Kontrollbedingung. Identifiziert wurden 6 RCTs (N = 586). Die Nicht-Standardversorgung bestand ausschließlich aus einer anderen Form von Bewegungsinterventionen (Tabelle 74). Es gab einen deutlichen Unterschied zwischen den Gruppen bezogen auf vorzeitige Studienabbrüche (RR = 0,64 [95 % KI: 0,49 bis 0,83]; k = 6; p < 0,001) zugunsten der Yoga-Gruppe. Bei allen anderen erhobenen Outcomes (Positiv- und Negativsymptomatik, soziales Funktionsniveau, Lebensqualität) gab es keine eindeutigen Unterschiede zwischen den Gruppen (Tabelle 76). Nur eine Studie berichtete über unerwünschte Wirkungen und fand keine Inzidenz von unerwünschten Ereignissen in beiden Behandlungsgruppen*[1078]* Die Evidenz ist insgesamt von geringer bis moderater Qualität.

Tabelle 74: Übersicht aggregierter Evidenz zur Wirksamkeit von Bewegungs- und Sporttherapie

Autor:innen **Jahr**	**Design/Primärstudien**	**Teilnehmende** • **Diagnose(n)** • **Durchschnittliche Altersspanne in Jahren** • **Anzahl (min, max)** • **Setting**	**Interventionen** • **Art der Interventionen** • **Dauer (min/max)** • **Häufigkeit pro Woche** • **Intensität**	**Kontrollbedingungen**
NEU **Bredin et al. 2022** *[1056]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Metaanalyse (12 RCTs) • Maurus et al. (2020) • Senormanci et al. (2020) • Kern et al. (2020) • Ryu et al. (2020) • Shimada et al. (2019) • Curcic et al. (2017) • Loh et al. (2016) • Su et al. (2016) • Silva et al. (2015) • Svatkova et al. (2015) • Scheewe et al. (2013) • Pajonk et al. (2010)	• Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • k. A. • N = 554 (15, 104) • k. A.	• Walking/Jogging/Biking (k = 7), Muskelkräftigung (k = 2), Kombination aerobes Training und Muskelkräftigung (k = 3) • 8 bis 26 Wochen • 1 bis 5 x wöchentlich • Gering bis stark	• TAU (k = 4) • Intervention mit geringer Intensität (k = 3) • Beschäftigungstherapie (k = 4) • Sonstiges (k = 1)
NEU **Korman et al. 2020** *[1057]* *High Intensity Interval Training*	Metaanalyse (5 RCTs) • Gerber et al. (2018) • Hanssen et al. (2018) • Minghetti et al. (2018) • Romain et al. (2018) • Chapman et al. (2017)	• Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen • k. A. • N = 273 (16/72) • k. A.	• High Intensity Interval Training (HIIT) • 4 bis 26 Wochen • 2 bis 3 x wöchentlich • Hoch	• Kontinuierliches Training mit mittlerer Intensität (k = 4) • TAU (k = 1)
NEU **Broderick et al. 2019** *[1076]* *Yoga*	0 RCTs	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis	• Yoga	• Nicht-herkömmliche Standardtherapie (z. B. Gesprächstherapie, Kreativtherapie)
NEU **Broderick et al. 2017** *[1077]* *Yoga*	Metaanalyse (3 RCTs) • Isuru et al. (2015) • Paikkatt et al. (2012) • Xie et al. (2006)	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • k. A. • N = 193 (min 30/ max 90)	• Yoga • 3 bis 8 Wochen • Täglich über 1,5 h (k = 1), unklar (k = 1), 6 h/Tag an 8 Tagen über 3 Wochen (k = 1) • k. A.	• TAU (k = 3)

		• stationär (k = 3)		
NEU **Broderick et al. (2017)***[1078]* *Yoga*	Metaanalyse (6 RCTs) • Bhatia et al. (2017) • Lin et al. (2015) • Manjunath et al. (2013) • Varambally et al. (2013) • Behere et al. (2011) • Duraiswamy et al. (2007)	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • k. A. • N = 586 (min 88/ max 194) • Ambulant (k = 4), stationär (k = 1), ambulant und stationär (k = 1)	• Yoga • Ø 4,5 Monate • Sehr heterogen (täglich, 3 x wöchentlich, 25 Session pro Monat etc.), 45 bis 60 min pro Sitzung • k. A.	• Andere sportliche Trainings-interventionen (Kombination aus Walking, Jogging und Übungen im Stehen/Sitzen) (k = 5) • Laufband und Fahrradergometer (k = 1)
NEU **Martin et al. (2017)** *[1062] Sporttherapeu-tische Verfahren*	Narrative Synthese (7 RCTs) • Ho et al. (2016) • Silva et al. (2015) • Kim et al. (2014) • Scheewe et al. (2013a) • Scheewe et al. (2013b) • Scheewe et al. (2012) • Marzolini et al. (2009)	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 39 Jahre (Ø) • N = 326 (13, 100) • k. A.	• Walking/Jogging/Running in Kombination mit Muskelkräftigung (k = 4), Nicht berichtet (k = 3) • 12 bis 24 Wochen • 2 bis 3 x wöchentlich • Mäßig bis stark	• Aktive Kontrollgruppe (k = 4) • TAU (k = 2) • Beschäftigungstherapie (k = 1)
NEU **Firth et al. 2017** *[1058]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Narrative Synthese (9 RCTs) • Ho et al. (2016) • Kimhy et al. (2015) • Lin et al. (2015) • Malchow et al. (2015) • Svatkova et al. (2015) • Cassilhas et al. (2015) • Kim et al. (2014) • Falkai et al. (2013) • Scheewe et al. (2013) • Pajonk et al. (2010)	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • k. A. • N = 350 (16, 100) • k. A.	• Aerobe Übungen (z. B. Laufband, Fahrradergometer, (k = 7)), Muskelkräftigung (z. B. progressive Übungen, Thera-Bänder, (k = 2)) • 12 Wochen bis 6 Monate • k. A. • k. A.	• TAU (k = 3) • Tischfußball (k = 2) • Aktivitäten mit geringer Intensität (k = 2) • Tai-Chi (k = 1) • Beschäftigungstherapie (k = 1)
NEU **Brondino et al. (2017)*** *[1075]*	Metaanalyse (8 RCTs) • Luttenberger et al. (2015)	• Menschen mit Major Depression[1] • 46,5 Jahre (Ø)	• Aerobe Übungen (k = 4), Mind-Body-Intervention (z. B Tai-Chi (k = 3), anaerobe Übungen (k = 2)	• Warteliste (k = 3) • Stretching (k = 2) • Yoga (k = 1)

Verschiedenen Bewegungsformen	• Örtel-Knöchel et al. (2014) • Chan et al. (2012) • Krogh et al. (2012) • Lavretsky et al. (2011) • Krogh et al. (2009) • Hoffman et al. (2008) • Sharma et al. (2006)	• N = 729 (22, 202) • k. A.	• 4 bis 16 Wochen • Überwiegend 1 bis 3x wöchentlich • Gering bis hoch	• Gesundheitsberatung (k = 1) • Sonstiges (k = 1)
NEU **Schuch et al. (2016a)** *[1071]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Metaanalyse (11 RCTs) • Schuch et al. (2015) • Kerling et al. (2015) • Danielsson et al. (2014) • Oertel-Knoechel et al. (2014) • Morta-Pereira et al. (2011) • Pilu et al. (2007) • Blumenthal et al. (2007) • Singh et al. (2005) • Singh et al. (1997) • Veale et al. (1992) • Epstein et al. (1986)	• Überwiegend schwere Depression (MDD)[1] • 18 bis 76 Jahre (Altersspanne) • N = 453 (8, 100) • Überwiegend ambulant	• Aerobes Training • 3 bis 32 Wochen • k. A. • k. A.	• Nicht-aktive Kontrollintervention (z. B. TAU, Wartegruppe)
NEU **Schuch et al. (2016b)** *[1072]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Metaanalyse (6 RCTs) • Schuch et al. (2015) • Huang et al. (2015) • Morta-Pereira et al. (2011) • Gary et al. (2010) • Carta et al. (2008) • Brenes et al. (2007)	• Überwiegend schwere Depression (MDD)[1] • 39 bis 76 Jahre (Ø-Spannweite) • N = 198 (26, 50) • Überwiegend ambulant	• Aerobes Training • 3 bis 32 Wochen • 2 bis 5x wöchentlich • Überwiegend leicht bis moderat	• Nicht aktive Kontrollintervention
NEU **Firth et al. 2015** *[1074]* *Verschiedenen Bewegungsformen*	Metaanalyse (11 RCTs) • Beebe et al. (2015) • Battaglia et al. (2013) • Scheewe (2012, 2013) • Falkai et al. (2013)	• Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis • 30 bis 52 Jahre • N = 12 bis N = 120	• Jede Bewegungsintervention: aerobe (k = 5) und kräftigende Übungsformen (k = 1), Yoga (k = 4), Fußball (k = 1)	• TAU (k = 3) • Warteliste (k = 3) • Fitnessprogramme (k = 2) • Ergotherapie (k = 1) • Tischfußball (k = 1) • Verhaltenstherapie (k = 1)

	• Manjunath et al. (2013) • Gholipour et al. (2012) • Varambally et al. (2012) • Behere et al. (2011) • Pajonk et al. (2010) • Duraiswamy et al. (2007) • Acil et al. (2008) • Marzaloni et al. (2009)			
Pearsall et al. 2014* *[1069]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Metaanalyse (8 RCTs) • Pelham (1993) • Beebe (2005) • Skrinar (2005) • Acil (2008) • Marzaloni (2009) • Beebe (2011) • Methapatara (2011) • Scheewe (2012)	• Schizophrenie, Psychosen, schizo-affektive Störungen, bipolare Störungen • 27 bis 52 Jahre • N = 374 (10; 118) • Ambulant und stationär	• Allgemeine aerobe und kardio-vaskuläre Übungsformen (k = 4) Walking (k = 3), Fahrrad fahren (k = 1) • 10 bis 24 Wochen • 2 bis 4x wöchentlich • Mäßige Intensität (k = 7), spezifische Intensität (k = 1)	• TAU (k = 5) • Muskelkräftigungsübungen (k = 1) • Lebensstilveränderungen (k = 1) • Unklar (k = 1)
Danielsson et al. 2013 *[1073]* *Sporttherapeu-tische Verfahren*	Metaanalyse (14 RCTs) • Doyne (1985) • Klein (1985) • Veale (1992) • Blumenthal (1999) • Babyak (2000) • Mather (2002) • Dunn (2005) • Blumenthal (2007) • Pilu (2007) • Foley (2008) • Krogh (2009) • Hoffman (2011) • Mota-Pereira (2011) • Trivedi (2011)	• Schwere Depression[1] • 18 bis 60 Jahre (Altersspanne) • N = 1.137 (23, 202) • Ambulant, Tagesklinik	• Aerobe Gruppengymnastik (k = 4), Laufen (k = 3), Muskelkräftigung (k = 3), betreute Sporteinheiten (Laufen, Ergometer oder Walking, k = 2), Walking (k = 1), kardiovaskuläres Ergometer (k = 1) • 8 bis 32 Wochen • 2 bis 5x wöchentlich • 60 bis 80 % der Herzfrequenz	• Medikation oder Placebo (k = 7) • Entspannung (k = 3) • Gruppenpsychotherapie (k = 1) • Stretching (k = 1) • Muskelkräftigung Gewichte (k = 1) • Gesundheitskurse (k = 1) • Aerobe Übungen (k = 1)

Erläuterungen: RCT Randomisierte kontrollierte Studie, k. A. Keine Angabe, N = Anzahl eingeschlossener Studienteilnehmenden, k = Anzahl eingeschlossener Studien, TAU = Herkömmliche Therapie [1]Bei dem Einschluss von Übersichtsarbeiten und Studien zu Menschen mit depressiver Erkrankung wurden in der Hauptsache kategorial ermittelte Diagnosen (Major Depression) berücksichtigt.

Tabelle 75: Effekte von Sporttherapeutischen Interventionen (Aggregierte Evidenz)

	Bredin 2022 *[1056]*				**Korman 2020** *[1057]*		**Firth 2017** *[1058]*	**Martin 2017** *[1062]*	**Schuch 2016 (a,b)** *[1071][1072]*	**Pearsall 2014** *[1069]*
Diagnosegruppe	**Schizophrenie**				**SMI**		**Schizo-phrenie**	**Schizo-phrenie**	**Depression**	**SMI**
Intervention (Kontrolle)	Aerobes Training	Muskel-kräftigung	Kombination	Alle Formen	HIIT vs. MCT	HIIT vs. TAU	Sportliches Training	Kombination	Sportliches Training	Aerobes Training
Somatisch-Funktionelle Outcomes										
Gewicht ↓				++						~
BMI ↓			~	++						+
Muskelkräftigung ↑								++[1]		
Kardiopulmonale Leistungsfähigkeit ↑										++[1]
$V0_{2max}$ ↑					~			~[1]		
VO_{2peak} ↑								~[1]		
Volumen graue Substanz ↑							~/++[1]			
BDNF ↑							~/++[1]			
Merkmale klinischer Recovery										
Psychopathologische Symptome ↓	++	~	~					++[1]		
Negativsymptome ↓	++			++		++[1]		++[1]		~
Positivsymptome ↓	~		~	~				++[1]		+
Depressivität ↓					++				++	~
Ängstliches Erleben ↓					++					~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery										
Lebensqualität ↑						~			++	~
Psychosoziales Funktionsniveau ↑						++[1, 2]				
Behandlungsbezogene Merkmale und unerwünschte Ereignisse										
Unerw. Ereignisse					~[1]					
Studienabbruch					~					
Teilnahmeaktivität/ -beharrlichkeit										~[1]

Anmerkungen: ++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; [1] Ergebnisse beziehen sich auf Daten von Einzelstudien, [2] erhoben mit Global Assessment of Functioning (GAF), HIIT= High Intensity Interval training, MCT = Moderate Intensity Continuous Training, TAU=Herkömmliche Therapie; KG=Kontrollgruppe, BDNF= Brain-Derived Neurotrophic Factor, Wpeak Kardiovaskuläre Fitness in peak work rate, VO_{2peak} Maß für die kardiovaskuläre Fitness, SMI Severe Mental Illness

Tabelle 76: Effekte von gemischten Bewegungsformen und Yoga (Aggregierte Evidenz)

	Firth et al. 2015 *[1074]*	**Brondino et al. 2017** *[1075]*	**Broderick & Vancampfort 2017** *[1077]*	**Broderick et al. 2017** *[1078]*
Diagnosegruppe der untersuchten Menschen	**Schizophrener Formenkreis**	**Schwere Depression**	**Schizophrener Formenkreis**	**Schizophrener Formenkreis**
Intervention	Bewegungsinterventionen	Bewegungsinterventionen	Yoga vs. TAU	Yoga vs. aktive Kontrollbedingung
Somatisch-Funktionelle Outcomes				
BMI ↓	~			
Merkmale klinischer Recovery				
Psychopathologische Symptome ↓	++[3]			~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery				
Lebensqualität ↑			++[1]	~
Soziale Funktionen ↑				~[2]
Kognitive Funktionen ↑		~		
Behandlungsbezogene Outcomes				
Studienabbrüche ↓			~	++

Anmerkungen: ++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen, ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung; [1] Ergebnisse beziehen sich auf Daten von Einzelstudien; [2] erhoben mit der Social Occupational Functioning Scale (SOFS) oder dem TRENDS Accuracy Score; TAU = Herkömmliche Therapie; [3]Effekt nur aus Studien mit mäßiger bis intensiver Intensität

Zusammenfassende Bewertung

Deutlich wird in der Zusammenschau der Befunde, dass die Evidenzlage im Bereich der Bewegungs- und Sporttherapie bei schweren psychischen Erkrankungen lange Zeit uneinheitlich und schwach war. Auch wenn derzeit nicht alle Fragen beantwortet werden können und die Primärstudien z. T. erhebliche Mängel und Ergebnisse aus Metaanalysen eine gewisse Heterogenität aufweisen, lässt sich mittlerweile eine große Zahl an Übersichtsarbeiten insbesondere für die Störungsbilder der schweren Depression, der Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und für einen störungsübergreifenden Ansatz – wie hier in der Leitlinie behandelt – finden *[1378]*. Die zunehmende Evidenz in diesem Bereich bildet sich in aktuellen Leitlinienempfehlungen mit hohen Empfehlungsgraden ab (**Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, S3-Leitlinie Schizophrenie)***[1378]*.

Als Grundlage für die aktuellen Empfehlungen dienten zunächst 13 Übersichtsarbeiten und 6 Einzelstudien. Der Forschungsschwerpunkt liegt hierbei auf funktionell, sportlich aktivierenden Verfahren. Wenige Befunde in Form von RCTs liegen auch im Bereich körperpsychotherapeutischer Ansätze vor. Die Wirksamkeit edukativ-psychosozialer Verfahren bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde bisher kaum in randomisierten kontrollierten Studien untersucht.

Ergänzend zu den Ergebnissen aus einer ersten systematischen Suche wird hier auf die Ergebnisse bei Maurus et al. (2024) *[1378]* rekurriert. Deutlich wurde in dieser übergreifenden Arbeit, dass Lebensstilinterventionen (siehe Evidenzkapitel **Gesundheitsfördernde Interventionen**) mit einem multimodalen Ansatz das größte Potenzial zur Gewichtsreduktion und Verbesserung weiterer kardiovaskulärer Gesundheitsparameter aufzeigen. Deutlich gemacht werden konnte auch, dass zusätzliche körperliche Aktivität auch zur Verbesserung insbesondere depressiver Symptome bei Erwachsenen mit schwerer psychischer Erkrankung eingesetzt werden kann. Lt. Autor:innen kann körperliche Aktivität bei Erwachsenen mit schweren Depressionen depressive Symptome lindern und kognitive Funktionen, sowie die Schlafqualität und körperliche Fitness verbessern. Die große Mehrheit der Übersichtsarbeiten konzentriert sich auf Ansätze von körperlicher Aktivität bei Erwachsenen mit Schizophrenie-Spektrum-Störungen. Beobachtbar sind in erster Linie Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, kognitive Funktionen und Lebensqualität. Die Stärke der Evidenz variiert je nach Intervention und Diagnose, was die Bedeutung individueller Ansätze und weiterer Forschung unterstreicht. Angestrebt wird deshalb eine Höherstufung der Empfehlungsstärke für Bewegungsinterventionen in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen.

Sporttherapeutische Verfahren und Achtsamkeitsbasierte Bewegungskonzepte

Die sporttherapeutischen Interventionen beinhalteten v. a. Gehen, Laufen (auch Laufband), Fahrradfahren (auch Ergometer) und Krafttraining oder Kombinationen aus aeroben und muskelkräftigenden Übungen *[1056][1058][1062][1069][1071][1072][1073]*. In einer Übersichtsarbeit wurde die Wirksamkeit eines hoch intensiven Intervalltrainings *[1057]* untersucht. Übersichtsarbeiten mit gemischten Bewegungsformen enthielten darüber hinaus Studien, in denen z. B. auch die Wirksamkeit von Mind-Body-Interventionen wie Tai-Chi oder Körperdehnungen untersucht wurden *[1075][1074]*. Drei der Übersichtsarbeiten fokussierten Yoga-Übungen *[1076][1077][1078]* Die eingeschlossenen RCTs wiesen Kontrollgruppen mit einer Warteliste, Standardintervention, einer sonstigen Intervention (z. B. Beschäftigungstherapie, Kreativtherapie) oder

Bewegungstherapie (häufig mit geringer Intensität) als Zusatzintervention auf. Die Dauer der Therapien variierte zwischen 3 und 32 Wochen in den inkludierten Übersichtsarbeiten.

Für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung kann auf Basis der vorliegenden Evidenz angenommen werden, dass **sporttherapeutische Interventionen** positive Effekte sowohl auf somatisch-funktionelle Outcomes (v. a. BMI, Gewicht, Muskelkraft) als auch auf psychosoziale Outcomes (v. a. Negativ-, Positivsymptomatik, Depressivität und ängstliches Erleben, Lebensqualität) haben können *[1056][1062][1069]*. Allerdings sind die Ergebnisse insgesamt inkonsistent und beruhen z. T. auf Einzelergebnissen. Es gibt kaum Langzeitergebnisse.

Speziell für ein **ausdauerorientiertes (aerobes) regelmäßiges Training** ließen sich positive Effekte auf die psychopathologische Symptomatik (v. a. Negativsymptomatik, Depressivität) finden *[1056][1062]*. Eine Einzelstudie ergab zudem Hinweise darauf, dass Ausdauertraining im Vergleich zu Tischfußball bei Patient:innen mit Schizophrenie eine stärkere Vergrößerung des Hippocampus-Volumen hervorruft *[1059]*. Bei Firth et al. (2017) lassen sich vorläufige Hinweise dafür finden, dass Bewegungsinterventionen einen Einfluss auf die Gehirnstruktur und -konnektivität haben können *[1058]*.

Ein hoch intensives Intervalltraining scheint auch bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung durchführbar zu sein; es deuteten sich positive Effekte auf die Stimmung an *[1057]*. Es ließen sich keine Effekte durch Unterschiede in der Interventionsdauer, Trainingsfrequenz oder Intensität feststellen *[1056][1075]*. An anderer Stelle wurde in einer Sensitivitätsanalyse aufgezeigt, dass Interventionen mit mäßiger bis intensiver Bewegung (Interventionen mit > 30 Minuten mäßig bis starkes Training pro Woche) positive Effekte auf die allgemeine psychische Symptomatik haben können *[1074]*.

In weiteren Subgruppenauswertungen ergaben sich höhere Effektstärken für Studien mit niedriger Qualität, für Studien ohne ein Gruppenformat, in einem ambulanten Setting und bei Durchführung der Intervention durch qualifizierte Übungsleiter *[1071]*.

Yoga-Übungen gegenüber einer herkömmlichen Therapie bei Menschen mit schizophrener Erkrankung führen lt. aktueller Studienlage und auf der Basis einer kleinen Studie möglicherweise zu Verbesserungen der Lebensqualität *[1077]*. Gegenüber aktiver Kontrollbedingung (andere Bewegungsformen) kommt es durch Yoga zu einer geringeren Anzahl von Studienabbrüchen *[1078]*.

Ein umfangreicher Meta-Review zur **Wirksamkeit körperlicher Aktivität** in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, der hier nicht aufgenommen wurde, da die Einschlusskriterien abwichen, kam bezogen auf depressive Erkrankungen zu einer positiven Einschätzung. Die Autor:innen leiten konsistente Hinweise aus den identifizierten Arbeiten ab, dass körperliche Aktivität die depressiven Symptome im Vergleich zu Kontrollbedingungen verbessern kann, wobei die Effekte mit denen von Antidepressiva und Psychotherapie vergleichbar seien. Verbessert werden könne auch die kardiorespiratorische Belastbarkeit und die Lebensqualität von Menschen mit Depression. Die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit blieben begrenzt. Es wurde ein größerer Effekt festgestellt, wenn Bewegungsinterventionen mit mäßig starker Intensität durchgeführt und sportmedizinisch betreut wurden *[1055]*. Die hier eingeschlossenen Übersichtsarbeiten erfüllten nicht die Einschlusskriterien, die für diese Leitlinie gelten, berücksichtigt wurden in der Arbeit von Stubbs et al. auch leichte und moderate Verläufe. Für Störungen des schizophrenen Spektrums ließen sich lt. Autor:innen Hinweise darauf finden, dass aerobes Training die psychiatrischen Symptome verringern, die Kognition und verschiedene Teilbereiche sowie die kardiorespiratorische Leistungsfähigkeit verbessern kann, während die Belege für die Auswirkungen auf anthropometrische Maße wie den BMI uneinheitlich waren. Empfohlen wird, körperliche Aktivität als begleitende Behandlung bei Schizophrenie-Spektrum-Störungen einzusetzen, um Symptome, Kognitionen und Lebensqualität zu verbessern. Am konsistentesten seien die Ergebnisse zum aeroben Training (150 Minuten mäßige bis intensive Aktivität pro Woche). Speziell zum Kräftigungstraining lägen für Menschen mit Schizophrenie nur wenige Daten vor. Die Daten seien zudem unzureichend, um die potenzielle Überlegenheit der verschiedenen Formen von körperlicher Aktivität miteinander zu vergleichen *[1055]*.

Ein weiterer aktueller, außerhalb des Suchzeitraumes erschienener narrativer Review zu aeroben Bewegungstraining bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung kam ebenfalls zu dem Schluss, dass ein solches Training, insbesondere ein Ausdauertraining, positive Auswirkungen auf die allgemeine Funktionsfähigkeit, die Kognitionen sowie negative und depressive Symptome hat. Es kann die synaptische Aktivität und Plastizität des Gehirns stimulieren und das Volumen spezifischer Hirnregionen beeinflussen. Trotz der zunehmenden Zahl von Publikationen lässt sich aktuell noch nicht ableiten, welche Art, Dauer und Häufigkeit von Bewegung erforderlich ist, um langfristig positive Wirkungen zu erzielen *[1456]*.

Schwach

Empfehlung 43 **NEU**	**Evidenzbasierte Empfehlung: Körperpsychotherapeutische Verfahren**
Empfehlungsgrad **B**	Körperpsychotherapeutische Verfahren sollten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen präferenzbasiert und individualisiert zur Anwendung kommen.
Konsensstärke	**Konsens (94 %)**

Praktische Informationen

Ergänzende Hinweise:

In jedem Fall sollte vor Beginn von Bewegungsinterventionen der körperliche Gesundheitsstatus der Patientin bzw. 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, sind Kompetenzen und Kenntnisse 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 Behandlungsteam 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. Berücksichtigt werden sollen auch niederschwellige Angebote sowie eine präferenzsensitive Auswahl der Bewegungsart.

Aufgrund der hohen Prävalenz kardiovaskulärer Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können Bewegungsinterventionen nicht nur Symptome psychischer Erkrankungen verbessern, sondern auch die kardiorespiratorische Fitness.

Evidenz zur Entscheidung

Nutzen und Schaden

Kleiner Netto-Nutzen oder wenig Unterschied zwischen den Alternativen

Untersucht wurden verschiedene körperpsychotherapeutische Ansätze in randomisiert kontrollierten Studien hauptsächlich bei Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Allerdings wurde ein solcher Ansatz auch in der Behandlung von Menschen mit chronischer Depression untersucht *[863]*. Die Vergleichsinterventionen sind mindestens genau so 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.

Vertrauenswürdigkeit der Evidenz

Niedrig

Aufgrund der sehr heterogenen Studien hinsichtlich Experimental- und Kontrollintervention sowie hinsichtlich der Erhebungsinstrumente ist hier keine Bewertung nach GRADE erfolgt. Die Stichprobenumfänge der Primärstudien variieren; sie sind zumeist sehr klein. Die Studienqualität ist überwiegend moderat bis schwach. Bias müssen in der Mehrheit der Studien angenommen werden (s. auch Leitlinienreporte).

Wertvorstellungen und Präferenzen

Wesentliche Variabilität erwartet oder unklare Variabilität

Es gibt wenige Befunde aus Evidenz hierzu. In den eingeschlossenen Studien zeigt sich, dass die Behandlungszufriedenheit mit der Intervention vergleichbar ist mit der verglichen zur Kontrollintervention. Es ist davon auszugehen, dass bei der Vielfalt an Bewegungsmöglichkeiten für die Mehrheit der Nutzenden Bewegungsinterventionen entsprechend der individuellen Präferenzen angeboten werden können.

Ressourcen

Keine wichtigen Probleme mit der empfohlnenen Alternative

Versorgungsalltag:

Der Einsatz von körperlicher Aktivität und Sport im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag in Deutschland hat eine lange Tradition. Als vorteilhaft erweist sich, dass eine Sporttherapie und Bewegungsinterventionen sowohl im ambulanten als auch stationären Setting realisiert werden können. Das gleiche gilt für körperpsychotherapeutische Verfahren. Eine Umsetzung ist in verschiedenen Settings und durch unterschiedliche Träger möglich (stationär, ambulant über SGB V, Mobile medizinische Rehabilitation, Assistenzleistung zur Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen (Förderung der Gesundheitskompetenz) nach § 113 (2) Nummer 2 SGB IX).Keine Untersuchungen vorliegend.

Rationale

Evidenz aus Einzelstudien

Die Suche nach relevanten Einzelstudien beschränkt sich im Kapitel Bewegung und Sport auf den Bereich **körperpsychotherapeutischer Verfahren**. Es wurden keine aktuellen Studien identifiziert.

Es liegt ein systematisches Review von **Röhricht (2009)** zur **körperorientierten Psychotherapie** vor; dieser schloss allerdings unterschiedliche Studientypen ein *[1079]*. Bezogen auf Menschen mit Schizophrenie wurden drei ältere randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigt. May et al. (1963) und Goertzel et al. (1965) verglichen körperorientierte Psychotherapie mit Musiktherapie und zeigten eine Verbesserung der Psychopathologie und im Körperbild in beiden Gruppen *[1080] [1081]*. Untersucht wurde zudem ein kreativitätsbezogenes Bewegungsprogramm *[1082]*. Zusammengefasst stellen die Autor:innen dar, dass körperorientierte Psychotherapie generell positive Effekte haben kann.

Goertzel et al. (1965) evaluierten die **Wirksamkeit der sogenannten Body Ego Technique (BET)** bei 115 stationären Patient:innen mit chronischer Schizophrenie. Dieser Ansatz, der von der Tanztherapeutin Trudi Schoop speziell für Patient:innen mit Schizophrenie entwickelt wurde, fokussiert auf die Wahrnehmung von Bewegung und Körperhaltung, auf das Zeitgefühl von Patient:innen, wahrgenommen über verschiedene Bewegungsgeschwindigkeiten, auf Körpergrenzen, auf Realitätskontakt und Bewegungserfahrung. BET findet unter Verwendung von Musik statt, um den Rhythmus von Bewegungen zu unterstützen (individuell/Gruppentechnik). In der konkreten Studie gab es drei Interventionsbedingungen: 1. Gruppenbehandlung mit BET (über 6 Monate jeweils dreimal wöchentlich), 2. Einzelbehandlung mit BET (im selben Umfang), sowie 3. Gruppen- oder Einzelbehandlung mit BET (Setting durch Therapeuten bestimmt, über 3,5 Monate jeweils fünfmal wöchentlich). Die Patient:innen der Kontrollgruppe erhielten rezeptive Musiktherapie im Gruppenkontext. Ergebnisse wurden für den Vergleich der Gesamt-Interventionsgruppe über alle drei Vergleichsgruppen hinweg im Vergleich zur Kontrollgruppe dargestellt. Die Verbesserung der allgemeinen psychischen Symptomatik/des allgemeinen psychischen Zustandes - verblindet bewertet von einem Psychiater - fiel signifikant zugunsten von BET aus, dasselbe galt für den affektiven Kontakt. Pflegekräfte, die allerdings nicht verblindet waren, bewerteten die BET-Teilnehmenden nach der Intervention hinsichtlich ihrer Bewegungsfähigkeit und hinsichtlich des allgemeinen Funktionsniveaus besser als die Kontrollgruppenteilnehmenden. Die Autor:innen schlussfolgerten, dass BET wertvoll für die Herstellung einer therapeutischen Beziehung sowie als Zusatz zu oder Vorbereitung von verbal orientierten Therapieformen sein kann *[1081]*.

Eine weitere Studie aus England evaluierte ein vergleichsweise **kreativitätsbezogenes Bewegungsprogramm (engl. Movement and Drama Therapy)** bei langzeithospitalisierten Patient:innen mit einer chronischen Schizophrenie (N = 24) *[1082]*. Das Gruppenprogramm zielte auf die Verbesserung der Körperachtsamkeit und -koordination mittels körperlicher Bewegungen, den Ausdruck von Emotionen sowie ein besseres Gespür für soziale Situationen mittels der schauspielerischen Improvisation verschiedener Szenen. Die inhaltlichen Anforderungen an die Teilnehmenden reichten vom einfachen Werfen und Fangen von Bällen bis hin zum Darstellen komplexer Improvisationsaufgaben. Auch Alltagssituationen (Treffen von Freund:innen auf der Straße) sollten von den Teilnehmenden gespielt werden. Die Therapiesitzungen fanden einmal wöchentlich über 22 Wochen für eine Stunde statt. Die Kontrollgruppenteilnehmer erhielten im selben Zeitrahmen Gruppenpsychotherapie. Hinsichtlich der allgemeinen Krankheitsschwere verbesserte sich die bewegungstherapeutische Gruppe zwischen Beginn und Ende der Studie signifikant stärker als die Kontrollgruppe. Bezüglich der intellektuellen Performanz bzw. des psychomotorischen Funktionsniveaus verbesserte sich die Interventionsgruppe deutlicher.

Rosendahl et al. (2021) strengten eine systematische Recherche nach RCTs zur Wirksamkeit von **Körperpsychotherapie** (engl. Body Psychotherapy, BPT) bei erwachsenen Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Allgemeinen (Essstörungen, depressive Symptomatik, unspezifische Schmerzen, Angststörungen, Stresssyndrom, Substanzbezogene Störungen) an. 18 RCTs wurden eingeschlossen. Die beobachtete Effektgröße (ES) zeigte mittlere Effekte von BPT auf die Hauptergebnisse Psychopathologie und psychische Belastung. Im Falle von signifikanter statistischer Heterogenität zeigten explorative Subgruppenanalysen die Diagnose und das Ausmaß der Kontrollgruppenaktivität als bedeutsame Moderatoren. Enthalten sind in dieser systematischen Übersicht auch Studien, in denen Menschen mit Schizophrenie und schwerer Depression behandelt und untersucht wurden. Die in der Übersichtsarbeit enthaltenen relevanten Studien waren bereits in 2. Auflage der vorliegenden Leitlinie enthalten (Tabelle 77). Darüber hinaus wurden keine weiteren aktuellen Studien identifiziert *[1083]*.

Die Effektivität von **Körperpsychotherapie (BPT)** wurde an einer größeren Stichprobe schizophren erkrankter Menschen mit einer deutlichen Negativsymptomatik gegenüber einer aktiven Kontrollintervention (Pilates) untersucht (Tabelle 77). Die Abbruchraten waren in beiden Gruppen gering; die Inanspruchnahme in beiden Gruppen vergleichsweise hoch. Hinsichtlich des primären Outcomes, der Negativsymptomatik zu Behandlungsende und 6 Monate später zeigte sich kein Vorteil. In beiden Gruppen zeichnete sich eine leichte Reduktion der Negativsymptomatik über den Behandlungsverlauf ab. Ein statistisch signifikanter Effekt wurde mit Hilfe des Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms deutlich, der allerdings klinisch unbedeutend ist (Tabelle 78). Es zeigten sich auch darüber hinaus keine bedeutsamen Effekte *[837]*. Kritisch anzumerken ist hierbei, dass auch durch die Anwendung von Pilates positive Effekte auf die psychische Symptomatik zu erwarten sind. Eine Metaanalyse zur Effektivität von Pilates gegenüber herkömmlicher Therapien (TAU) verweist zumindest auf der Basis weniger kontrollierter Studien auf eine Reduktion depressiver und ängstlicher Symptome *[864]*. Zu wenig erforscht sind dabei bisher die zugrundeliegenden Wirkmechanismen beider Ansätze. Abzuleiten bleibt deshalb aus der vorliegenden Studie, dass keine Effekte durch Körperpsychotherapie gegenüber Pilates in der Behandlung der Negativsymptomatik (mit Hilfe der Subskala für Negativsymptomatik der PANSS) nachweisbar sind. Stattdessen zeigte sich in beiden Gruppen eine Reduktion dieser im Behandlungsverlauf, die für einen allgemeinen Effekt durch Bewegungsinterventionen sprechen. Interessanterweise konnte in einer Sekundäranalyse aufgezeigt werden, dass sich in der Gruppe der weiblichen Studienteilnehmenden sehr wohl ein statistisch signifikanter Effekt auf die Negativsymptomatik zeigte, nicht so in der Gruppe der männlichen Teilnehmenden. Dieser Befund macht die Bedeutung der Charakteristika der Studienteilnehmenden deutlich *[865]*.

In einer Studie untersuchten Martin und Kollegen (2016) die Effekte von 20 Sitzungen manualisierter **Bewegungstherapie** (Body Psychotherapy (BPT) / Dance and Movement Therapy (DMT) *[1457]* gegenüber herkömmlicher Therapien bei 68 Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und durchschnittlicher Erkrankungsdauer von ca. 16 Jahren in ambulanter Behandlung (Tabelle 77, Tabelle 78).

Die Studie wurde an 3 Studienzentren in Deutschland (Heidelberg, Wiesloch, Mosbach) durchgeführt. Die Negativsymptomatik konnte signifikant um ca. 20 Prozent reduziert werden. Im Bereich der Subskalen zeigten sich v. a. hinsichtlich der Aufmerksamkeit Verbesserungen *[866]*.

In einer explorativen RCT wurde der Effekt einer 10-wöchigen manualisierten **Körperpsychotherapie (BPT)** bei chronisch depressiven Patienten untersucht. Es zeigte sich eine statistisch und klinisch relevante Verbesserung der depressiven Symptomatik im Fremdrating, nicht aber eine Verbesserung von Selbstbewusstsein und subjektiver Lebensqualität (Tabelle 77, Tabelle 78). Zudem zeichnete sich ein (nichtsignifikanter) Dosiseffekt ab *[863]*.

Lee et al. (2015) untersuchten die Effektivität einer **Tanz- und Bewegungstherapie** bei Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (N = 38). Die Patient:innen der Interventionsgruppe erhielten einmal wöchentlich über 12 Wochen eine tanztherapeutische Intervention sowie eine medikamentöse Behandlung; die Patient:innen der Kontrollgruppe lediglich die Medikation. Am Ende der Behandlung wurden eine signifikante Reduktion der Negativsymptomatik, der depressiven Symptomatik sowie von Ärger und eine signifikante Verbesserung der Ärgerkontrolle evident *[867]*.

In England untersuchten Röhricht und Priebe (2006) *[834]* die Wirksamkeit einer manualisierten **körperorientierten Psychotherapie** speziell in Bezug auf die Verbesserung der Negativsymptomatik bei Patient:innen mit einer chronischen Schizophrenie (N = 45). Die Therapie zielte durch ihren Fokus auf nonverbales Arbeiten auf das Überwinden von Kommunikationsbarrieren, die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf den Körper (physische Realität, Koordination, Orientierung im Raum), die Stimulation von Aktivität und emotionaler Empfindlichkeit, das Entdecken eigener körperlicher Fähigkeiten sowie die Veränderung dysfunktionaler Selbstwahrnehmung (vgl. *[1047]*). Die körperorientierte Psychotherapie fand in Gruppen mit maximal acht Patient:innen statt, wobei über 10 Wochen hinweg 20 Sitzungen zu je 60 bis 90 Minuten Dauer absolviert wurden. Die Teilnehmenden der Kontrollbedingung erhielten im gleichen zeitlichen Umfang und ebenfalls im Kleingruppenkontext unterstützende Beratungsgespräche. Die Studienergebnisse zeigten zum Ende der Intervention sowie zu einem Follow-up nach vier Monaten eine signifikant stärkere Reduktion der Negativsymptomatik (insbesondere Affektarmut und motorische Hemmung) bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Es gab keine Gruppenunterschiede bezüglich der Parameter Positivsymptomatik, generelle Psychopathologie und subjektive Lebensqualität. Die Patientenzufriedenheit mit der Behandlung sowie die Beurteilung der therapeutischen Beziehung durch die Patient:innen fielen in beiden Gruppen positiv aus. Die Einflüsse möglicher Drittvariablen auf die Negativsymptomatik wurden im Rahmen der Studie kontrolliert, sie veränderten das Untersuchungsergebnis aber nicht (Tabelle 77, Tabelle 78).

Tabelle 77: Charakteristika Einzelstudien zur Wirksamkeit Körperpsychotherapeutischer Verfahren

Autor:in/Jahr	Patient:innenenpopulation • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl (N) • Dauer d. Erkrankung, in Jahren • Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Häufigkeit pro Woche	Kontrollgruppe
Priebe et al. 2016 *[837]*	• Schizophrenie • 42,2 (Alter) • N = 275 • 12,6 (Erkrankungsdauer) • Ambulant (CMHT)	• Körperpsychotherapie • 10 Wochen • 2x wöchentlich (90 min)	• Pilates in vergleichbarem Umfang
Martin et al. 2016 *[866]*	• Schizophrenie • 39,8 (Æ Alter) • N = 68 • 15,9 (Erkrankungsdauer) • Ambulant	• Bewegungstherapie (Body Psychotherapy/Dance and Movement Therapy) • 10 Wochen • 2x pro Woche	• Ausschließlich medikamentöse Therapie
Lee et al. 2015 *[867]*	• Schizophrenie • Ca. 41,5 (Alter) • N = 38 • 8,7 (Erkrankungsdauer) • Ambulant	• Dance/Movement Therapy • 12 Wochen • 1x pro Woche (60 min)	• Ausschließlich medikamentöse Therapie
Röhricht 2013 *[863]*	• Chronische Depression	• Körperpsychotherapie (BPT, Gruppe)	• Wartegruppe

Autor:in/Jahr	Patient:innenenpopulation • Diagnose • Alter, in Jahren • Anzahl (N) • Dauer d. Erkrankung, in Jahren • Setting	Intervention • Art • Dauer (gesamt) • Häufigkeit pro Woche	Kontrollgruppe
	• BPT: 46,9 Jahre; KG: 48,5 Jahre • N = 31 • BPT: 16,3 Jahre; KG: 12,1 Jahre • HAMD total score: BPT: 28,2, KG: 27,2 • Ambulant	• 10 Wochen • 2xwöchentlich (90 min)	
Röhricht und Priebe 2006 *[834]*	• Schizophrenie • 38 (Alter) • N = 45 • k. A. • Ambulant	• Körperorientierte Psychotherapie • 10 Wochen • 2x pro Woche (60 bis 90 min)	• Supportive Gespräche
Maurer-Groeli 1976 *[1084]*	• Schizophrenie • 33,5 (Alter) • N = 37 • Hospitalisierte Patienten in akuter Phase • Stationär	• Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie • 6 Wochen • 3x pro Woche über 60 min	• Beschäftigungs- und Arbeitstherapie

Erläuterungen: N Anzahl Teilnehmender

Folgende ältere Studie aus der Schweiz soll erwähnt werden. Die Wirksamkeit einer **körperzentrierten Gruppenpsychotherapie** bezüglich der Ich-Funktionen bei akut erkrankten stationären Patient:innen mit Schizophrenie untersuchte eine randomisierte kontrollierte Studie (N = 37) *[1084]*. Die Teilnehmenden der Interventionsgruppe (N = 21, davon N = 11 mit Leib-Erlebensstörungen) erhielten zusätzlich zur klinischen Behandlung über durchschnittlich sechs Wochen hinweg dreimal wöchentlich für eine Stunde körperzentrierte Gruppenpsychotherapie, ein Verfahren, das an anderer Stelle eingehend beschrieben ist *[1085]*. Nach einem einleitenden Gruppengespräch werden hierbei körperliche Übungen durchgeführt, die im Wesentlichen aus der Betastung der eigenen Körperoberfläche, Lockerungsbewegungen und der Konzentration auf den entspannten Körper bestehen. Die Kontrollgruppenteilnehmenden (N = 16, davon 14 Patient:innen mit Leib-Erlebensstörungen) erhielten in einem vergleichbaren Zeitumfang eine nicht weiter charakterisierte Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (Tabelle 77). Die Ich-Funktionen, welche vor und nach der Intervention gemessen wurden, waren die des Realitätssinns, der Realitätsprüfung, des Denkens sowie des Reizschutzes. Der Besserungsfortschritt (Ausgangs-Endwert – Differenzvergleich) hinsichtlich jeder einzelnen Ich-Funktion sowie der Ich-Funktionen insgesamt unterschied sich nicht signifikant zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe. Betrachtet man jedoch nur die Subgruppe der Patient:innen mit Leib-Erlebensstörungen, so wurde eine signifikante Überlegenheit der Experimentalintervention evident, was den Besserungsfortschritt der Ich-Funktionen insgesamt betrifft. Somit konnte zwar für die Gesamtgruppe der Patient:innen mit Schizophrenie durch körperzentrierte Gruppenpsychotherapie keine Überlegenheit gegenüber Beschäftigungs- und Arbeitstherapie erzielt werden, wohl aber für die Untergruppe der Patient:innen mit Leib-Erlebensstörungen.

Tabelle 78: Effekte von Körperpsychotherapeutischen Verfahren bei Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis aus Einzelstudien

	Goertzel et al. 1965 *[1081]*	Nitsun et al. 1974 *[1082]*	Maurer-Groeli 1976 *[1084]*	Röhricht & Priebe 2006 *[834]*	Priebe et al. 2016 *[837]*	Martin et al. 2016 *[866]*	Lee et al. 2015 *[867]*
Patient/Patientin Teilnehmerzahl N (gesamt), Diagnose, Setting	N = 115 Schizophrenie stationär	N = 24 Schizophrenie stationär	N = 37 Schizophrenie stationär	N = 45 Schizophrenie ambulant	N = 275 Schizophrenie ambulant	N = 68 Schizophrenie ambulant	N = 38 Schizophrenie stationär

Intervention vs. Kontrollintervention	Body Ego Technique (BET) vs. rezeptive Musiktherapie	Kreatives Bewegungs-programm (Movement and Drama Therapy) vs. Gruppenpsycho-therapie	Körperzentrierte Gruppenpsycho-therapie vs. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie	Körperorientierte Psychotherapie vs. supportive Gespräche	Körperorientierte Psychotherapie vs. Pilates		Körper- und Bewegungs-orientierte Therapie vs. Medikation allein	Dance/Move-ment Therapy vs. Medikation allein
Beobachtungszeitraum	Behandlungsende	Behandlungsende	Behandlungsende	4 Monate	Behand-lungsende	6 Monate	Behandlungs-ende	Behandlungs-ende
Merkmale klinischer Recovery								
Symptomschwere (allgemein)	++	++		~	~	~		
Negativsymptomatik				++	~	~	++	++
Positivsymptomatik				~	~	~		~
Depressive Symptomatik					~	~		++
Angstsymptomatik								~
Ärger und -kontrolle								++
Ich-Funktionen			~*/++**					
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery								
Lebensqualität				~	~	~		
Soziale Aktivitäten/ Kontakte					~	~		
Soziale Aktivitäten/ Kontakte					~	~		
Behandlungsbezogene Merkmale								
Behandlungszufriedenheit				~	~	~		
Zufriedenheit mit therapeutischer Beziehung				~				

Erläuterungen: ++ Signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; + Tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ¯ Reduktion, Erhöhung; * Rating nach Bellak et al. 1973: Realitätssinn, Realitätsprüfung, Denken, Reizschutz/ **bei Leib-Erlebensstörungen (funktionelle Beschwerden, körperliche Illusionen, Halluzinationen und körperliche Depersonalisierungssymptome)

Zusammenfassende Bewertung

Körperpsychotherapeutische Verfahren

Untersucht wurden verschiedene körperpsychotherapeutische Ansätze in randomisiert kontrollierten Studien hauptsächlich bei Patient:innen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Allerdings wurde ein solcher Ansatz auch in der Behandlung von Menschen mit chronischer Depression untersucht *[863]*. Die Vergleichsinterventionen sind mindestens genau so 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.

13. Matrix des deutschen Versorgungssystems: Wie lassen sich die Empfehlungen der Leitlinie leistungsrechtlich umsetzen?

Empfohlen werden in dieser Leitlinie umschriebene psychosoziale Therapien sowie komplexe Interventionen mit einem psychosozialen Fokus, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien untersucht wurde. Ausgangsbasis bilden die spezifischen Bedarfe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (siehe Kapitel **Lebens- und Versorgungslagen**) sowie verschiedenste Ansätze und Interventionen, diesen Bedarfen zu begegnen. Die Empfehlungen dieser Leitlinie basieren mehrheitlich auf international generierter Literatur, was eine Übertragung in die hiesigen Versorgungszusammenhänge erheblich erschwert. Das gegliederte deutsche Sozialrecht unterscheidet sich erheblich von dem nordamerikanischen und dem englischen. Das staatliche englische Gesundheitssystem beispielsweise ermöglicht eine direkte Übernahme von Leitlinien-Empfehlungen.

Bei einer Umsetzung der Empfehlungen dieser Leitlinie in das deutsche Versorgungssystem kommt man nicht umhin, die Empfehlungen den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zuzuordnen. Eine besondere Schwierigkeit besteht darin, die Empfehlungen dieser Leitlinie den verschiedenen leistungsrechtlichen Bereichen von Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe sowie Pflege zuzuordnen, für die es unterschiedliche Zuständigkeiten gibt. Für die Umsetzung der Leistungen von Behandlung und Rehabilitation ist gesetzlich der Bund zuständig, für die der Leistungen der Eingliederungshilfe die Bundesländer. Im vorliegenden Matrixkapitel werden die verschiedenen leistungsrechtlich **relevanten Bereiche von Krankenbehandlung, Rehabilitation und Leistungen der sozialen Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher Behinderung** beschrieben und die psychosozialen Interventionen aus den Evidenzkapiteln den jeweiligen Leistungsbereichen zugeordnet. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland werden vorangestellt. Das durch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) veränderte Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) hat die Grundlage geschaffen, die Leistungsbereiche miteinander zu vernetzen und eine bedarfsgerechte Versorgung mit Leistungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Sozialer Teilhabe auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ermöglichen.

13.1 Historischer Hintergrund

Seit nunmehr fast 50 Jahren besteht Einvernehmen in der Psychiatrie, dass Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeindeintegriert und damit möglichst dicht an der Lebenswirklichkeit angesiedelt sein sollten. 1975 legte die Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages zur Lage der Psychiatrie in Deutschland ihren 1.800-seitigen Bericht vor. „Menschenunwürdige Zustände" wurden vorgefunden und eine **Psychiatrie-Reform** angestoßen. Zentrale Ziele der Psychiatrie-Reform waren die Gleichstellung psychischer Erkrankungen mit somatischen Erkrankungen sowie der Umbau des Versorgungssystems von zentralen stationären in dezentrale gemeindepsychiatrische Angebote *[1086]*. Bereits 1963 waren mit den „Rodewischer Thesen" sozialpsychiatrische Forderungen in der ehemaligen DDR laut geworden, die jedoch nicht in ein systematisches Reformprogramm mündeten *[1087]*.

Besondere Berücksichtigung sollte in der Psychiatrie-Enquête die **Personengruppe der chronisch erkrankten Menschen** finden, deren soziale und berufliche Integration im Vordergrund stehen sollte. In schematischer Form wurden Angebote vorgeschlagen, die in einem Standardversorgungsgebiet umgesetzt werden sollten. Neben ambulanten Diensten, Fachambulanzen, Polikliniken und (halb)stationären Diensten sollten auch sogenannte Komplementäre Dienste (z. B. Wohnheime, Übergangsheime, Tagesstätten, Patientenclubs), spezielle rehabilitative Dienste (Werkstätten und beschützte Arbeitsplätze) und Dienste für Menschen mit Behinderung (z. B. Einrichtungen zur Früherkennung, Sonderkindergärten und -schulen) enthalten sein (vgl. *[1086]*). In diesem Versorgungsschema waren zunächst eine Vielzahl an Angeboten vorgesehen, die aus damaliger Sicht für eine psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung chronisch psychisch erkrankter Menschen in der Gemeinde erforderlich schien. Bereits damals war das Schema so ausgerichtet, als gebe es in Deutschland ein einheitliches, durchgängig staatlich finanziertes psychiatrisches Versorgungssystem ohne eine Sektorisierung über die verschiedenen sozialrechtlichen Grundlagen und Versorgungssettings hinweg.

Seit der Psychiatrie-Enquête hat sich vor allem die über die Krankenversicherung finanzierte stationäre Versorgung erheblich verbessert. Wurde in den 1960er Jahren die **stationäre Versorgung** durch 130 psychiatrische Krankenhäuser mit durchschnittlich 1.200 Betten, und damit für die meisten der Patient:innen wohnortfern geleistet, vollzog sich seit Mitte der 1990er Jahre ein umfassender Wandel. Die mehrheitlich zwangseingewiesenen Patient:innen hatten auf den überwiegend geschlossen geführten Stationen in den 1960er Jahren eine durchschnittliche Verweildauer von einem Jahr; knapp 60 Prozent der Patient:innen lebten länger als zwei Jahre in den anstaltsförmig organisierten Landeskrankenhäusern. Die psychiatrischen Universitätskliniken behandelten chronisch psychisch erkrankte Patient:innen in der Regel nicht. Die Personalausstattung war mehr als ungenügend (Verhältnis von Arzt zu Patient 1:78; Psychologe zu Patient 1:500). Aktivierende Pflege sowie ergotherapeutische Angebote wurden kaum angeboten. Teilstationäre, ambulante sowie komplementäre Dienste waren deutlich unterentwickelt *[1086]*.

Im stationären Bereich vollzog sich ein **Wandel** zu wesentlich verkleinerten Fachkrankenhäusern ohne Langzeitbereich und einer stark gewachsenen Zahl psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern *[1088]*. In Deutschland standen 2022 insgesamt 57.011 psychiatrische Krankenhausbetten in 403 Fachkliniken bzw. Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten zur Verfügung. 2022 wurden dort etwa 746.000 stationäre Behandlungen durchgeführt. Die Verweildauer in einem psychiatrischen Krankenhaus betrug durchschnittlich 24 Tage *[1089]*. Seit der Verabschiedung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) existiert die Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) im Haushalt der Betroffenen *[1090]*. Mit der Abnahme von stationären Bettenzahlen wurde gleichzeitig der Ausbau tagesklinischer Behandlungsplätze forciert. Die Tagesklinik nimmt heute in Deutschland an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Behandlung einen bedeutenden Platz ein und stellt eine Alternative zum psychiatrischen Krankenhaus dar. In 2022 standen insgesamt 16.957 tages- und nachtklinische Behandlungsplätze in 388 Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung; es wurden rund 162.00 teilstationäre Behandlungsfälle verzeichnet *[1089]*. Störungen durch psychotrope Substanzen (32 %) sind, gefolgt von affektiven Störungen (27 %) im Bereich der psychischen Erkrankungen die häufigsten Behandlungsdiagnosen für eine stationäre Behandlung *[1091]*.

Im **Bereich der ambulanten Behandlung** hat sich die Zahl niedergelassener Fachärzt:innen sowie das psychiatrische Wissen der Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin erhöht. Für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen wurden Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAs) eingerichtet; von denen bundesweit ca. 500 Einrichtungen existieren in denen pro Jahr etwa 2 Millionen Behandlungsfälle verzeichnet werden *[1092]*. Dennoch gestaltet sich die Umsetzung der Gleichstellung von psychisch erkrankten Menschen nach wie vor schwierig. Insbesondere die Anwendung des gegliederten Sozialrechts auf die Rehabilitation und Teilhabe in der Gemeinde erwies sich als nahezu unlösbare Aufgabe. Die Umsetzung der in der Psychiatrie-Enquête geforderten Angebote in einem Standardversorgungsgebiet (vgl. *[1086]*) in konkrete Sozialleistungen gelang nicht. Nur ein verschwindend geringer Teil der chronisch psychisch kranken Menschen erhielt wie Menschen mit psychosomatischen oder Suchterkrankungen Zugang zu einer medizinischen-beruflichen Rehabilitation, da diese nur über Leistungen der Rentenversicherung nach SGB VI gewährt wird. Der größte Teil der chronisch psychisch erkrankten Menschen blieb aus dem Arbeitsmarkt ausgeschlossen und lebt in einer Nische der Gesellschaft *[937]*. Jährlich erhalten gerade einmal etwas mehr als 2000 Personen Leistungen in der Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) *[1093]*, während derzeit über 200.000 Personen mit seelischer Behinderung Leistungen der Sozialen Teilhabe in unterstützten Wohnformen erhalten *[1094]*, und eine unbekannte Zahl chronisch psychisch erkrankter Menschen sozial isoliert in ihrer Wohnung leben oder auf Unterstützung der Wohnungslosenhilfe angewiesen sind.

Im Hinblick auf die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist Deutschland in der Behindertenpolitik bislang weit von den menschenrechtlichen Grundsätzen der **Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK)**, die von der BRD im Jahre 2008 unterzeichnet wurde, entfernt. In der ersten Staatenprüfung *[1095]* wurde Deutschland dafür kritisiert, die sozialen Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung im Rahmen der Sozialhilfe zu finanzieren. Mit dem neuen **SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen [1]** wurde die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickelt. Die Begründung: *„Die UN-BRK ist (…) geltendes Recht und eine wichtige Leitlinie für die Behindertenpolitik in Deutschland. (…) Mit der Ratifikation der UN-BRK hat sich die Bundesrepublik Deutschland dazu bekannt, das deutsche Recht grundsätzlich in Übereinstimmung mit diesem Menschenrechtsübereinkommen weiterzuentwickeln" [1096]*.

[1] Ein beträchtlicher Teil der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind nach dem neuen Behinderungsbegriff als behindert oder wesentlich behindert zu klassifizieren: Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können(§ 2 SGB IX n.F.).

Die UN-BRK wird in der psychiatrischen Versorgung vor allem dann bemüht, wenn es um Zwangsmaßnahmen geht *[1097] [1098] [1099]*. Die in Artikel 12 verbriefte „gleiche Anerkennung vor dem Recht" betrifft jedoch auch den Zugang zu allen sozialrechtlichen Leistungen der Gesundheit sowie der Rehabilitation. Nach Artikel 26 Absatz 1 UN-BRK - Habilitation und Rehabilitation *„treffen die Vertragsstaaten wirksame und geeignete Maßnahmen, (…) um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassender körperlicher, geistiger, sozialer und beruflicher Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere **auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste** [2], und zwar so, dass diese Leistungen und Programme*

- *im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen,*
- *die Einbeziehung in die Gemeinschaft in allen gesellschaftlichen Aspekten unterstützen, so dass sie für Menschen mit Behinderungen wohnortnah auch in ländlichen Gebieten erreichbar sind…".*

[2] Hervorhebung M.K.

Angesichts der klaren Maßgabe der UN-BRK musste der Gesetzgeber im Hinblick auf die Rehabilitationsleistungen handeln. Er beschreibt dies aus der historischen Perspektive in der Gesetzesbegründung: *„Das SGB IX, Teil 1 ist das Ergebnis einer fast drei Jahrzehnte währenden Diskussion über ein **einheitliches Rehabilitationsrecht** für Menschen mit Behinderungen. Im Fokus stand dabei immer die Frage, ob für Rehabilitationsleistungen ein neuer und eigenständiger Sozialleistungszweig mit einem eigenständigen Leistungsträger geschaffen oder das bestehende, über alle Sozialleistungsgebiete ausstrahlende Behindertenrecht, besser koordiniert und übersichtlicher ausgestaltet werden* sollte" (*[1100]*, S. 192).

Der Gesetzgeber entschied sich unter Druck der Bundesländer **zugunsten des gegliederten System**s, änderte SGB IX, Teil 1 jedoch in einer Weise, so dass die Zuständigkeitsklärung nicht zu Lasten der antragstellenden Menschen gehen dürfe. Um dies sicherzustellen wurden allgemeine, für alle Rehabilitationsträger geltenden Grundsätze normiert, sowie die Regelungen zur Zuständigkeitsklärung, Bedarfsermittlung, zum Teilhabeplanverfahren und zu den Erstattungsverfahren der Rehabilitationsträger untereinander geschärft. Der wichtigste Schritt war jedoch, den aus Steuermitteln finanzierten Träger der Eingliederungshilfe zu einem echten Rehabilitationsträger zu machen, in dem die Leistungen der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht im SGB XII in Teil 2 des Rehabilitationsrechts SGB IX transferiert wurden. Die Leistungen der Eingliederungshilfe können somit in Anspruch genommen werden, sobald eine Chronifizierung des Gesundheitsproblems droht. Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen die Leistungen der Medizinischen Rehabilitation, der Teilhabe am Arbeitsleben, der Teilhabe an Bildung und der Sozialen Teilhabe. Damit ging einher, dass auch die Leistungen der Eingliederungshilfe nur auf Antrag erbracht werden können.

Das psychiatrische Versorgungssystem ist auf der Grundlage des gegliederten Sozialrechts in **drei leistungsrechtliche Segmente** (Abbildung 6) aufgeteilt:

- Krankenbehandlung (SGB V),
- Medizinische Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben (SGB III, SGB V, SGB VI) und
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe sowie nachrangig auch alle anderen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX, Teil 2).

Für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen kommen Pflegeleistungen nach SGB XI hinzu.

Die **Probleme der sozialrechtlichen Trennung** zwischen den Bereichen Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe sowie Eingliederungshilfe durch das gegliederte Sozialrechtssystem sollen durch die Vorschriften nach den Kapiteln 2 bis 4 SGB IX Teil 1 aufgehoben werden. Die Rehabilitationsträger sind verpflichtet, die Leistungen entsprechend des individuellen Bedarfs so zu koordinieren, dass eine bedarfsgerechte Leistungserbringung „wie aus einer Hand" entsteht. Das gesetzlich vorgeschriebene Instrument ist die „Teilhabeplanung" auf Grundlage einer „individuellen und funktionsbezogenen" Bedarfsermittlung. Der Träger der Eingliederungshilfe hat alle Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu erfassen und muss die Teilhabeplanung nach den Vorschriften des Gesamtplanverfahrens durchführen. Bei konsequenter Anwendung der gesetzlichen Vorschriften erhalten auch Menschen mit schweren und längerfristigen psychischen Beeinträchtigungen die für ihre Rehabilitation und Teilhabe erforderlichen Leistungen *[1101]*. Diese Vorschriften sind für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen bindend.

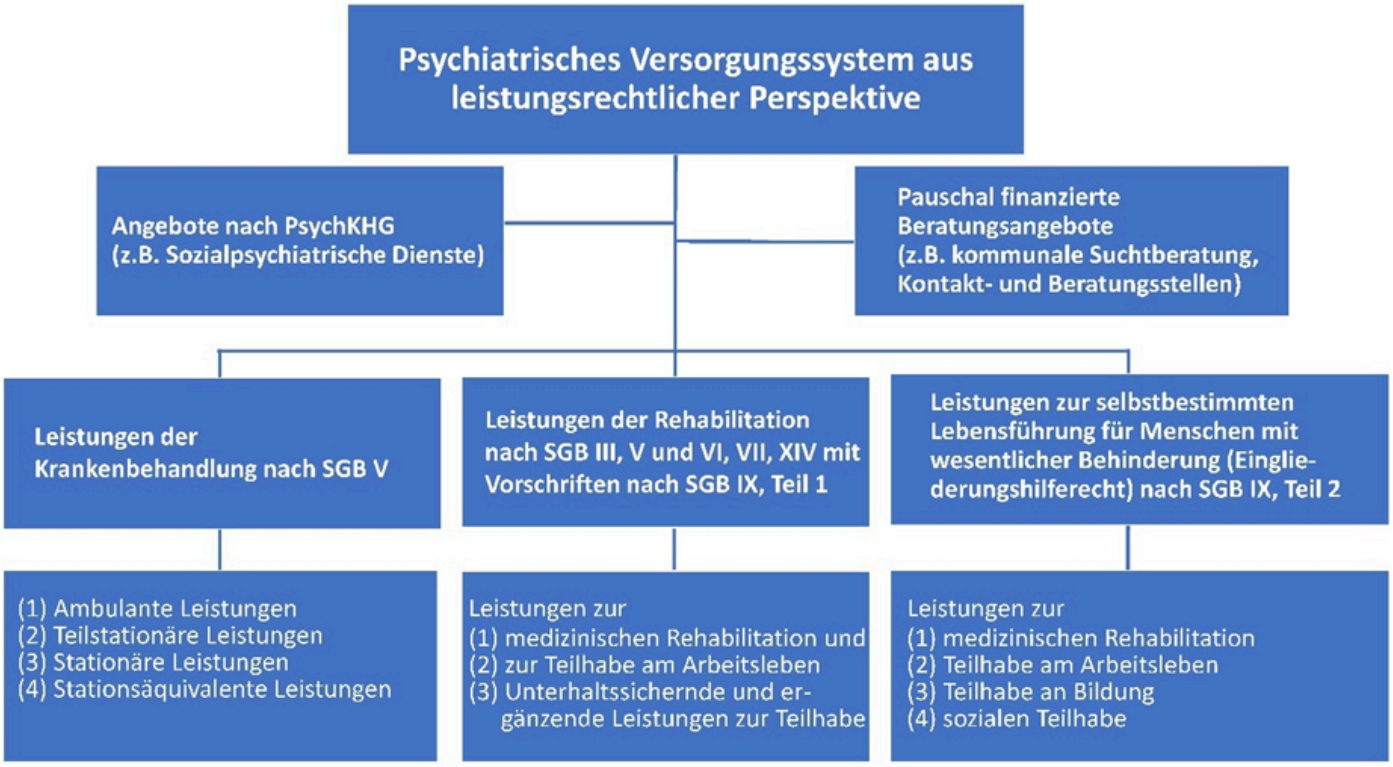


Abbildung 6: Versorgungssystem aus leistungsrechtlicher Perspektive

Für die „funktionsbezogene Bedarfsermittlung" ist die Orientierung an der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** unabdingbar. Für den Träger der Eingliederungshilfe wurde die Verwendung der Komponente „Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)" der ICF gesetzlich vorgeschrieben. Die krankheitsbedingten Störungen der Körperfunktionen und die Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe können mit der ICF erfasst werden. Gleiches gilt für die Kontextfaktoren der Person, die damit in Wechselwirkung stehen und sich förderlich oder hinderlich auf die Funktionsfähigkeit auswirken. Die ICF liefert die grundlegende Struktur für eine umfassende Rehabilitations- und Teilhabeplanung *[1102]*. Ihre Basis bildet wiederum das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit *[1102]* (Abbildung 7).

Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Gesundheitsproblem mit einer ICD-Diagnose erfasst wird, können längerfristige Störungen der Körperfunktionen aufweisen, die in der ICF unter den Mentalen Funktionen klassifiziert sind. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, z.B. durch Stimmen hören, kann auf Ebene der Aktivitäten z. B. die ungestörte Gesprächsführung einschränken und verhindern, dass ein Mensch z. B. klärende Gespräche im Familien- oder Kollegenkreis führen kann, was seine Teilhabe beeinträchtigt. Die **Teilhabe** wird von verschiedenen fördernden oder hemmenden Kontextfaktoren beeinflusst. Dabei wird zwischen Umweltfaktoren (z. B. soziale Unterstützung und gesellschaftliche Einstellungen) und Personbezogenen Faktoren (z. B. soziodemographische und biografische Faktoren, mentale Funktionsfähigkeit, Bildung) unterschieden. Eine Behinderung liegt vor, wenn die Einschränkung der Teilhabe länger als ein halbes Jahr vorliegt oder droht, eine wesentliche Behinderung liegt vor, wenn die Einschränkung der gleichberechtigten Teilhabe erheblich ist.

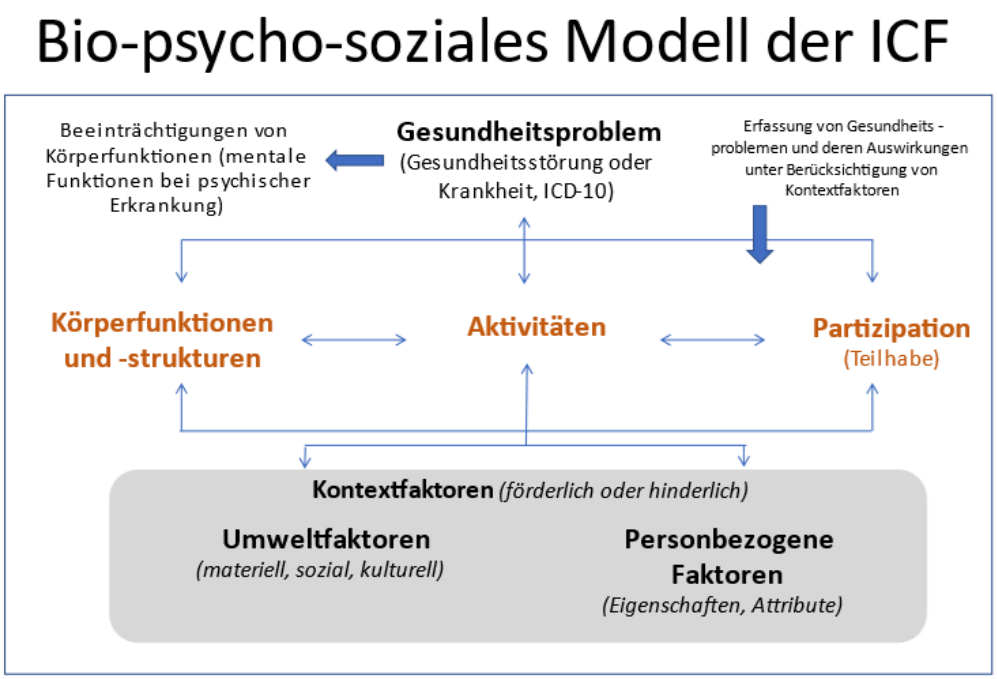


Abbildung 7: Bio-Psycho-Soziales Modell der Internationalem Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF in Anlehnung an Fegert und Konrad 2023

Die **Sicherstellung der Teilhabe** schwer psychisch kranker Menschen erfordert zunächst die Erkennung einer Behinderung sowie des Teilhabebedarfs. Die Rehabilitationsträger haben geeignete Maßnahmen zur Bedarfserkennung zur Verfügung zu stellen und auf eine frühzeitige Antragsstellung hinzuwirken. Ihnen obliegt die Einrichtung von Ansprechstellen, mit denen nicht nur die Betroffenen, sondern auch gesellschaftliche Institutionen wie Arbeitgeber, Ausbildungsstätten und Behörden erreicht werden können. Für die Betroffenen wurde die zusätzliche Möglichkeit der Peer-Beratung in der „Ergänzenden Unabhängigen Teilhabeberatung" (EUTB) eingerichtet. Rehabilitations- und Teilhabeangebote sind personenorientiert sowie wohnortnah auszurichten und im Rahmen eines sozialrechtlich fundierten funktionalen Basismodells gemeindepsychiatrischer Versorgung zu koordinieren *[1103]*.

13.2 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Die Sozialgesetzbücher im Überblick

Grundlegende gesetzliche Grundlage für die Versorgung von erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen bilden die Sozialgesetzbücher III, V, VI, IX und XI, in denen entsprechend dem gegliederten deutschen Sozialrechtssystem die Leistungen für Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege geregelt sind. Die Sozialgesetzbücher II, VII, XII und XIV greifen im Hinblick auf die Fachleistungen auf diese vier Sozialgesetzbücher zurück (Tabelle 79).

Aufgabe und Ziel der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach § 1 **SGB II - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende** – liegen in der Stärkung der Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und sollen dazu beitragen, dass sie ihren Lebensunterhalt aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. In ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe haben die Jobcenter nach § 9 SGB IX zu prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe zur Erreichung der Ziele nach den §§ 1 und 4 SGB IX erfolgreich sein können. Erkennen sie möglich Rehabilitationsbedarfe, sollen sie auf eine Antragstellung bei dem voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger hinwirken.

Am 1. Januar 2019 trat das „Zehnte Gesetz zur Änderung des Zweiten Sozialgesetzbuches – Schaffung neuer Teilhabechancen für Langzeitarbeitslose auf dem allgemeinen und sozialen Arbeitsmarkt" in Kraft. Wesentlicher Teil dieses Gesetzes ist das Instrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt" (§ 16i SGB II). Dabei handelt es sich um einen Zuschuss zum Arbeitsentgelt für maximal 5 Jahre. Gefördert werden können Arbeitsverhältnisse bei privaten, öffentlichen und gemeinnützigen Arbeitgebern mit SGB-II-Leistungsberechtigten, die älter sind als 25 Jahre, in den vergangenen 7 Jahren mindesten 6 Jahre lang Leistungen der Grundsicherung erhalten haben und in dieser Zeit nur in geringem Umfang erwerbstätig waren. Für schwerbehinderte Menschen oder Personen mit einem minderjährigen Kind in der Bedarfsgemeinschaft ist der Zugang vereinfacht. Primäres Ziel des § 16i ist die Eröffnung von Teilhabechancen *[1104]*.

Aufgabe des **Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III) -Arbeitsförderung** ist es, dem Entstehen von Arbeitslosigkeit entgegenzuwirken und die Dauer der Arbeitslosigkeit zu verkürzen. Ziel der Maßnahmen ist die Vermeidung der Langzeitarbeitslosigkeit durch die Verbesserung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit. Die Agenturen für Arbeit beraten zur Vorbereitung der Berufswahl und zur Erschließung beruflicher

Entwicklungsmöglichkeiten. Die Leistungen der aktiven Arbeitsförderung enthalten einen Abschnitt Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und ergänzt wird diese durch zusätzliche „SGB-II-Angebote" in den §§ 16a bis 16f (in der 2015 gültigen Gesetzesfassung). Der Rückgriff auf die Angebote des SGB III ermöglicht dabei u. a. die Inanspruchnahme von Beratung und Vermittlung (z. B. Berufsberatung und Berufsorientierung), der Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, der Leistungen zur Berufsausbildung, der Leistungen zur beruflichen Weiterbildung, der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und der Leistungen zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Im **SGB V** sind die **Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung** geregelt. Es umfasst Leistungen der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation. Versicherte haben nach § 11 Absatz 1 unter anderem Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und vor deren Verschlimmerung (§§ 20-24b), zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten (§§ 25+26), zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27-52) und des Persönlichen Budgets nach § 29 SGB XI. Nach § 11 Absatz 2 haben sie Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Der Zugang zu Leistungen der Krankenbehandlung erfolgt entsprechend der Diagnosen F0 bis F9 ICD-10. Die Behandlungsleistungen des SGB V umfassen unter anderem:

- **§ 27 Abs. 1 Nr. 1** (ambulante) ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
- **§ 32** Heilmittel,
- **§ 33** Hilfsmittel,
- **§ 37** Häusliche Krankenpflege,
- **§ 37a** Soziotherapie,
- **§ 38** Haushaltshilfe,
- **§ 39** Krankenhausbehandlung in vollstationärer, stationsäquivalenter, teilstationärer und ambulanter Form sowie ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung,
- **§ 40** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, einschließlich mobiler Rehabilitationsleistungen sowie stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer zertifizierten Rehabilitationseinrichtung,
- **§ 42** Belastungserprobung und Arbeitstherapie sowie nach § 43 Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation.

Die **gesetzliche Rentenversicherung (GRV)** hat ihre Grundlage im Sechsten Buch (**SGB VI**) und erbringt nach § 9 Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen als Leistungen zur Teilhabe. Ziel der Leistungen ist, den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten vorzubeugen, entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbstätigkeit oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zur verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern. Es gilt der Vorrang der Rehabilitation vor Rente. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen für Leistungen der Prävention und medizinischen Rehabilitation erfüllen Personen, die vor der Antragstellung 6 Kalendermonate mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte oder beschäftigte Tätigkeit haben. Die stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen für längstens drei Wochen erbracht werden, sie können für einen längeren Zeitraum erbracht werden, wenn dies zur Erreichung des Rehabilitationsziels erforderlich ist. Die GRV ist nach § 6 SGB IX Rehabilitationsträger für die o.g. Leistungen zur Teilhabe. Die Träger der Rentenversicherung erbringen die Leistungen am Arbeitsleben nach den §§ 49 bis 54, im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen.

Aufgabe der **gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII)** ist es unter anderem, nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind Rehabilitationsträger für alle Leistungen nach § 5 SGB IX. Diese umfassen im Wesentlichen medizinische und berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sowie Lohnersatz- bzw. Entschädigungsleistungen in monetärer Form.

Eine besondere Stellung nehmen die **Sozialgesetzbücher VIII und XII** ein. Mit dem **Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII)** können zwar Leistungen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder- und Jugendliche bis 27 Jahren erbracht werden, allerdings nur, wenn die Jugendlichen diese Leistungen annehmen wollen. In den letzten Jahren wuchs das Problem der sogenannten Care Leaver. Junge Erwachsene verließen beim Eintritt in den Erwachsenenstatus die Jugendhilfemaßnahme, obgleich eine ärztliche Indikation für die Weiterführung der Maßnahme vorlag. Im Rahmen des Kinder-Jugend-Stärkungsgesetzes (KJSG) ist intendiert, mit einer inklusiven Kinder- und Jugendhilfe die Situation zu verbessern. Das Sozialhilfegesetz **SGB XII** erbringt seit 01.01.2020 keine Fachleistungen der Rehabilitation und Teilhabe mehr. Im SGB XII werden Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten, z. B. bei Wohnungslosigkeit, Suchtproblemen oder zur Wiedereingliederung nach einem Gefängnisaufenthalt definiert.

Das **Neunte Buch (SGB IX)** enthält die Vorschriften für die **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen** und wurde als Übergangsrecht zum Jahr 2017 durch Artikel 1 des Bundesteilhabegesetzes vollkommen verändert. Das SGB IX besteht in einem allgemeinen Teil 1 mit Vorschriften für alle Rehabilitationsträger, die die Leistungen nach ihren eigenen Gesetzen erbringen und einem Teil 3 mit besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen. Leistungsgesetz ist das SGB IX ausschließlich in Teil 2 für die Leistungen der Eingliederungshilfe.

Die **soziale Pflegeversicherung (SGB XI)** ist kein Rehabilitationsträger nach SGB IX. Die Leistungen erhalten Personen mit einem Gesundheitsproblem, bei dem die Pflegebedürftigkeit durch Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe nicht verhindert oder gemildert werden konnte sowie Personen, die unabhängig von einem Gesundheitsproblem altersbedingt pflegebedürftig geworden sind. Die Leistungen nach SGB XI umfassen die Leistungen des Pflegegeldes und der häuslichen Pflegehilfe für die Pflegegrade 2 bis 5, Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes und andere Leistungen sowie den jeweiligen Entlastungsbetrag in den Pflegegraden 2 bis 5 und Pflegegrad 1. Der Zugang zu Leistungen nach SGB XI erfolgt auf Antrag durch ein Pflegebedürftigkeits-Assessment. Voraussetzung einer

Pflegeleistung ist, dass voraussichtlich für längere Zeit – und nicht nur in akuten Krisen - eine körperliche Unselbstständigkeit besteht, die durch Pflegeleistungen nach SGB IX kompensiert werden muss.

Tabelle 79: Bestimmende sozialrechtliche Grundlagen für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen in den SGBs

Gesetzesbuch	Titel	Relevante Leistungen*
SGB II	Grundsicherung für Arbeitssuchende	Leistungen zur Eingliederung in Arbeit, Prüfung des Rehabilitationsbedarfs und Hinwirkung auf Antragstellung bei zuständigem Rehabilitationsträger
SGB III	Arbeitsförderung	Aktivierung und berufliche Eingliederung, Berufswahl und Berufsausbildung, Berufliche Weiterbildung, Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Verbleib in Beschäftigung, Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung	Maßnahmen der Prävention und Selbsthilfe, Leistungen zur Behandlung einer Krankheit, Leistungen der medizinischen Rehabilitation
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung	Leistungen zur Prävention, zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Nachsorge sowie ergänzende Leistungen als Leistungen zur Teilhabe
SGB IX Teil 2	Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung (Eingliederungshilfe)	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, Leistungen zur Sozialen Teilhabe
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung	Pflegesachleistungen oder Pflegegeld bei häuslicher Pflege, Pflegehilfsmittel und Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, Vollstationäre Pflege, Angebote zur Unterstützung im Alltag
Relevante Leistungen bei spezifischen Fragestellungen		
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, und Leistungen zur Sozialen Teilhabe, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe	Beratungsangebote, gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder, Hilfen zur Erziehung (z. B. sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppe, Heimerziehung), Eingliederungshilfe
SGB XIV	Soziale Entschädigung	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung, und Leistungen zur Sozialen Teilhabe, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

*Es erfolgt hier keine erschöpfende Darstellung.

Neu aufgenommen in die Sozialgesetzbücher wurde im Jahr 2024 das **SGB XIV – Soziale Entschädigung**. Es hat die Kriegsopferversorgung abgelöst. Leistungen der Sozialen Entschädigung erhalten Menschen, die einen Gesundheitsschaden erlitten haben, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen einsteht (Geschädigte), sowie deren Hinterbliebene, Angehörige und Nahestehende. Leistungen erhalten vor allem Opfer von Gewalttaten. Wie die Unfallversicherung umfassen die Leistungen der sozialen Entschädigung alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX.

Zugang zu Leistungen von Rehabilitation und Teilhabe: Klärung der Zuständigkeiten

Die Klärung der Zuständigkeit eines Leistungsträgers für die Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ist ein komplexer Vorgang. Daher hat der Gesetzgeber für den Bereich der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe die **grundsätzliche Regelung** getroffen, dass die Rehabilitationsträger die Zuständigkeit unter sich klären, ganz unabhängig davon, bei welchem Träger der Antrag eingeht. Im Gegensatz zu medizinischen Behandlungsleistungen muss die antragstellende Person einen Antrag auf Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe stellen, sie muss sich aber nicht selbst im Rehabilitationsrecht auskennen. Es ist die Aufgabe der Rehabilitationsträger, mit den in § 13 SGB IX definierten Instrumenten den individuellen Rehabilitationsbedarf zu ermitteln.

Im § 14 SGB IX wurde die Regelung getroffen, dass bei Eingang eines Antrags der Leistungsträger seine Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen klärt und bei Nicht-Zuständigkeit den Antrag unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterleitet und die antragstellende Person darüber informiert. Die Vorschrift bezweckt, im Interesse antragstellender Personen durch **rasche Klärung von Zuständigkeiten**, den Nachteilen des gegliederten Systems entgegenzuwirken. Es kann dann unter bestimmten Umständen noch eine weitere Klärung geben, entscheidend ist, dass diese innerhalb der Leistungsträger erfolgen muss. Allerdings gilt diese Regelung nur für Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach § 5 SGB IX, also für Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde Leistungen, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe. Die beiden erstgenannten Leistungen sind Komplexleistungen und werden für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der RPK erbracht.

Leistungen der Krankenbehandlung nach SGB V, so auch nicht-ärztliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege, der ambulanten Soziotherapie, der Ergotherapie und der Physiotherapie werden nicht auf Antrag, sondern **auf ärztliche Verordnung** gewährt.

Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach SGB XI sind ebenfalls keine Rehabilitationsleistungen, sondern müssen bei der **zuständigen Pflegekasse** beantragt werden. Gesundheitliche Einschränkungen sind für die Gewährung von Pflegeleistungen nach SGB XI irrelevant, relevant ist allein die durch den Medizinischen Dienst festgestellte Pflegebedürftigkeit.

Außerhalb des Leistungsrechts werden die **Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste** (SpDi) finanziert; diese sind den Angeboten nach dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) zuzuordnen (Abbildung 6).

Die verschiedenen Rehabilitationsträger haben nach § 12 SGB IX die **Aufgabe der frühzeitigen Bedarfserkennung**, sie müssen jedoch ein entsprechendes Signal bekommen, das von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Regel nicht gesendet wird. An der Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen beteiligte Akteur:innen müssen deshalb über Zuständigkeitsfragen im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe orientiert sein, um leistungsberechtigte Personen bei der Antragstellung zu unterstützen bzw. diese zu bahnen.

Ziel der Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ist nach § 1 SGB IX die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Da für die Leistungen der Rehabilitation ein Mindestmaß an psychosozialen Fähigkeiten vorhanden sein muss, wird ein Teil der Personen mit schweren psychischen Erkrankungen zunächst mit Leistungen der Sozialen Teilhabe zu einer gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft befähigt werden müssen. Dies schließt nicht aus, dass sie zu einem späteren Zeitpunkt Leistungen der Rehabilitation erhalten. Die Ziele für die einzelnen Leistungen sind in den zuständigen Gesetzen benannt.

Ein Beispiel: Eine berufliche Teilhabe durch eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist ein grundsätzlich anderes Ziel als das der Heilung einer Erkrankung. Für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sind nicht die Krankenkassen zuständig, sondern z. B. die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherung. Die Agentur für Arbeit ist umgekehrt nicht für die Behandlung einer Erkrankung zuständig, sondern die Krankenkasse. Bei ihr müssen die Behandlungsleistungen verordnet werden.

Für die Ermittlung des Leistungsträgers sind zudem die **Ansprüche der Person gegenüber bestimmten Leistungsträgern** zu prüfen. Zu klärende Fragen sind u. a.: Ist die Person krankenversichert? War sie schon ausreichend lange erwerbstätig und hat sie in die Rentenversicherung einbezahlt? Hat sie als Person mit Asylverfahren evtl. Ansprüche gegenüber dem Jobcenter und dem Träger der Eingliederungshilfe?

Für die Ermittlung des zuständigen Leistungsträgers können weitere im Sozialversicherungsrecht liegende verkomplizierende Faktoren relevant sein. Ist oder war eine Person beispielsweise selbständig oder beamtet, sind private Versicherungsträger bzw. die Beilhilfe zuständig. Eine andere Frage kann lauten, ob es sich bei der Erkrankung um einen Arbeits- oder Wegeunfall bzw. eine Berufskrankheit handelt und daher die **gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)** zuständig ist. Der unschätzbare Vorteil einer Zuständigkeit durch die gesetzliche Unfallversicherung ist, dass sie für alle Leistungen der Krankenbehandlung sowie der Rehabilitation und Teilhabe zuständig ist und bleibt. Sie musste daher immer schon das gesamte Verfahren der Bedarfsermittlung durchführen, für das im Anschluss an das BTHG der zuständige Rehabilitationsträger verantwortlich ist. Dies gilt auch für das **soziale Entschädigungsecht (SGB XIV)**, das die Kriegsopferfürsorge und das Opferentschädigungsrecht abgelöst hat. „Voraussetzung für Leistungen nach dem SGB XIV ist ein schädigendes Ereignis (z. B. Raubüberfall), das zu einem gesundheitlichen Schaden (z. B. Beinbruch) führt, oder gesundheitliche (Gehbehinderung) und/oder wirtschaftliche (z. B. Einkommenseinbuße) Folgen verursacht" (aus der Website des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales).

Ist die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe einer Person am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt oder droht eine Beeinträchtigung, stehen der Person über die Krankenbehandlung hinaus Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe nach SGB IX zu, um diese zu erreichen.

Das SGB IX als relevantes Sozialgesetz für vielfältige Behandlungsergänzende Leistungen

Aufbau des SGB IX (ab 1.1.2018)

Teil 1 SGB IX- Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen - enthält Vorschriften für alle Rehabilitationsträger. § 1 SGB IX garantiert entsprechend der UN-BRK die „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft": *„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von (…) Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen."*

Der **Behinderungsbegriff der UN-BRK** wurde unter Hinzufügung des Zeitfaktors in das SGB IX übernommen. Menschen mit Behinderung sind nach § 2 Absatz 1 Satz 1 SGB IX: *„Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate hindern können"*. Das Merkmal der Person ist demnach nicht mehr die Behinderung, sondern die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit. Die Behinderung wird auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit der ICF erfasst (Abbildung 7). Die Bedarfsermittlung muss demzufolge von allen Rehabilitationsträgern gemäß § 13 SGB IX „individuell und funktionsbezogen" vorgenommen werden.

Bei Menschen mit psychischer Erkrankung sind die **Beeinträchtigungen der mentalen Funktionen nach ICF zu erfassen**, die in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren die Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedingen. Das erstgenannte Ziel der Leistungen zur Teilhabe in § 4 SGB IX lautet, die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Das ist auch das Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX, in dem zusätzlich die Folgen als Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit operationalisiert werden. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind auf Menschen mit mentalen Funktionsbeeinträchtigungen ausgerichtet. Sie umfassen neben den Behandlungsleistungen nach SGB V auch im Einzelfall erforderliche „medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen" (§ 42 Absatz 3 SGB IX). Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation setzen an den individuellen Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit an und sind bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die Basis des Rehabilitationsprozesses.

Die in § 5 SGB IX definierten **Leistungen für Menschen mit Behinderung** sind: (1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, (2) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, (3) unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, (4) Leistungen zur Teilhabe an Bildung sowie (5) Leistungen zur sozialen Teilhabe. Die für die jeweiligen Leistungskomplexe zuständigen Rehabilitationsträger erbringen die Leistungen nach ihren

Leistungsgesetzen. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt demnach Leistungen der medizinischen Rehabilitation für behinderte Menschen nach dem SGB V. Ab 01.01.2018 wurde in § 7 SGB IX ein zweiter Absatz eingefügt. Danach sind die Regelungen zur „Prüfung der Rehabilitation von Amts wegen" (Kapitel 2), zur „Erkennung und Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs (Kapitel 3) und zur Koordinierung der Leistungen (Kapitel 4) von Teil 1 des SGB IX gegenüber den Leistungsgesetzen der jeweiligen Rehabilitationsträgern vorrangig.

§ 7 SGB IX hat einschneidende Konsequenzen für die **Bedarfserkennung und Bedarfsermittlung**. Mit Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung (§ 12 SGB IX) müssen die Rehabilitationsträger vor dem Hintergrund des Wechselwirkungsmodells der ICF zunächst feststellen, ob eine Behinderung im Sinne von § 2 SGB IX vorliegt, um dann auf eine Antragstellung hinzuwirken. Die Beratungspflicht wurde deutlich erhöht und umfasst geeignete barrierefreie Informationsangebote durch Ansprechstellen der Rehabilitationsträger an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger.

Grundlage der personenzentrierten Leistungserbringung wie aus einer Hand ist die **einheitliche Bedarfsermittlung**. Dazu sind systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden, die eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten. Funktionsbezogen bedeutet, dass nicht von der Diagnose, sondern der Funktionsfähigkeit auszugehen ist *[1105]*. Im Teilhabeplan nach § 19 SGB IX wird schließlich das Prinzip der Leistungen wie aus einer Hand realisiert; die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang werden funktionsbezogen festgestellt, sodass sie nahtlos ineinandergreifen. Der Regelfall wäre demnach nicht die Rehabilitation durch einen Leistungserbringer in einer Einrichtung, sondern die wohnortnahe koordinierte Leistungserbringung durch mehrere Leistungserbringer verschiedener Leistungsgruppen.

Während die Leistungen der Rehabilitation der Sozialversicherungsträger von Personen in Anspruch genommen werden können, die in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind, bleiben die **Leistungen der Eingliederungshilfe**, des neu eingefügten Teil 2 SGB IX Menschen vorbehalten, die in erheblichem Maße an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind [1]. Die Leistungen der Eingliederungshilfe als „besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung" sollen Menschen mit wesentlicher Behinderung befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können. Sie umfassen daher nach § 102 SGB IX alle Leistungsgruppen der Rehabilitation und Teilhabe – 1. Medizinische Rehabilitation, 2. Teilhabe am Arbeitsleben 3. Teilhabe an Bildung und 4. Soziale Teilhabe - mit Ausnahme der unterhaltssichernden und ergänzenden Leistungen. Die Leistungen nach Nummer 1 bis 3 gehen den Leistungen der Sozialen Teilhabe vor.

[1] Die Unterscheidung bereitet in der Gesetzgebung erhebliche Probleme und wurde in der Vergangenheit genutzt, um schwer beeinträchtigte psychisch kranke Menschen aus den Rehabilitationsleistungen auszuschließen. Eine drohende Behinderung liegt nach der Definition in den §§ 1 und 2 bereits vor, wenn die volle und wirksame Teilhabe für mindestens 6 Monate ohne Rehabilitationsmaßnahmen eingeschränkt ist. Bei einer wesentlichen Behinderung kann von einem Ausschluss oder einem drohenden Ausschluss aus bedeutsamen Segmenten der gesellschaftlichen Teilhabe ausgegangen werden.

Das **Nachrangigkeitsgebot der Leistungen zur Sozialen Teilhabe** soll sicherstellen, dass entsprechend Artikel 26 der UN-BRK auch Menschen mit wesentlicher Behinderung zunächst einen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe an Bildung haben. Der Träger der Eingliederungshilfe ist verpflichtet, den Bedarf für alle Leistungsgruppen festzustellen. Da die Frage der Lebensplanung und -führung der leistungsberechtigten Person sowie die Gesamtheit der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe ansteht, gehen die Beratungs- und Informationspflichten des Trägers der Eingliederungshilfe über die der anderen Rehabilitationsträger hinaus (§ 106 SGB IX). Die Beratung muss in einer für die leistungsberechtigte Person wahrnehmbare Form und auf deren Wunsch im Beisein einer Person ihres Vertrauens erfolgen.

Bei der **Teilhabeplanung** muss der Träger der Eingliederungshilfe gemäß § 21 SGB IX die Vorschriften der Gesamtplanung ergänzend beachten. Das bedeutet, dass die leistungsberechtigte Person in allen Schritten des Gesamtplanverfahrens zu beteiligen ist und deren Wünsche zu Ziel und Art der Leistungen berücksichtigt werden müssen. Für die Ermittlung des individuellen Bedarfes muss ein Instrument verwendet werden, das sich an der ICF orientiert und die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen sicherstellt. Neben dem Bedarf für alle Leistungsgruppen der Rehabilitation und Teilhabe ist auch der Bedarf für Pflege nach SGB XI zu ermitteln. Der Bedarf für die Leistungen der Eingliederungshilfe erfolgt sinnvollerweise in einer Gesamtplankonferenz, die der Träger der Eingliederungshilfe im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundsystems organisieren sollte.

Die Sicherstellung der für die Lebensführung erforderliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen erfolgt durch die **Leistungen der Sozialen Teilhabe**. Aufgabe der Leistungen zur Sozialen Teilhabe ist es, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen. Für die Leistungen der Sozialen Teilhabe ist das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX besonders relevant: Wünschen der Leistungsberechtigten, die sich auf die Gestaltung der Leistung richten, ist zu entsprechen, soweit sie angemessen sind. Die Wünsche können sich auf die Form der Leistungserbringung richten: Persönliches Budget oder Sachleistung sowie den Ort der Leistungserbringung: einem Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen ist unabhängig von der Höhe der Kosten der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird.

In **Teil 3 des SGB IX** werden **besondere Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen** vorgeschrieben. Das Schwerbehindertenrecht enthält in erster Linie die Pflicht der Arbeitgeber zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich monatlich mindestens 20 Arbeitsplätzen haben auf wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. Für unbesetzte Pflichtarbeitsplätze zahlt der Arbeitgeber eine Ausgleichsabgabe, die bei unter 2 Prozent, aktuell bei 320 € liegt. Die Ausgleichsabgaben werden von den Integrationsämtern verwaltet, die sie ausschließlich für besondere Leistungen der Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben verwenden dürfen.

Das Integrationsamt hat u. a. die Aufgabe der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben in enger Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit. Bei der Durchführung der begleitenden Hilfen kann es Integrationsfachdienste einschließlich psychosozialer Dienste freier gemeinnütziger Einrichtungen und Organisationen beteiligen. Darüber hinaus regelt das Schwerbehindertenrecht in Kapitel 11 die Inklusionsbetriebe und in Kapitel 12 die

Werkstätten für behinderte Menschen. Die wenigsten Menschen mit einer psychischen Erkrankung beantragen die Anerkennung einer Schwerbehinderung, obwohl bei dem größten Teil der Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen eine Behinderung nach § 2 SGB IX vorliegt *[937]*.

Weitere Neuentwicklungen sozialrechtlicher Rahmenbedingungen

Die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist im Hinblick auf die ambulante Versorgung zum Teil den gesetzlichen Rahmenbedingungen vorausgegangen, andererseits haben sie eine Grundlage für innovative Entwicklungen geboten. So sind zahlreiche Neuerungen entstanden, die neben Entstigmatisierung und Gleichstellung, die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen [2] deutlich verbessern konnten.

[2] Das deutsche Sozialrecht macht es erforderlich, zwischen psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung zu unterscheiden. Ein Mensch mit seelischer Behinderung kann akut psychisch krank werden und benötigt dann die umfassenden Leistungen der Krankenbehandlung nach SGB V.

Neue Wege lassen sich mit den Bestimmungen zur **stationsäquivalenten Behandlung** (§115d, SGB V) gehen. Mit Hilfe des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) im Dezember 2016 wurde eine wesentliche Voraussetzung zur Verbesserung evidenzbasierter Behandlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen geschaffen *[470]*. Das neue Angebot der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) erlaubt es Krankenhäusern, Behandlung im Lebensumfeld anzubieten. Eine solche erforderlichenfalls intensive Behandlung ohne Bett auch bei komplexen Störungen kann die seit der Psychiatrie-Enquete geforderte Ambulantisierung psychiatrischer Akutbehandlung weiter vorantreiben.

Es kann von einem stetigen **Zuwachs an StäB-Teams** ausgegangen werden; Anfang 2021 waren bundesweit 35 StäB-Anbieter bekannt *[471]*, in 2022 wurden rund 50 StäB durchführende Klinken gezählt *[472]*. Von einer flächendeckenden Umsetzung kann jedoch keinesfalls gesprochen werden. Organisation und Behandlungsabläufe hängen sehr von den örtlichen Gegebenheiten und den vorhandenen Strukturen ab. Verschiedene, u.a. auch rechtliche Hürden erschweren den Umsetzungsprozess *[1106] [471] [1107]*. Insbesondere in ländlichen Regionen wird eine aufsuchende Behandlung erschwert *[1108]*. Handbücher zur Umsetzung von StäB liegen vor und führen in die Hintergründe und in die Herausforderungen bei der Umsetzung dieser Behandlungsform ein *[472] [1109]*. Weiterführende Informationen zu Stäb und ersten Evaluationen finden sich im Evidenzteil (Kapitel Akutbehandlung im häuslichen Umfeld).

Mit der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (**KSVPsych-RL**)[3] vom 02.09.2021 werden die Anforderungen an die Ausgestaltung einer solchen vernetzten Angebots für die Zielgruppe geregelt. Sie zielt auf eine verbesserte Erfüllung der spezifischen Behandlungsbedarfe dieser Patientengruppe ab. Hierfür umfasst sie insbesondere Regelungen zur Vereinfachung des Zugangs zu den erforderlichen Maßnahmen, zur Gewährleistung der notwendigen Koordination der an der Umsetzung eines gemeinsamen Gesamtbehandlungsplans beteiligten Leistungserbringenden verschiedener Berufsgruppen sowie zur Erleichterung des Übergangs zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung.

[3] Im Internet: 2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_TrG.pdf (g-ba.de)

Dafür können Netzwerke aus niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeut:innen sowie Fachärzt:innen bestimmter Fachrichtungen gebildet werden. Nach Vorgabe in der neuen Richtlinie müssen für den Verbund mindestens zehn Akteur:innen zusammenarbeiten. Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist, dass Kooperationsverträge mit mindestens einem Krankenhaus mit psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen für Erwachsene und mindestens je einer Leistungserbringer:in aus den Bereichen Ergotherapie, Soziotherapie oder psychiatrischer häusliche Krankenpflege abgeschlossen werden. Im Netzwerk bestimmt werden verantwortliche Bezugspersonen für Ansprache und Koordination. Bisher bleibt das vernetzte Angebot auf wenige Regionen beschränkt. Aktuelle Informationen dazu stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung. Zur Versorgung von erkrankten Kindern und Jugendlichen ist die KSV-Psych-RL in einer besonderen Fassung erarbeitet worden. Für diesen Personenkreis wird auf die Bildung von formalen Netzwerken zugunsten der patientenbezogenen Bildung von Kernteams und erweiterten Teams verzichtet.

Kommentar der DEGAM: Trotz der großen Bedeutung hausärztlicher (und somatischer) Versorgung gerade von Menschen mit schweren psychischen und psychiatrischen Erkrankungen *[17] [1458]*, sind Hausärzt:innen als Mitglieder des Behandlungsteams in der KSV-Psych-RL nicht vorgesehen. Dies sollte im Zuge von Überarbeitungen geändert werden.

AG-Impuls-Textbox 7: Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechtes

Perspektive der AG Impuls

Mehr Selbstbestimmung und Autonomie für schwer psychisch kranke Menschen nach der Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechtes

Aus der **Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechtes zum 01.01.2023** ergaben sich Veränderungen, die eine Neuausrichtung des Verhältnisses zwischen der betreuten Person und den betreuenden Personen zur Folge haben. Ziel der Reform ist es, die Selbstbestimmung und Autonomie der zu betreuenden Menschen zu fördern und die betreuten Personen in laufende und geplante Prozesse einzubinden; Voraussetzung bildet eine gemeinsame Planung und eine Ausrichtung des Verhältnisses „auf Augenhöhe".

Mit dem Fokus auf die Ebene der Neugestaltung des Innenverhältnisses zwischen betreuter und betreuender Person auf der Beziehungsebene hat mit der Gesetzesänderung ein **Paradigmenwechsel** stattgefunden. Der Profi entscheidet aufgrund seines Fachwissens nicht mehr für die betreute Person. Der Wille / Wunsch der betreuten Person wird zum Maßstab des gemeinsamen Handelns. Der individuelle Wille wird zur

Handlungsmaxime. Nach § 1821 hat der Betreuer die Wünsche der betreuten Person zu respektieren und umzusetzen; Ausnahmen dieser Regel sind konkret beschrieben. Lediglich bei Gefahr für das eigene Leben oder das vorhandene Vermögen kann von dem grundsätzlichen Selbstbestimmungsrecht abgesehen werden. Zudem muss die Tätigkeit für den Betreuer moralisch zumutbar sein

Darüber hinaus wird die Verpflichtung des professionell Tätigen verdeutlicht, wichtige Angelegenheiten mit der betreuten Person zu besprechen (§ 1821 Abs. 5 BGB [4]).

*[4]**§ 1821 BGB Pflichten des Betreuers; Wünsche des Betreuten***

(1) 1 Der Betreuer nimmt alle Tätigkeiten vor, die erforderlich sind, um die Angelegenheiten des Betreuten rechtlich zu besorgen. 2 Er unterstützt den Betreuten dabei, seine Angelegenheiten rechtlich selbst zu besorgen, und macht von seiner Vertretungsmacht nach § 1823 nur Gebrauch, soweit dies erforderlich ist.

(2) 1 Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, dass dieser im Rahmen seiner Möglichkeiten sein Leben nach seinen Wünschen gestalten kann. 2 Hierzu hat der Betreuer die Wünsche des Betreuten festzustellen. 3 Diesen hat der Betreuer vorbehaltlich des Absatzes 3 zu entsprechen und den Betreuten bei deren Umsetzung rechtlich zu unterstützen. 4 Dies gilt auch für die Wünsche, die der Betreute vor der Bestellung des Betreuers geäußert hat, es sei denn, dass er an diesen Wünschen erkennbar nicht festhalten will.

(3) Den Wünschen des Betreuten hat der Betreuer nicht zu entsprechen, soweit 1 die Person des Betreuten oder dessen Vermögen hierdurch erheblich gefährdet würde und der Betreute diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann oder 2 dies dem Betreuer nicht zuzumuten ist.

(4) 1 Kann der Betreuer die Wünsche des Betreuten nicht feststellen oder darf er ihnen nach Absatz 3 Nummer 1 nicht entsprechen, hat er den mutmaßlichen Willen des Betreuten aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln und ihm Geltung zu verschaffen. 2 Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten. 3 Bei der Feststellung des mutmaßlichen Willens soll nahen Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden.

(5) Der Betreuer hat den erforderlichen persönlichen Kontakt mit dem Betreuten zu halten, sich regelmäßig einen persönlichen Eindruck von ihm zu verschaffen und dessen Angelegenheiten mit ihm zu besprechen.

(6) Der Betreuer hat innerhalb seines Aufgabenkreises dazu beizutragen, dass Möglichkeiten genutzt werden, die Fähigkeit des Betreuten, seine eigenen Angelegenheiten zu besorgen, wiederherzustellen oder zu verbessern.

Die **Prämisse der Ausrichtung auf Selbstbestimmung und Autonomie** unterstützungsbedürftiger Menschen bereits im Vorfeld und während laufender Betreuungen ist ganz im Sinne der UN-BRK. Mit der Umsetzung des Leitgedankens, des für Außenstehende bindenden Selbstbestimmungsrechtes, werden Forderungen der UN-BRK in der Betreuungspraxis rechtlich bindend umgesetzt. Die Beziehungsgestaltung zwischen dem Profi und der betreuten Person wird neu organisiert *[1110]*.

Gleichzeitig zielt die Reform auf eine **verbesserte Qualität der rechtlichen Betreuung**. Die Betreuung hat unterstützende Funktionen. Alltagsangelegenheiten sollen selbstbestimmt und eigenverantwortlich erfolgen. Die Aufgabe der betreuenden Person liegt darin, verschiedene Lösungsvorschläge anzubieten, aus denen die betreute Person die für sie angemessene Wahl trifft („Vermitteln statt Bestimmen“).

Die rechtliche Betreuung bekommt einen **Prozesscharakter**; damit sind mögliche Fehlentscheidungen impliziert, die eine Neuausrichtung nach sich ziehen. Wege werden neu geplant und beschritten, falls die Auswahl keine zufriedenstellende Lösung ergibt. Damit werden Lernprozesse (Salutogenese) etabliert und die Prinzipien von Selbstwirksamkeit und Empowerment gefördert.

Die **Wünsche** der zu betreuenden Personen **haben höchste Priorität**. Die Ausrichtung auf ein festgestelltes vermeintlich Wohl des Menschen wird dadurch ersetzt und der Personenzentrierte Ansatz gefördert. Stellvertretende Handlungen werden ausschließlich bei Erforderlichkeit durchgeführt.

Eine rechtliche Betreuung ist die „letzte“ Wahl. Die Erforderlichkeit hierzu wird intensiv geprüft. Andere begleitende Maßnahmen, z.B. aus dem SGB IX, in der Form von persönlichen Unterstützungsleistungen, haben den Vorrang.

Das reformierte Betreuungsrecht hebt stärker als bisher die **unterstützende Entscheidungsfindung** als regelhaft hervor. Die stellvertretende Entscheidung sowie die stellvertretene Handlung sind die Ausnahme **(Kapitel Beziehungsgestaltung und Partizipative Entscheidungsfindung**).

Die Überprüfung der Grundsätze wird durch eine erweiterte Berichtspflicht gegenüber dem Gericht sichergestellt. Bereits im Anfangsbericht werden neben den sozialen Lebensumständen der zu betreuenden Person deren Wünsche sowie die Ziele der Betreuung aufgeführt; in den Folgeberichten werden diese überprüft (SGB- HPK).

Die **Einrichtung einer Betreuung** ist erforderlich, wenn jemand seine rechtlichen Belange aufgrund einer Erkrankung oder Behinderung, nicht mehr oder nur eingeschränkt erledigen kann. (§ 1814 BGB). Im Rahmen der Neufassung wurden die Erforderlichkeit sowie der Umfang der Betreuung problematisiert. Aufgabengebiete müssen aktuell konkret und im Detail beschrieben werden. Tätigkeiten werde auf die festgelegten Aufgabenbereiche reduziert.

Neu hinzugekommen ist der § 1822BGB [5]. Dort wird die Rolle der Angehörigen und weiterer wichtiger Bezugspersonen gestärkt. Betreuer haben demnach auf Verlangen Auskunft über die Lebensumstände des Betreuten zu geben. Die Weitergabe von Informationen muss dem mutmaßlichen Willen des Betreuten entsprechen und für den Betreuer zumutbar sein. Damit werden trialogische Ansätze eingeführt. Der

Betreuer vermittelt zwischen dem Betreuten und den Mitarbeitern in den Einrichtungen. Belange der Angehörigen werden gegebenenfalls einbezogen**.**

[5] ***BGB§ 1822 Auskunftspflicht gegenüber nahestehenden Angehörigen.*** *Der Betreuer hat nahestehenden Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten auf Verlangen Auskunft über dessen persönliche Lebensumstände zu erteilen, soweit dies einem nach § 1821 Absatz 2 bis 4 zu beachtenden Wunsch oder dem mutmaßlichen Willen des Betreuten entspricht und dem Betreuer zuzumuten ist.*

Damit ergibt sich eine weitere, zusätzliche Aufgabe für juristische Betreuer, die sich vermehrt in dem Spannungsfeld zwischen positiver, wohlwollender Unterstützung und möglicherweise dysfunktionalen Beziehungsgefügen bewegen.

Es hat ein Wandel des Betreuungswesens von der „Verwaltung" menschlicher Anliegen zur **Schnittstelle der Behandlung / Versorgung** stattgefunden *[1111]*. Die Arbeit der rechtlich betreuenden Personen erfordert umfangreiche Kenntnis unterschiedlicher medizinischer und psychosozialer Unterstützungsleistungen und eine enge Kooperation mit dem Hilfesystem.

Im Rahmen einer **unterstützenden Entscheidungsfindung** werden Behandlung und Unterstützungsleistungen, wie sie in der vorliegenden Leitlinie beschrieben werden, gemeinsam geplant. Die ermittelte Bedürfnislage ist von zentraler Bedeutung für den gemeinsamen Prozess. Hilfen werden gegebenenfalls vermittelt. Der juristische Betreuer wird zum wichtigen Kooperationspartner für die medizinische und psychosoziale Praxis.

Die geforderte Prüfung des Grundsatzes der Erforderlichkeit kann ein Mittel zur Verhinderung von langfristig angelegten Betreuungsverfahren sein. Denkbar sind andere Formen der Begleitung im Vorfeld, die sich auf den Zeitraum des konkreten Bedarfes reduzieren. Denkbar wären Leistungen im Rahmen der Soziotherapie oder die Nutzung von Kontaktstellen zur Unterstützung in Krisensituationen.

Das neue Betreuungsrecht stellt hohe Anforderungen an die Betreuer und die zu betreuenden Personen. Auf der Seite der Profis wird ein Wandel stattfinden müssen im Sinne der Entwicklung einer professionellen Nähe im Gegensatz zum Dogma der professionellen Distanz.

Auf der Seite der zu betreuenden Personen wird die Eigenverantwortung gestärkt und an Bedeutung zunehmen. Das eigene Handeln, die Selbstermächtigung zum Handeln muss verstärkt zum Tragen kommen (vgl. Empowerment).

Es wird zu überprüfen sein, inwieweit die neu definierten Grundlagen der Beziehungsgestaltung aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen in der Praxis an Bedeutung zunehmen.

13.3 Niedrigschwellige Angebote

Beratungsangebote stellen niedrigschwellige, antragsunabhängige Leistungen dar und stehen in vielfältiger Form zur Verfügung. Die Leistungsträger der Sozialgesetzbücher haben erhebliche Beratungspflichten in den Bereichen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation, der Eingliederungshilfe und der Pflege. Mit dem BTHG sind die Beratungspflichten der Rehabilitationsträger sowie der Träger der Eingliederungshilfe erheblich erweitert worden. Nach § 12 SGB IX haben die Rehabilitationsträger Ansprechstellen einzurichten, mit denen Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und andere Rehabilitationsträger vermittelt werden können. Demgegenüber wurde die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) flächendeckend eingerichtet. Die EUTB-Stellen sind ausschließlich den Menschen mit Behinderung verpflichtet. Sie bieten niedrigschwellig Peer-Beratung, allerdings nur in Ausnahmefällen aufsuchend. Koordinierende Angebote im Hinblick auf Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen sind auch Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste. Organisationen der Betroffenen- und Angehörigenselbsthilfe bieten häufig in ehrenamtlicher Form Beratung an. Zum Teil engagieren sie sich in den von einigen Bundesländern eingerichteten Angeboten der Informations- Beratungs- und Beschwerdestellen.

Angebote von Beratung, Begleitung, Tagesgestaltung und Selbsthilfe

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (§ 32 SGB IX)

- § 32 SGB IX zielt auf die Stärkung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung und von Behinderung bedrohter Menschen. Mit dem handlungsleitenden Prinzip des „Peer Counseling" kann die in der Selbsthilfe psychisch erkrankter Menschen verankerte Philosophie von Recovery und Experienced Involvement (Ex-In) umgesetzt werden. Das niedrigschwellige Angebot erfolgt unabhängig von Leistungsträgern und -erbringern und kann bereits vor der Beantragung konkreter Leistungen erfolgen. Insofern spielt es eine zentrale Rolle bei der Früherkennung.
- Eine Übersicht zu regionalen Angeboten findet sich im Internet (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) | www.teilhabeberatung.de)

Ansprechstellen der Rehabilitationsträger (§ 12 SGB IX)

- Mit dem BTHG hat der Gesetzgeber alle Rehabilitationsträger verpflichtet, Ansprechstellen für Rehabilitation und Teilhabe zu benennen (§ 12 SGB IX). Die Ansprechstellen sollen dabei unterstützen, einen Rehabilitationsbedarf möglichst frühzeitig zu erkennen und darauf hinzuwirken, dass entsprechende Anträge gestellt werden. Die Informationsangebote richten sich an Leistungsberechtigte und Arbeitgeber:innen und andere Rehabilitationsträger. Sie klären Fragen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation, zu Inhalten

und Zielen von Leistungen zur Teilhabe, zum Persönlichen Budget, zum Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und zu Angeboten der Beratung, einschließlich der EUTB nach § 32.

Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

- Der ÖGD umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-[1], Länder[2]- und kommunaler Ebene. Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter mit ihren knapp 400 Einrichtungen für Früherkennung von Erkrankungen und Behinderung sowie die Initiierung präventiver Maßnahmen zuständig.
- In manchen Bundesländern ist der ÖGD auch an der Durchführung von Zwangsmaßnahmen auf der Grundlage der Ländergesetze (PsychKG(PsychKHG) beteiligt.
- In einigen Bundesländern gehört die kommunale Psychiatriekoordination zu den Aufgaben des ÖGD.

[1] Auf Bundesebene gehören z. B. das Bundesgesundheitsministerium, Bundesbehörden wie die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), das Robert Koch-Institut (RKI) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) dazu.

[2] Auf Länderebene sind dies die Landesgesundheitsministerien und Landesämter bzw. Landesinstitute für Gesundheit.

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)

- stellen insbesondere in der gemeindenahen und multiprofessionellen Versorgung der Betroffenen und Angehörigen eine essentielle Säule dar. Zu den Kernaufgaben zählen die niedrigschwellige Beratung und Begleitung, Krisenintervention und Notfallhilfe, Planung und Koordination von Einzelfallhilfen, Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund sowie die Sozialraumarbeit. Neben den genannten Kernaufgaben spielen Prävention und Antistigma-Arbeit eine Rolle *[1112] [1113]*.
- Die Niedrigschwelligkeit besteht vor allem darin, dass der SpDi ohne Vorklärung und Antrag den Kontakt zu einer psychisch auffälligen Person aufnehmen kann. Ziele des SpDi sind unter anderem, psychische Erkrankungen und seelische Behinderungen frühzeitig zu erkennen und Leistungen der Beratung, Behandlung und Rehabilitation mit informierter Zustimmung der Betroffenen frühzeitig einzuleiten. Diese sozialpsychiatrische Vorsorge kann durch frühzeitige niedrigschwellige und aufsuchende Kontaktaufnahme geleistet werden, bei der noch keine Diagnose vorliegen muss. Der SpDi hat somit eine Klärungsfunktion, ob eine psychische Erkrankung bzw. eine seelische Behinderung vorliegt und auf eine Antragstellung zu Hilfen der Rehabilitation und Teilhabe hingewirkt werden soll.
- Zwischen den Bundesländern unterscheiden sich Trägerschaften (Gebietskörperschaften, Wohlfahrtsverbände oder Vereine), Aufgabenbereiche und Vorgehensweisen der SPDis teilweise erheblich, wobei psychosoziale Hilfen im Mittelpunkt stehen.
- Das **Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste** bietet eine Plattform des fachlichen Austauschs, der konzeptionellen Weiterentwicklung, der Information der Fachöffentlichkeit und der auf das spezifische Arbeitsfeld zugeschnittenen Fortbildung aller in den Sozialpsychiatrischen Diensten Tätigen.

Kommunale Kontakt- und Beratungsstellen

- sind in vielen Bundesländern verbreitet und werden gelegentlich auch als kommunal pauschal finanzierte Tagesstätten geführt. Vorgehalten werden diese durch unterschiedliche Träger, oft aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege. In der Regel bieten sie niedrigschwellige Beratung sowie Kontakt- und Freizeitangebote an. Manche richten sich an bestimmte Zielgruppen.
- Tagesstätten bieten v. a. Tagestruktur und soziale Teilhabe. Die gemeinsame Gestaltung des Alltags und verschiedene Beschäftigungs- und Freizeitangebote bieten die Möglichkeit, vorhandene Fähigkeiten zu erproben und zu erweitern.
- Daneben werden Ehe- und Familienberatungsstellen sowie Beratungsstellen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen vorgehalten. Die kommunale Suchthilfeplanung ist flächendeckend etabliert, jedoch nur in Ausnahmefällen mit den sozialpsychiatrischen Angeboten verbunden. Mancherorts wurden zusätzlich Psychiatrie-Beschwerdestellen aufgebaut.

Gemeinschaftliche Selbsthilfe

- Innerhalb gemeinschaftlicher Selbsthilfe lassen sich eine **individuell gesundheits- bzw. genesungsbezogen ausgerichtete Selbsthilfe** von einer **psychiatriepolitisch orientierten Selbsthilfe bzw. einer sozialpolitischen Selbstvertretung** von und für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen unterscheiden, welche gleichzeitig eng miteinander verwoben sind.
- 1982 gründete sich die **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen** (DAG SHG). Die DAG SHG setzt sich mit Grundsatzfragen der Selbsthilfe auseinander und übernimmt verschiedene fachpolitische Aufgaben, um Selbsthilfe-förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen. Zwei Jahre nach Gründung wurde das Projekt NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) eröffnet. Die NAKOS leistet bundesweit Aufklärungs- und Netzwerkarbeit im Feld der Selbsthilfe und hält kostenfreie Unterstützungs- und Serviceangebote bereit (htpps://www.nakos.de).
- Einflussreiche **Angehörigeninitiativen** in Deutschland entstanden in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts. Initiativen von Betroffenen- und Angehörigen-Selbsthilfe-Aktivitäten sind heute auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene organisiert. 1985 wurde der Bundesverband der Angehörigen Psychisch Kranker e.V. (BApK) gegründet. Ein zentrales Anliegen war die Gründung und Vernetzung von

Angehörigengruppen, mit den Zielen Unterstützung, Entlastung und Information zu fördern, zur Entstigmatisierung betroffener Familien beizutragen und sich für bessere Bedingungen für ihre erkrankten Familienmitglieder stark zu machen. 1992 bildete sich der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE), von dem wichtige Impulse für den Aufbau lokaler Betroffenen-Selbsthilfegruppen ausgingen. Mittlerweile ist die Selbsthilfe in Deutschland über verschiedene Organisationen differenziert aufgestellt.

- **Ziele von Selbsthilfeorganisationen** sind vielfältig; sie liegen in den Bereichen von Beratung (beispielsweise in eigenen EUTB-Stellen) und Fortbildung, aber auch in der Sensibilisierung der Öffentlichkeit, in der öffentlichen Aufklärung und gesellschaftlichen und politischen Interessenvertretung der Belange ihrer Gruppenmitglieder, v.a. in Form von Patientenvertretungen, z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sowie in verschiedensten Gremien und Arbeitskreisen auf Landes- und kommunaler Ebene (sog. Selbstvertretungen). Auch die Selbstvertretung kann zur Krankheitsbewältigung, bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung einen positiven Beitrag leisten und Empowerment und Recovery fördern. Sie kann als institutionalisierte Stufe der Partizipation gelten. Auf politischer Ebene wird die Bedeutung von Selbsthilfe u. a. auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz *[1114]* deutlich, in dem diese dort eine zentrale Rolle einnimmt *[1115]*. Eine Stärkung der Selbsthilfe steht nicht zuletzt im Einklang mit den Konventionen der UN-BRK, für deren Umsetzung die Beteiligung von Betroffenen- und Behindertenverbänden in allen Phasen von Planung, Durchführung und Evaluation unumgänglich ist.
- **Selbsthilfekontaktstellen** bieten als regionale Einrichtungen Beratungsangebote und übernehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungsangebote. Jeder Betroffene/jede Betroffene mit dem Wunsch nach Zusammenschluss mit Gleichbetroffenen, kann sich mit gesundheitsbezogenen, psychischen oder auch sozialen Belastungen und Anliegen an diese Stellen wenden. Auch Angehörige können sich über Möglichkeiten der Gruppenselbsthilfe beraten lassen und sich informieren. Selbsthilfekontaktstellen unterstützen Selbsthilfegruppen gleich, ob diese einem Dachverband angehören, ob ihre Mitglieder Versicherte einer bestimmten Krankenkasse sind oder ob die Kooperation mit einer bestimmten Berufsgruppe angestrebt wird, gleich auch, um welche Problem- oder Themenbereiche es sich handelt (https://www.dag-shg.de/aufgaben/selbsthilfeunterstuetzung).
- Selbsthilfe ist engstens mit dem trialogischen Handeln verknüpft. In Deutschland haben sich verschiedene Organisationen trialogisch ausgerichtet.

Unabhängige Beschwerdestellen

- sind häufig trialogisch besetzt. Initiiert werden sie durch Psychiatrie-Erfahrene oder Angehörige selbst oder auch durch Bürgerhelfer:innen oder beteiligte Einrichtungen. In einigen Bundesländern werden sie von der Landesregierung finanziell unterstützt. Durch die Entgegennahme und Bearbeitung von Beschwerden sowie die Beratung, Vermittlung und Unterstützung wird die Selbstbestimmung der dort vorsprechenden Personen gestärkt und bei der Durchsetzung von Rechten und Interessen unterstützt. Neben der Vermittlung zwischen Beschwerde führender Person und Kritik tragender Institution ist die Tätigkeit der unabhängigen Beschwerdestelle durch ihren Tätigkeitsbericht gegenüber der zuständigen Behörde auch öffentlichkeitswirksam *[307]*.
- In manchen Bundesländern werden auch andere Begriff verwendet, wie z. B. „Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB) in Baden-Württemberg, die „Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie“ in Berlin oder „Patientenfürsprecher“ in Sachsen-Anhalt

13.4 Leistungen der ambulanten, stationsäquivalenten, teilstationären und stationären Krankenbehandlung

Versicherte haben nach § 27 SGB V Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (...) Bei der Krankenbehandlung ist den **besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker** Rechnung zu tragen, insbesondere bei der **Versorgung mit Heilmitteln** und bei der **medizinischen Rehabilitation [1].** Der Zusatz in § 27 SGB V ist für die psychosozialen Therapien von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedeutungsvoll. Mit dem Verweis auf Heilmittel werden die nicht ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen betont, mit dem Verweis auf die medizinische Rehabilitation wird darauf verwiesen, dass der Rehabilitationsprozess bei Menschen mit psychischen Erkrankungen die Leistungsdichte weniger intensiv, jedoch auf einen längeren Zeitraum angelegt werden sollte.

[1] Medizinische Rehabilitation meint hier Rehaleistungen im Rahmen der Krankenbehandlung (SGB V), während Leistungen der med Reah im Rahmen des SGB IX Rehaleistungen für Menschen mit Behinderung sind.

Ambulante Leistungen der Krankenbehandlung

Im folgenden Abschnitt werden ambulante Angebote für Menschen mit schweren psychischen Störungen skizziert, die ausschließlich über das SGB V geregelt sind. Es erfolgt dabei eine Verknüpfung mit den entsprechenden Leistungsanbietern.

Ambulante ärztliche und nichtärztliche Versorgungsleistungen

Hausärzte und Hausärztinnen, insbesondere Fachärzt:innen für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internist:innen sowie niedergelassene praktische Ärzt:innen

- bilden vielfach eine erste Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen und sind auch an der Diagnostik und Behandlung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen sowie deren Behandlung somatischer Erkrankungen beteiligt.

- Hausärzt:innen können durch entsprechende Überweisungen für eine hilfreiche Weichenstellung im Versorgungssystem sorgen und eine somatisch medikamentöse Begleitbehandlung durchführen.
- Zudem können Hausärzt:innen bis zu 3 Stunden Soziotherapie sowie nach Diagnosesicherung durch einen Facharzt / eine Fachärztin psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen.

Niedergelassene Fachärzt:innen, insbesondere für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

- bieten in der Regel Diagnostik, Beratung und Behandlung in verschiedener Gestalt der Patient:innen und ihrer Angehörigen, Kriseninterventionen und Pharmakotherapie an. Sie haben die Möglichkeit zur Verordnung von ambulanter Soziotherapie, psychiatrischer häuslicher Krankenpflege, Ergotherapie sowie weiterer Heilmittel.
- Möglichkeiten zur vernetzten Versorgung bietet die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf.
- Für schwer psychisch kranke Menschen, die oft eine Komplexleistung sowie eine aufsuchende Behandlung benötigen, können vom Facharzt / von Fachärztin zusätzliche Dienstleistungen herangezogen und koordiniert werden oder eine Überweisung an eine psychiatrische Institutsambulanz erwogen werden. Neue Möglichkeiten ergeben sich durch die KSVPsych-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

- sind in der Regel an psychiatrischen Kliniken und Zentren bzw. Fachkrankenhäuser für Psychiatrie angegliedert, bieten aber meist keine Versorgung rund um die Uhr. Ihre Tätigkeit ist in der Regel durch multiprofessionelle Teams geprägt. Zum Teil werden PIA an anderen Orten, z. B. Gemeinde- oder Sozialpsychiatrischen Zentren oder im Zusammenhang mit dezentralen Tageskliniken vorgehalten.
- Das Angebot richtet sich an Menschen, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung von anderen Versorgungsangeboten unzureichend erreicht werden. Die Behandlung richtet sich vorrangig an Personen, welche eine langfristige, kontinuierliche Behandlung erfordern (§ 118 SGB V).
- Ziel ist die Optimierung von Behandlungsabläufen, um die soziale Integration der Betroffenen in ihr soziales Umfeld zu stärken. Im Zentrum der Arbeit sollte die Gewährleistung der Behandlungskontinuität stehen.

Niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen

- Psychotherapie von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut:innen ist eine Leistung nach § 28 Absatz 3 SGB V und wird entsprechend der Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V) werden im ambulanten Bereich aktuell die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Analytische Psychotherapie, die Verhaltenstherapie sowie die Systemische Therapie getragen. Zudem sind die psychotherapeutischen Methoden des Katathymen Bilderlebens, der Rational Emotiven Therapie (RET) sowie Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Alle vier Therapieverfahren können als Kurzzeit- oder Langzeittherapie und als Einzel- oder Gruppentherapie oder auch in einer Kombination von Einzel- und Gruppentherapie angeboten beziehungsweise wahrgenommen werden.

Psychiatrische Häusliche Krankenpflege (* siehe auch den folgenden Exkurs zur Psychiatrischen Pflege)

- Versicherte erhalten nach § 37 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder an einem anderen geeigneten Ort (betreute Wohnformen, b. B. auch in einer WfbM) häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermeidbar/verkürzt wird. In der Richtlinie des GBA über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKp-RL) werden in § 4 *Besonderheiten der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege* festgelegt. Das ergänzende Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist es, *dazu beizutragen, dass Versicherte soweit stabilisiert werden, dass sie ihr Leben im Alltag im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbständig bewältigen und koordinieren sowie Therapiemaßnahmen in Anspruch nehmen können*.
- Voraussetzung ist, dass im Pflegeprozess die Fähigkeitsstörungen positiv beeinflusst werden können. Danach regelt sich der Verordnungszeitraum (von mehr als 14 Tagen bzw. bis zu 14 Tagen) mit der Möglichkeit einer Folgeverordnung für weitere 14 Tage. *Ist ein Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten erforderlich (Verlängerung), ist dies zu begründen und im Behandlungsplan darzulegen.*
- Im Rahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege sind die relevanten Bezugspersonen der versicherten Person einzubeziehen. Zudem soll die Pflege in den (gemeinde-)psychiatrischen Verbund eingebunden und die soziale Integration gewährleistet werden. Die Maßnahmen können von Fachärzt:innen für Nervenheilkunde, für Neurologie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie, von Vertragspsychotherapeut:innen sowie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus oder im unmittelbaren Anschluss an die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung verordnet werden.
- Bestandteil der Verordnung ist der von der Verordner:in *erstellte Behandlungsplan, der die Indikation, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Behandlungsmaßnahmen, -frequenzen und -dauer) umfasst. Die Verordnung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege neben Leistungen der Soziotherapie ist für denselben Zeitraum möglich, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer jeweils spezifischen Zielsetzung ergänzen.*

- *Die psychiatrische häusliche Krankenpflege wird in Form von Einheiten abgegeben. Eine Einheit umfasst 60 Minuten. Die Therapieeinheiten können in kleinere Zeiteinheiten maßnahmebezogen aufgeteilt werden. Verordnungsfähig sind bis zu 14 Einheiten pro Woche.* Die Leistung „Psychiatrische häusliche Krankenpflege" (PhKp) im Leistungsverzeichnis Häusliche Krankenpflege nach Nr. 27a umfasst:
  - **Erarbeiten** der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau),
  - **Durchführen** von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
  - **Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten** zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung beziehungsweise Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)
  - **Unterstützung** zur Kontaktaufnahme zu anderen an der Versorgung beteiligten Einrichtungen

Ambulante Soziotherapie

- Die Leistung wird ärztlich – auch von der Institutsambulanz – verordnet und kann bis zu 120 Stunden im Zeitraum von drei Jahren je Krankheitsfall erbracht werden.
- Folgende Leistungen sind in jedem Fall zu erbringen:

  a) **Gemeinsame Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans** durch Verordner:in, soziotherapeutische Leistungserbringende und versicherte Person

  b) **Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen** gemäß dem soziotherapeutischen Betreuungsplan.

  c) **Arbeit im sozialen Umfeld** einschließlich Heranführung an komplementäre Dienste.

  d) Fortlaufende **Soziotherapeutische Dokumentation** zu Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit
- Folgende Leistungen können ggf. aufgrund der Struktur der spezifischen Situation vom soziotherapeutischen Leistungserbringenden erbracht werden:

  a) **Motivations(antriebs)relevantes Training:** Praktische Übungen zur Verbesserung von Motivation, Belastbarkeit und Ausdauer im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten.

  b) **Training zur handlungsrelevanten Willensbildung:** Einübung von Verhaltensänderungen, Übungen zur Tagesstrukturierung und zum planerischen Denken. Dabei ist Hilfestellung bei der Bewältigung von Konflikten zu geben und eine selbständige Konfliktlösung bzw. Konfliktvermeidung einzuüben.

  c) **Anleitung zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung**: Hilfen beim Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung, sowie die Förderung der Compliance und von gesunden Persönlichkeitsanteilen.

  d) **Hilfe in Krisensituationen**: Bei auftretenden Krisen erfolgt entsprechende Hilfe, gegebenenfalls auch aufsuchend, zur Vermeidung erheblicher Verschlimmerung sowohl der Krankheit als auch der häuslichen, sozialen und beruflichen Situation der Patientin oder des Patienten.

Ambulante Ergotherapie

- Maßnahmen der Ergotherapie werden als **Heilmittel** nach § 32 SGB V auf Grundlage der Heilmittel-Richtlinie erbracht. Sie dienen der Wiederherstellung, Besserung, Erhaltung, dem Aufbau oder der Stabilisierung oder Kompensation sensomotorischer, perzeptiver und mentaler Funktionen und daraus resultierender Beeinträchtigungen von Aktivitäten, der Teilhabe, insbesondere im Bereich der Selbstversorgung, Mobilität, der Alltagsbewältigung, Interaktion und Kommunikation sowie des häuslichen Lebens. Sie bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren sowie lebenspraktischer Übungen. Sie umfassen auch Beratungen zur Schul-, Arbeitsplatz-, Wohnraum- und Umfeldanpassung.
- Eine **psychisch-funktionelle Behandlung** dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Schädigungen mentaler Funktionen, insbesondere psychosozialer, emotionaler, psychomotorischer Funktionen und Funktionen der Wahrnehmung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und gegebenenfalls der Teilhabe. Sie umfasst insbesondere Maßnahmen zum Erreichen therapeutischer Ziele auf
- (a) Schädigungsebene (§ 42 Abs 3 SGB IX [2]), wie Stabilisierung oder Besserung globaler mentaler Funktionen (ICF) sowie spezifischer mentaler Funktionen (ICF) und
- (b) auf Aktivitäts- und Teilhabeebene.
- Entwicklung oder Wiederherstellung und Erhalt von Aktivitäten:
  - Stärkung der Eigenverantwortlichkeit, des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfähigkeit,
  - Erlernen von Kompensationsstrategien gegebenenfalls unter Nutzung vorhandener Hilfsmittel und Umgang mit externen Hilfen.
- Die psychisch-funktionelle Behandlung kann als Einzel- oder Gruppenbehandlung verordnet werden.

[2] Die Leistungen sind in SGB IX definiert und werden aber nach den Vorschriften des SGB V erbracht (Abschn. Med. Reha)

Sektorübergreifende Versorgung

- Die **Besondere Versorgung** (§ 140 SGB V) soll die sektorenübergreifende Leistungserbringung (stationär, ambulant, rehabilitativ) sicherstellen. Die Krankenkassen können Verträge mit benannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Die Verträge ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie besondere Versorgungsaufträge unter Beteiligung der Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften. Die Verträge können auch Regelungen enthalten, die die besondere Versorgung regional beschränken. Definiert werden auch strukturelle Merkmale sowie spezifische Leistungsinhalte.
- Eine weitere Möglichkeit zur Umsetzung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle bietet **§ 64b SGB V (Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen)**. Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens 15 Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 SGB V können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.
- Auch mit Hilfe des **Regionalen Psychiatriebudgets (RPB)** nach § 64b SGB V kann eine sektorübergreifende Versorgung erreicht werden. Die üblicherweise bestehende Trennung in unterschiedliche Finanzierungsformen der Klinikleistungen für alle Patient:innen erfolgt dabei innerhalb einer Region.

Exkurs Psychiatrische Pflege

Die professionelle Pflege befasst sich als Praxiswissenschaft mit den Erfahrungen, Bedürfnissen und Reaktionen von Menschen im Kontext von Lebensprozessen, Lebenserfahrungen sowie aktuellen und potenziellen Gesundheitsproblemen *[1116]*. Gemäß § 5 Abs. 2 Pflegeberufegesetz (PflBG) umfasst die berufliche Pflege in Deutschland „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender“. Die professionelle Pflege unterstützt und fördert die Selbstsorge und das Selbstpflegehandeln von Menschen, wenn und solange deren Selbstpflegefähigkeiten und deren informelle Unterstützung nicht ausreichen *[1117] [1118]*. Die berufliche Pflege zielt darauf ab, Personen zu befähigen, ihre Lebensaktivitäten möglichst selbstständig durchzuführen, alltags- oder krankheitsbedinge Anforderungen zu bewältigen und ihre Bedürfnisse selbstbestimmt zu befriedigen *[1118]*. Die übergeordneten Ziele Autonomie und Selbstpflegekompetenz sowie Teilhabe und Wohlbefinden können über vielfältige Strategien, teilweise auch kompensierendes Handeln, erreicht werden.

Aufgaben psychiatrischer Pflege

Die psychiatrische Pflege hat zum Ziel, das psychosoziale und körperliche Wohlbefinden von Personen zu fördern, die an einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung leiden oder einem Risiko für eine psychische Krise ausgesetzt sind. Der Schwerpunkt liegt im Aufbau einer professionellen, zwischenmenschlichen Beziehung als therapeutisches Mittel sowie auf der Berücksichtigung von Umweltfaktoren, die die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlbefinden beeinflussen *[1119]*. Aufbauend auf den persönlichen Ressourcen der betroffenen Person sowie auf der Grundlage einer sorgfältigen Ermittlung und der gemeinsamen Klärung der Ziele werden Wachstum, Entwicklung und Recovery von Menschen mit psychosozialen Hilfebedarfen gefördert und unterstützt *[1120] [1121]*.

Der individuelle Pflegebedarf einer Person ist u .a. abhängig von aktuellen und potenziellen Einschränkungen psychischer, sozialer und körperlicher Funktionalitäten, von unbefriedigten Bedürfnissen und Bedarfen sowie von vorhandenen Ressourcen der Person oder ihrem Umfeld, er wird u. a. über pflegerische Assessments ermittelt. Die Unterstützungsbedarfe werden durch ein breites Spektrum an möglichen Interventionen adressiert, welches therapeutische, beratende, motivierende, edukative sowie entlastend-supportive oder kompensatorische Maßnahmen umfasst *[1122] [1123] [1124] [1125]*.

Pflegeangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Professionelle Pflege adressiert vielfältige Einschränkungen in den Funktions- und Lebensbereichen und hohe psychosoziale Herausforderungen wie auch die längerfristigen Krankheitsverläufe von Menschen, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden *[1126] [1127]*. Im Hinblick auf die psychosozialen und lebenspraktischen Herausforderungen bietet sie lebensweltorientierte Unterstützung und Befähigung für die Person und das soziale Umfeld. Im Hinblick auf die längerfristigen Krankheitsverläufe umfasst ihr Angebot die Förderung von Recovery, Empowerment und Gesundheit, einschließlich körperlicher Gesundheit, sowie die Unterstützung bei der Bewältigung von Symptomen, der Erkrankung selbst und der Therapie. Abhängig vom Setting kann die psychiatrisch-pflegerische Versorgung sowohl nachgehend als auch aufsuchend mit hoher Frequenz und Intensität erfolgen. Dieses ermöglicht eine intensive Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen sowie supportiv-entlastende Angebote, übende Verfahren und die Unterstützung des Therapietransfers in den Alltag. In Situationen, in denen ein Risiko oder eine Gefährdung besteht, gewährleisten und fördern Pflegefachpersonen den Schutz und die Sicherheit der Betroffenen sowie ggf. von weiteren beteiligten Personen.

Die konkrete Ausgestaltung psychiatrisch-pflegerischer Angebote ist abhängig von der mit der nutzenden Person abgestimmten und vereinbarten Zielsetzung sowie von interprofessionellen Absprachen. Pflegefachpersonen führen eine **Vielzahl psychosozialer Interventionen** eigenverantwortlich oder innerhalb interprofessioneller Teams durch: z. B. Unterstützung und Beratung im persönlichen Recoveryprozess, Gestaltung des therapeutischen Milieus und der Beziehung, partizipative Entscheidungsfindung, Anti-Stigma-Interventionen, Förderung des Symptom- und Selbstmanagements sowie der Adhärenz, Unterstützung bei der Problemlösung und der Selbsthilfe, Psychoedukation, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten sowie gesundheitsfördernde Inter-ventionen *[1119] [1124] [1128] [1129] [1130] [1131] [1132]*. Im Rahmen

eines integrativen Reviews zur ambulanten Versorgung durch Pflegefachpersonen konnten die häufigsten Pflegeinterventionen im Bereich der Unterstützung von Coping der Betroffenen identifiziert werden. Hierbei handelte es sich insbesondere um Maßnahmen der Psychoedukation, des Medikamentenmanagements, der Verbesserung der Krankheitsbewältigung sowie komplexer Formen des Beziehungsaufbaus *[1133]*.

Kompetenzen von Advanced Practice Nurses

International sind Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung auf Masterstufe in der Rolle von Advanced Practice Nurses (APNs) bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (SMI) etabliert. Scheydt und Hegedüs (2021) *[1130]* kategorisieren die Tätigkeiten von APNs in die Bereiche direkte klinische Pflege, Pflegekoordination und Case Management, psychosoziale Gesundheitsförderung und Prävention, Beratung, Bildung und Coaching von Betroffenen und deren Angehörigen, Führung und Öffentlichkeitsarbeit sowie Forschung und Praxisentwicklung. In Deutschland sind APN-Rollen bislang nur an wenigen Orten etabliert.

Fazit

Pflegefachpersonen leisten in verschiedenen Rollen und mit unterschiedlichen Kompetenzen einen gewichtigen und spezifischen Beitrag in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Sie führen evidenzbasierte Interventionen mit dem Fokus auf den Themen Lebenswelt, Krankheitsmanagement, Selbstsorge und Alltagsbewältigung in unterschiedlichen Settings der psychiatrischen Versorgung im interprofessionellen Behandlungsteam durch. Ambulante psychiatrische Pflege unterstützt Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen im direkten Lebensumfeld sowohl in akuten Krisen, als auch mittel- und längerfristig durch niedrigschwellige, aufsuchende und beziehungsorientierte psychosoziale Angebote.

Ambulante Angebote zur Krankenbehandlung sind in vielen Regionen nur sehr eingeschränkt oder auch gar nicht verfügbar, bzw. mit langen Wartezeiten verbunden. Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen niedrigschwellige und nachgehende, teilweise zeitintensive, oft motivierende Hilfen. Diese sind vor allem in den Bereichen der Alltagsbewältigung sowie im Zusammenhang mit dem Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement notwendig. Die **psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP) und die ambulante Soziotherapie** fokussieren diese Bedarfe; stehen aber bisher in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen nicht flächendeckend zur Verfügung. PHKP und ambulante Soziotherapie bieten ein breites Spektrum psychosozialer Therapieansätze und sind eine wichtige Unterstützung für Betroffene weitere Hilfen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch nehmen zu können.

Leistungen der Krankenhausbehandlung

Eine **Krankenhausbehandlung** kann vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant, vor- und nachstationär und spätestens erbracht werden. Versicherte haben nach § 39 SGB V *Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld* ***nach Prüfung durch das Krankenhaus*** *erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung* ***einschließlich häuslicher Krankenpflege*** *erreicht werden kann. (….) Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung*.

Vollstationäre Krankenhausbehandlung

„Die **Krankenhausbehandlung** umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation." (§ 39 Abs. 1, SGB V). Die Finanzierung der Behandlung erfolgt durch die Krankenkassen.

Eine stationäre Behandlung kann einen erheblichen **Eingriff in die Lebenskontinuität** bedeuten. In jedem Fall muss die Indikation für eine stationäre Aufnahme sorgfältig geprüft werden.

Eine stationäre Behandlung kann auch in **Soteria-Einrichtungen** erfolgen. Dies sind kleine, gemeindenahe und heimartige Settings in einer zuverlässigen, haltenden, Sicherheit und Schutz gewährenden sozialen Umgebung, die in Deutschland in Klinikstrukturen eingebettet sind. Das behutsame, unaufdringliche, mitfühlende Begleiten, stellt sicherlich bis heute den Kern der Soteria-Idee dar und wurde mit dem Begriff Dabeisein auf eine griffige Formel gebracht" (*[1134]*, S. 165).

Stationsäquivalente Behandlung

Stationsäquivalente Behandlung (StäB) bedeutet „eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams" § 39 Abs.1 SGB V. Psychiatrische Krankenhäuser sowie Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. Wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe, können an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragt werden.

Mit den Bestimmungen zur stationsäquivalenten Behandlung existiert eine wesentliche Voraussetzung zur **Verbesserung evidenzbasierter Behandlung** für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Positive Erfahrungen aus Deutschland liegen vor (siehe Evidenzkapitel **Akutbehandlung im häuslichen Umfeld**).

Teilstationäre Krankenhausbehandlung

Tageskliniken sind ein wichtiger und seit Jahrzehnten etablierter Baustein in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Die Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik ist Teil der Krankenhausbehandlung und meistens an psychiatrisch-psychosomatische Krankenhäuser oder an psychiatrisch-psychosomatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert. Eine tagesklinische Behandlung kann (1) eine Alternative zur stationären Behandlung bei akuten psychischen Problemen darstellen, (2) im Sinne einer Übergangsbehandlung die Behandlungsdauer stationärer Aufenthalte verkürzen, (3) der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Verläufen dienen oder (4) eine Intensivierung einer (nicht ausreichenden) ambulanten Behandlung zum Ziel haben *[1135]*. Mit einer tagesklinischen Behandlung sind multidisziplinäre Behandlungsansätze, vergleichbar mit denen einer vollstationären Behandlung (d. h. alle medizinischen, diagnostischen, psychiatrischen, psychosozialen und komplementären Leistungen) mit dem Erhalt bestehender Sozialkontakte im gewohnten Lebensumfeld des Patienten verknüpft.

Sektorenübergreifender Versorgungsmodelle (§ 64b SGB V)

Gegenstand von Modellvorhaben nach § 63 Absatz 1 oder 2 (weiter oben schon benannt) kann auch die Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen sein, die auf eine Verbesserung der Patientenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet ist, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. Die Modellvorhaben nach Absatz 1 sind im Regelfall auf längstens 15 Jahre zu befristen. Unter Vorlage des Berichts nach § 65 SGB V können die Krankenkassen und die Vertragsparteien bei den zuständigen Aufsichtsbehörden eine Verlängerung beantragen.

Auch mit Hilfe des **Regionalen Psychiatriebudgets (RPB)** nach § 64b SGB V kann eine sektorübergreifende Versorgung erreicht werden. Die üblicherweise bestehende Trennung in unterschiedliche Finanzierungsformen der Klinikleistungen für alle Patient:innen erfolgt dabei innerhalb einer Region.

Konsentierte Empfehlung

Empfehlung 44 **NEU**	**Konsensbasierte Empfehlung „Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie“**
Empfehlungsgrad **EK**	Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie sollen als - in ein Gesamtbehandlungskonzept integrierte - gemeindepsychiatrische Angebote zur Verfügung stehen.
Konsensstärke	**Konsens (100 %)**

Rationale

Ambulante Angebote zur Krankenbehandlung sind in vielen Regionen nur sehr eingeschränkt oder auch gar nicht verfügbar, bzw. mit langen Wartezeiten verbunden. Viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen benötigen niedrigschwellige und nachgehende, teilweise zeitintensive, oft motivierende Hilfen. Diese sind vor allem in den Bereichen der Alltagsbewältigung sowie im Zusammenhang mit dem Symptom-, Krankheits- und Therapiemanagement notwendig. Die **psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP) und die ambulante Soziotherapie** fokussieren diese Bedarfe; stehen aber bisher in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen nicht flächendeckend zur Verfügung. PHKP und ambulante Soziotherapie bieten ein breites Spektrum psychosozialer Therapieansätze und sind eine wichtige Unterstützung für Betroffene, weitere Hilfen des medizinischen Versorgungssystems in Anspruch nehmen zu können.

13.5 Leistungen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden nach § 40 Absatz 1 SGB V erbracht. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Absatz 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Komplexe ambulante Rehabilitationsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden in der RPK erbracht, mobile Rehabilitationsleistungen im häuslichen Umfeld und im Sozialraum der Rehabilitanden.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder

2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

Für Personen mit psychosomatischen und Suchterkrankungen stehen zertifizierte Rehabilitationseinrichtungen wohnortfern zur Verfügung, in denen die Krankenkasse erforderliche stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung erbringt. Für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen kommen Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation in stationärer und teilstationärer Form in der RPK in Betracht. Für die mobile Rehabilitation liegen Rahmenempfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vor. Demnach liegt eine Indikation für die Personengruppe

mit schweren psychischen Erkrankungen vor. Unter die indikationsspezifische mobile Rehabilitation fallen Personen mit „erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen." (*[1136]*, S.36).

Menschen mit Behinderungen haben Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach § 42 SGB IX. Sie entsprechen den im SGB V definierten Leistungen und können auch als Einzelleistungen erbracht werden, sofern eine Leistungsnorm für sie existiert (s.u.). Der Zugang zu den Leistungen erfolgt über die Vorschriften zur Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Koordinierung der Leistungen nach Teil 1 SGB IX.

§ 42 SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,

2. Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder,

3. Arznei- und Verbandsmittel,

4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,

5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,

6. Hilfsmittel sowie

7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen. Solche Leistungen sind insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,

2. Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,

3. die Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen,

4. die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,

5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,

6. das Training lebenspraktischer Fähigkeiten sowie

7. die Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Stationäre medizinische Rehabilitation

Für die in dieser Leitlinie betrachtete Gruppe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wurde in den 1980er Jahren mit der **Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK)** eine Möglichkeit der integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation geschaffen. RPK's sind kleine stationär oder ambulant arbeitende Rehabilitationseinrichtungen mit regionalen Vernetzungsstrukturen. Neben ausgewählten Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, affektive und schwere Persönlichkeits- sowie Verhaltensstörungen) werden „Schädigungen" psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen von verschiedenen Aktivitäten und der sozialen Teilhabe und Integration benannt. Darüber hinaus sind die individuelle Lebenssituation, die persönlichen Bewältigungsstile und Ressourcen der Betroffenen sowie das soziale Netzwerk bei der Beurteilung der Indikationsstellung zu berücksichtigen *[1137]*.

Nach umfangreicher Rehabilitationsdiagnostik auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) erfolgt die Formulierung eines individuellen Rehabilitationsplanes, der regelmäßig hinsichtlich seiner Zielerreichung überprüft und ggfs. modifiziert wird. Das multiprofessionelle Team unter der Leitung eine(r) Fachärzt:in für Psychiatrie erbringt die nach dem individuellen Rehabilitationsplan erforderlichen Leistungen des § 42 SGB IX. Wesentliche **Behandlungselemente** der medizinischen Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen umfassen die ärztliche/psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Psychopharmakotherapie, Soziotherapie, indikative psychoedukative Gruppen, Ergotherapie, Arbeitstherapie und Belastungserprobung, psychiatrische Krankenpflege, Physiotherapie/ Bewegungs- und Sporttherapie sowie psychosoziale Beratung und Hilfen. Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, werden Leistungen zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung sowie Trainings- und Berufsvorbereitungsmaßnahmen durchgeführt *[1138]*. Für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der RPK ist entweder der Rentenversicherungs- oder der Krankenversicherungsträger zuständig; für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Rentenversicherungsträger oder auch die Bundesagentur für Arbeit, sofern nicht ein anderer Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX zuständig ist. Daneben können im Einzelfall z. B. die Beihilfe oder private Versicherungen die Kosten übernehmen. Die Antragstellung erfolgt zunächst an die Krankenversicherung.

Ambulante medizinische Rehabilitation

Die **Leistungen der Medizinischen Rehabilitation in § 42 Abs. 2 SGB IX** sind als Leistungsnormen des fünften Abschnitts des SGB V so geregelt, dass sie auch als Einzelleistungen **ambulant** erbracht werden können, sofern es einen regionalen Leistungserbringer gibt. Leistungen der medizinischen Rehabilitation können von ärztlicher Seite verordnet werden. Relevant für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind aktuell:

- Ambulante fachärztlichen Behandlung, auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz
- Psychotherapie durch psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen nach § 28 SGB V
- Ambulante Ergotherapie als Heilmittel nach § 32 SGB V
- Psychiatrische Häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V
- Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V

Mobile Rehabilitation

Mit einer jüngeren gemeinsamen Rahmenempfehlung des GKV-Spitzenverbandes existiert seit dem 01.06.2021 die gesetzliche Möglichkeit, Leistungen der Mobilen Indikationsspezifischen Rehabilitation *[1136]*, als **Komplexleistung der medizinischen Rehabilitation** in Anspruch zu nehmen. Diese umfasst unter anderem die Personengruppe mit schweren psychischen Erkrankungen, nämlich Personen mit „erheblichen Schädigungen mentaler Funktionen, deren Ausprägung und Handlungsrelevanz bei *Verlust gewohnter räumlicher und sozialer Bezüge* derart zuzunehmen drohen, dass rehabilitative Maßnahmen nur unter Erhalt dieser Bezüge erfolgversprechend erscheinen." (*[1136]*, S. 36). Ermöglicht werden damit eine Rehabilitation und ein Training im vertrauten Umfeld unter Berücksichtigung relevanter Umweltfaktoren, wobei die alltägliche praktische Lebensführung zum Übungs- und Trainingsfeld wird *[1136]*.

Mit der **Mobilen Psychiatrischen Rehabilitation (MoPsyRe)** wurde ein wichtiger Schritt der Einbeziehung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in die Rehabilitationsangebote geleistet *[19][1105]*. Die Inhalte von MoPsyRe sind darauf ausgerichtet, dass die leistungsberechtigte Person durch ein komplexes Behandlungsangebot auf Grundlage eines konkreten Rehabilitationsplans die von ihr angestrebten Ziele erreicht, sowie individuelle mentale Beeinträchtigungen reduziert und Fähigkeiten und Ressourcen aktiviert werden. Dieses muss auf evidenzbasierten Interventionen basieren und kann daher nur von entsprechenden Fachkräften ausgeübt werden *[1139]*. In dem 2-jährigen Modellprojekt RESET wurde die Umsetzung von Leistungen der Mobilen medizinischen Rehabilitation im GPV Stuttgart durch den Rudolf Sophien Stift erprobt *[1140]*. Mit der MoPsyRe eröffnen sich gleichzeitig Möglichkeiten zur Umsetzung psychosozialer Therapien wie sie in der vorliegenden Leitlinie beschrieben und empfohlen werden.

Berufliche Rehabilitation

Der **alltagssprachliche Begriff der beruflichen Rehabilitation** findet sich unter leistungsrechtlicher Perspektive korrekt in den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 49 SGB IX wieder.

In Deutschland steht zum einen ein **breites Spektrum von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** zur Verfügung und zum anderen existiert ein **umfassendes, sehr differenziertes System an Einrichtungen, Diensten und weiteren Angeboten**, die eine berufliche Eingliederung psychisch kranker Menschen zum Ziel haben. Dabei gibt es Einrichtungen, die speziell für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen konzipiert wurden. Dazu zählen insbesondere die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) und die beruflichen Trainingszentren (BTZ). Andere Einrichtungen sind auch auf die Rehabilitation von Menschen mit Beeinträchtigungen körperlicher oder geistiger Verursachung ausgerichtet.

Die **Kostenzuständigkeit für die verschiedenen Leistungen** richtet sich nach den Spezialvorschriften, wie sie in den verschiedenen Teilen des Sozialgesetzbuchs niedergelegt sind; dementsprechend groß ist die Vielfalt der Finanzierungsträger. Diese Vielfalt wurde immer wieder kritisiert, da sie eine gegenseitige Verschiebung der Finanzierungslasten begünstigt *[1141]* und der Auffassung über ein grundsätzlich bestehendes Versorgungskontinuum aus Prävention, kurativer Behandlung und Rehabilitation entgegenwirkt *[1142]*. Im Alltag sind die wichtigsten Kostenträger die Agentur für Arbeit (insbesondere für Menschen, die noch keine Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung erworben haben) und die Deutsche Rentenversicherung.

Im **Kapitel 10 SGB IX** werden die **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben** definiert. In § 49 Abs 1 SGB IX heißt es „Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern." Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung,
2. eine Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
3. die individuelle betriebliche Qualifizierung im Rahmen Unterstützter Beschäftigung,
4. die berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
5. die berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
6. die Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 bis 5 und
7. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um Menschen mit Behinderungen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten (§ 49 Abs 3 SGB IX).

In § 49 Abs. 6 heißt es weiterhin, dass die Leistungen auch **medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen** umfassen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen sind hierbei beispielsweise Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits-

und Behinderungsverarbeitung, Hilfen zur Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, die Information und Beratung von Partner:innn und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kolleg:innen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen, die Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten, Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen, das Training lebenspraktischer Fähigkeiten.

Im Folgenden werden bedeutsame Einrichtungen/Angebote beruflicher Rehabilitation mit Relevanz für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung aufgeführt. Ausführliche Informationen dazu finden sich beispielsweise bei Gühne & Riedel-Heller (2015) sowie im Teilhabekompass zu beruflichen Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen der DGPPN *[937] [947]*. Die einzelnen Maßnahmen orientieren sich an der **Belastbarkeit der Leistungsempfänger**. Unterschieden werden Angebote auf dem allgemeinen von Angeboten auf dem "besonderen" Arbeitsmarkt. Für Angebote auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird eine Belastbarkeit von mindestens 3 Stunden pro Tag vorausgesetzt. Hierzu zählen beispielsweise Angebote der Integrationsfachdienste bei der Begleitung an einem Arbeitsplatz und Inklusionsfirmen. Orientiert auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind beispielsweise Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPKs) oder Berufstrainingszentren (BTZs). Dem „besonderen" Arbeitsmarkt lassen sich Beschäftigungsangebote in Tagesstätten und Tagesförderstätten, Berufsbildungs- und Arbeitsbereiche in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Zuverdienstprojekte oder auch ausgelagerte arbeitstherapeutische Plätze zuordnen.

Maßnahmen/Anbieter von Leistungen zur beruflichen Teilhabe auf dem besonderen Arbeitsmarkt

Arbeitstherapeutische Maßnahmen

- stellen ein Kernkonzept der Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen dar. Vor allem in der stationär-psychiatrischen Behandlung ist Arbeitstherapie als Behandlungsform ein fester Bestandteil. Arbeitstherapie findet aber zunehmend auch in ambulanten Bereichen Anwendung. Ambulante Arbeitstherapie richtet sich an psychisch erkrankte Menschen, die (noch) gering belastbar sind und ist zumeist auf die Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten wie etwa Konzentrationsfähigkeit und Durchhaltevermögen ausgerichtet. Die gemeinsame Grundlage verschiedener arbeitstherapeutischer Modelle ist die implizite Annahme, dass eine Nachbildung der Arbeitswelt durch Arbeitstherapie die Integration in diese langfristig fördert, da gerade die hierfür erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten angesprochen werden *[974] [975]*. Die Durchführung von Arbeitstherapie und Belastungserprobung ist im § 42 SGB V und im § 42 SGB IX geregelt. Genau genommen handelt es sich bei Arbeitstherapie um eine Methode, deren Wirkung zunächst auf die Person gerichtet ist. Sie kann eine Vorstufe auf dem Weg zu Leistungen der beruflichen Teilhabe sein.

- Die kontrollierte Überprüfung der Effekte arbeitstherapeutischer Maßnahmen hat bisher kaum stattgefunden. In einer randomisierten kontrollierten Studie aus Deutschland, in denen arbeitstherapeutische Interventionen gegenüber Ergotherapie untersucht wurden, ließen sich kaum Effekte nachweisen *[920]*; gleichfalls ließen sich durch die im stationären Kontext erfolgten arbeitsrehabilitativen Maßnahmen keine langfristigen Versorgungskosten senken *[1143]*. Im Rahmen der Münsteraner Arbeitsrehabilitationsstudie wurden die Rehabilitationsverläufe und -ergebnisse von Teilnehmenden dreier verschiedener arbeitsrehabilitativer Angebotstypen (ambulante Arbeitstherapie, (teil-)beschützte Arbeitsplätze in Firmen für psychisch kranke Menschen sowie Werkstätten für psychisch behinderte Menschen) untersucht *[978]*

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

- stellen ebenfalls vergleichsweise niedrige Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitand:innen. Werkstätten sind gegliedert in einen Berufsbildungsbereich, der den Teilnehmenden eine angemessene berufliche Bildung ermöglichen soll, sowie einen Arbeitsbereich, der im Anschluss an die Berufsbildung eine unbefristete Beschäftigung zu einem leistungsgemäßen Entgelt sichert. Die Entlohnung in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung bewegt sich allerdings auf einem niedrigen Niveau (im Mittel 180,00 €/Monat), so dass die Beschäftigten für ihren Lebensunterhalt auf weitere Sozialleistungen angewiesen sind. Nur der Eingangs- und Berufsbildungsbereich gehören im engeren Sinne zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, daher liegt die Finanzierungszuständigkeit auch vorrangig bei den Trägern der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Zunehmend gibt es auch Werkstätten mit spezifischen Angeboten für psychisch kranke Menschen. Diese Spezialwerkstätten können hinsichtlich der Atmosphäre, der Arbeitsinhalte und auch der Entlohnung sehr viel günstigere Möglichkeiten bieten. Darüber hinaus hat der Besuch einer WfbM grundsätzlich den Vorteil, dass Kranken- und Rentenversicherungspflicht besteht. Die hierbei erarbeiteten Rentenansprüche orientieren sich nicht an den minimalen WfbM-Löhnen, sondern an einem Prozentsatz der bundesdeutschen Durchschnittslöhne *[1144]* Zum Angebot an WfbM-Arbeitsplätzen gehören auch ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Diese werden zum Zwecke des Übergangs und als dauerhaft ausgelagerte Plätze angeboten. Der Übergang in ein Arbeitsverhältnis des allgemeinen Arbeitsmarktes gelingt allerdings nur sehr wenigen Teilnehmenden.

Maßnahmen/Anbieter von Leistungen zur beruflichen Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)

- ermöglichen eine integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation ausschließlich für psychisch erkrankte Menschen. Das Leistungsangebot zur beruflichen Rehabilitation umfasst zum Beispiel Berufsfindungsmaßnahmen, Arbeitserprobungen/Praktika, Arbeitstraining, berufliche Anpassungen im erlernten bzw. angelernten Berufsfeld oder Bewerbertraining. RPK's verfügen über die Möglichkeit, individuell auf den Ausbildungsstand und die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden zugeschnittene Maßnahmen anzubieten. Es werden in zahlreichen RPK's auch Angebote vorgehalten, die Merkmale von Supported Employment (siehe Evidenzkapitel: **Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben**) enthalten. Die Rehabilitation in einer RPK kann bis maximal 2 Jahre dauern. Angebote können im Einzel- oder Gruppensetting, mit unterschiedlich intensiver therapeutischer Unterstützung, gelegentlich auch außerhalb der Einrichtung erbracht werden. Eine Übersicht zu den Erfolgen einer beruflichen Rehabilitation in RPKs findet sich bei Stengler et al. (2015) *[938]*.

Berufliche Trainingszentren (BTZ)

- sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Behinderungen. Aufgenommen werden sowohl Menschen, die noch im Arbeitsleben stehen, bei denen aber aufgrund der psychischen Probleme der Arbeitsplatz gefährdet ist, als auch Menschen ohne Arbeit, die nur mit Hilfe einer beruflichen und psychosozialen Förderung wieder eingegliedert werden können. Eine Belastbarkeit von mindestens vier Stunden pro Tag ist Voraussetzung für eine Aufnahme in ein BTZ. Die psychopathologische Symptomatik muss weitgehend bis vollständig abgeklungen oder kompensiert sein *[1145]*.

- Berufliche Trainingszentren bedienen sich einer Vielfalt von Methoden und Förderangeboten, um die für eine (Wieder-)Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt notwendigen fachlichen und sozialen Kompetenzen bei den Teilnehmenden zu fördern. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Sozialpädagog:innen und Ergotherapeut:innen in einem interdisziplinären Team die Teilnehmenden bis zur Integration in eine Beschäftigung. Das Leistungsspektrum lässt sich dabei grob in berufliche Trainings (Anpassungsmaßnahmen), Vorbereitungsmaßnahmen auf Ausbildung oder Umschulung und Assessment-Maßnahmen (u. a. Berufsfindung/ Arbeitserprobung) gliedern. Es kommen in den Maßnahmen sehr häufig betriebliche Praktika zur Anwendung. Zahlreiche Berufliche Trainingszentren haben in ihrem Angebotsspektrum Maßnahmen, die Elemente von Supported Employment enthalten. Ein Beispiel ist das an mittlerweile vielen BTZ-Standorten angebotene Programm „Modulare Vermittlung“ (MOVE), bei dem sich an ein kurzes Training im BTZ mit dem Ziel einer festen Anstellung ein gecoachtes Training in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarktes anschließt und nach erfolgter Platzierung auch Nachbetreuung am Arbeitsplatz gewährleistet wird.

Berufsförderungswerke (BFW)

- sind auf die besonderen Belange gesundheitlich eingeschränkter Menschen eingerichtete Bildungsunternehmen, deren Fokus auf der Umschulung und Fortbildung von Menschen mit abgeschlossener Erstausbildung und Berufserfahrung liegt. Es wird mit einer achtstündigen Belastbarkeit zu Maßnahmebeginn von den Teilnehmenden mehr gefordert als in einem BTZ oder einer RPK. Einige BFW halten spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen vor. Das Angebotsspektrum von Berufsförderungswerken umfasst Lehrgänge, die anerkannten Ausbildungsberufen entsprechen sowie Fortbildungslehrgänge und Leistungen zur Berufsfindung und Arbeitserprobung. In einigen Einrichtungen werden auch Rehabilitations-Vorbereitungslehrgänge (RVL) angeboten. Seit 2007 gibt es in allen Berufsförderungswerken Nachbetreuungsangebote („JobTrains“) für Teilnehmende, die nach Ende der Qualifizierung noch keinen Arbeitsplatz gefunden haben. Berufsförderungswerke sind überwiegend im ländlichen oder kleinstädtischen Bereich angesiedelt. Einrichtungen, die auf die Zielgruppe psychisch kranker Menschen ausgerichtet sind, gibt es in jedem Bundesland. In Deutschland stehen ca. 12.000 Plätze an 100 Standorten mit mehr als 250 Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Berufsbildungswerke (BBW)

- sind auf die Erstausbildung und Berufsvorbereitung beeinträchtigter junger Menschen ausgerichtet, wobei ein Großteil der bundesweit 52 Häuser (auch) Menschen mit psychischen Erkrankungen aufnimmt. Insgesamt ist von 14.000 Ausbildungsplätzen auszugehen. Berufsbildungswerke bieten auch Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen an, um für Jugendliche den passenden Beruf zu finden.

- Berufsbildungswerke unterstützen Jugendliche individuell mit passgenauen Angeboten und bieten damit eine umfassende berufliche Qualifizierung. Zu den Angeboten gehören:

  - Diagnostik
  - Berufsfindung
  - Berufsvorbereitung (BvB)
  - duale Ausbildung
  - Wohnen- und Freizeitgestaltung
  - Bewerbungs- und Motivationstraining
  - Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt

- Die beruflichen Leistungen werden von professionellem Fachpersonal flankiert: Ärzt:innen und medizinisches Fachpersonal, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen, Sonderpädagog:innen, Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Ergotherapeut:innen

Unterstützte Beschäftigung (UB)

- Ziel der Unterstützten Beschäftigung nach § 55 SGB IX, die mit der Absicht einer stärkeren Umsetzung des Ansatzes „Erst platzieren - dann Trainieren“ in Deutschland erstmalig Anfang 2009 gesetzlich verankert wurde, ist es, Leistungsberechtigten mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf Berufsbegleitung.

- Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung erhalten Menschen mit Behinderungen insbesondere, um sie für geeignete betriebliche Tätigkeiten zu erproben, auf ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vorzubereiten und bei der Einarbeitung und Qualifizierung in einer betrieblichen Beschäftigung zu unterstützen. Die Leistungen umfassen auch die Vermittlung von berufsübergreifenden Lerninhalten und Schlüsselqualifikationen sowie die Weiterentwicklung der Persönlichkeit der Menschen mit Behinderungen. Die Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger für bis zu zwei Jahre erbracht; sie können unter bestimmten Voraussetzungen bis zu einer Dauer von weiteren zwölf Monaten verlängert werden.

- Der als „Unterstützte Beschäftigung“ bezeichnete Ansatz für einen umschriebenen, definierten Personenkreis von Menschen mit einer Schwerbehinderung ist zwar inhaltlich an das „internationale SE-Konzept“ angelehnt, ist diesem aber keinesfalls gleichzusetzen.

Inklusionsfirmen

- Inklusions- bzw. Integrationsfirmen sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, die schwerbehinderten Menschen Arbeitsplätze und arbeitsbegleitende Betreuung bieten, deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt. Manche Firmen unterstützen bei der Vermittlung in eine andere Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Neben regulären Arbeitsplätzen bieten einige Integrationsfirmen auch geringfügige Beschäftigungsmöglichkeiten als Zuverdienst an. Obwohl Integrationsprojekte rein rechtlich dem ersten Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, stehen sie de facto im Übergangsfeld zwischen den beschützenden Werkstätten für behinderte Menschen und dem ersten Arbeitsmarkt.

Integrationsfachdienste (IFD)

- Die individuelle Unterstützung, Begleitung und Betreuung schwerbehinderter Menschen und ihrer Arbeitgeber ist das Kernstück der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben. Die Integrationsämter nutzen dafür die Integrationsfachdienste. Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Der Integrationsfachdienst kann im Rahmen der Aufgabenstellung nach Absatz 1 auch zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Hierbei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung.

- Die wichtigsten **Unterstützungsmöglichkeiten:**
  - Bewertung der Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen und Erstellung eines individuellen Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofils,
  - Begleitung der betrieblichen Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher,
  - Unterstützung der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen,
  - Akquise und Vermittlung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt,
  - Vorbereitung der schwerbehinderten Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze,
  - Begleitung der schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz,
  - Information von Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld,
  - Sorge für Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung sowie
  - Funktion als Ansprechpartner für die Arbeitgeber

Betriebliches Eingliederungsmanagement als Maßnahme der Prävention (BEM, § 167 SGB IX)

- Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der/die Arbeitgeber:in mit den zuständigen Interessenvertretungen sowie der Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Absatz 2 Satz 2 erbracht werden. Die Integrationsämter und Rehabilitationsträger können Arbeitgebende, die BEM einführen, mit Prämien oder einem Bonus fördern.

Weitere bisher nicht benannte Maßnahmen, die u. a. auch dann zur Anwendung kommen können, wenn ein Arbeitsverhältnis besteht, sind beispielsweise das Persönliche Budget, die Erweiterte Arbeitserprobung (EAP), die stufenweise Wiedereingliederung nach dem Hamburger Modell (§ 74 SGB V) oder vorbereitende Maßnahmen auf eine berufliche Rehabilitation oder Bildungsmaßnahme. Hinzu kommen diverse Kostenübernahmemöglichkeiten oder auch die Unterstützte Existenzgründung. Ausführliche Informationen zu den Zugangsvoraussetzungen, zu Dauer, Finanzierungsmöglichkeiten und Setting der Maßnahmen finden sich im **Teilhabekompass der beruflichen Teilhabe der DGPPN** *[1146]*.

Eine Expertise zur Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen der DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin e. V. konnte aufzeigen, dass der großen Zahl von Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen eine **vergleichsweise geringe Zahl an Plätzen in Einrichtungen und an Maßnahmen beruflicher Rehabilitation** gegenüberstehen *[937]*. Deutlich wurde vor allem, dass die Mehrheit der beruflichen Möglichkeiten für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) angesiedelt ist. Der Anteil der Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den WfbMs ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und umfasst mittlerweile 21 Prozent aller Werkstattbesucher.

Ein Großteil der Maßnahmen zur beruflichen Teilhabe in Deutschland ist den **Ansätzen des Pre-Vocational-Trainings** zuzuordnen. Damit verbunden ist das Prinzip „Erst Trainieren - dann Platzieren". Neben mangelnder Evidenz (siehe Evidenzkapitel **Traditionelle Ansätze beruflicher Rehabilitation**) wird hieran kritisiert, dass eine lange Trainingsphase demotivierend wirken kann und der Transfer des unter Trainingsbedingungen Erlernten auf den realen Arbeitsplatz zu hinterfragen sei. Das berufsvorbereitende Arbeitstraining gerate auch für zahlreiche Betroffene zu einem Dauerzustand mit unklarer Perspektive, es würden oft keine weiteren rehabilitativen Anstrengungen für psychisch kranke Menschen unternommen, insbesondere nicht, um einen Arbeitsplatz außerhalb des geschützten Bereichs zu erreichen *[1147] [926]*. Vor dem Hintergrund solcher Kritik sowie der Integrationserfolge auf dem ersten Arbeitsmarkt, die Supported-Employment-Maßnahmen unabhängig von geografischer Region und Arbeitslosenrate erzielten *[953]*, weckte **Supported Employment (SE)** auch in Deutschland großes Interesse. Gleichzeitig stößt SE mitunter auf Widerstände, die zum einen auf die desolate Forschungs- und Datenlage beruflicher Rehabilitationsangebote in Deutschland und zum anderen auf die potenziell wahrgenommene Bedrohung etablierter Strukturen im großen Praxisfeld zurückzuführen sind *[1148] [1149]*. Hinzu kommen strukturelle Barrieren auf sozialrechtlicher Ebene *[1149] [5]*. Eine direkte Übertragung des amerikanischen Supported-Employment-Modells auf Deutschland, Österreich oder die Schweiz ist aufgrund der unterschiedlichen Sozialsysteme und der unterschiedlichen Arbeitsmarktgegebenheiten im Vergleich zu den USA nicht möglich. Erforderlich sind vielmehr gewisse Adaptionen, definierte Qualitätsstandards, Anreizsysteme für die Arbeitgeber, eine Integration mit ambulanten Versorgungsanbietern und der Abbau sozialrechtlicher Hürden *[1150]*. Zumindest im Bereich der

Forschung werden zunehmend Daten zum international weitreichend untersuchten SE-Modells generiert *[1151] [942][1152]*. Von Seiten der **Fachgesellschaft hat die DGPPN eine Task-Force** mit dem Ziel initiiert, ausgehend von der internationalen Evidenz Qualitätsparameter für Supported Employment in Deutschland zu definieren, Barrieren zu identifizieren und handlungsrelevante Empfehlungen für eine stärkere Umsetzung von SE im deutschen Versorgungskontext abzuleiten (Stengler et al. 2021). Selbstverständlich sind beide Ansätze nicht austauschbar oder jeweils durch den anderen ersetzbar, vielmehr sollen SE-Angebote eine sinnvolle, notwendige und längst überfällige Erweiterung in der beruflichen Rehabilitationslandschaft in Deutschland darstellen. Insbesondere vor dem Hintergrund der UN-BRK-Forderung § 27 nach einem chancengleichen Recht auf Arbeit für Menschen mit Behinderungen bietet SE einen hochwirksamen Ansatz, Teilhabe und Inklusion für die Betroffenen zu verbessern *[1148]*.

13.6 Leistungen der Eingliederungshilfe

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind Menschen mit **wesentlicher Behinderung** vorbehalten. Menschen mit wesentlicher Behinderung sind Menschen, die aufgrund eines Gesundheitsproblems „wesentlich in der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft eingeschränkt sind (…) oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind". Die Leistungen der Eingliederungshilfe umfassen alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe gem. § 5 SGB IX, nämlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur Teilhabe an Bildung und Leistungen zur sozialen Teilhabe. Die Leistungen der Sozialen Teilhabe sind gegenüber den anderen drei Leistungen nachrangig. Der Träger der Eingliederungshilfe hat in der Teilhabeplanung alle Leistungen der Eingliederungshilfe zu erfassen, auch wenn er nicht für alle Leistungen die Kostenträgerschaft übernehmen muss.

Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden nach § 42 SGB IX von der zuständigen Krankenkasse erbracht und sind weiter oben beschrieben. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind nach § 90 SGB IX **vorrangige Rehabilitationsleistungen der Eingliederungshilfe**. Ist die leistungsberechtigte Person nicht krankenversichert, sind die gesetzlich vorgesehenen Leistungen von dem Träger der Eingliederungshilfe zu übernehmen. Im Rahmen der Sozialhilfe übernahm früher häufig die Eingliederungshilfe einen Ersatz für nicht erbrachte Krankenkassenleistungen für erforderliche medizinische Rehabilitationsleistungen bei Menschen mit seelischer Behinderung. Dies kann durch die **Gesamtplankonferenz** verhindert werden, bei der die zuständige Krankenkasse nach § 119 Absatz 2 SGB IX zu beteiligen ist.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden im Rahmen der Eingliederungshilfe als Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 SGB IX erbracht. Die **Leistungen zur Beschäftigung nach § 111 SGB IX** umfassen:

1. Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen nach den §§ 58 und 62,
2. Leistungen bei anderen Leistungsanbietern nach den §§ 60 und 62 sowie
3. Leistungen bei privaten und öffentlichen Arbeitgebern nach § 61.

Für die Übernahme der Leistungen zur Beschäftigung durch den Träger der Eingliederungshilfe wird das Absolvieren einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation vorausgesetzt. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die Arbeit in einer WfbM oft nicht vorstellbar, so dass bei den **Maßnahmen zur Beschäftigung der allgemeine Arbeitsmarkt** zu berücksichtigen ist. Die Erfahrung zeigt, dass es psychisch erkrankte Menschen mit einer akademischen Ausbildung vorziehen, sich mit der Langzeitarbeitslosigkeit abzufinden, anstatt die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes anzunehmen *[1153]*. Dabei wird deutlich, dass bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Frühstadium die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit fehlen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) nach § 56 SGB IX

Die Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM sind gerichtet auf:

1. die Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des Menschen mit Behinderungen entsprechenden Beschäftigung,
2. die Teilnahme an arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der im Berufsbildungsbereich erworbenen Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie
3. die Förderung des Übergangs der Menschen mit Behinderungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen.

- Zum Angebot an Berufsbildungs- und Arbeitsplätzen gehören ausgelagerte Plätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die ausgelagerten Arbeitsplätze werden zum Zwecke des Übergangs und als dauerhaft ausgelagerte Plätze angeboten.

- Die Werkstatt steht allen behinderten Menschen unabhängig von Art oder Schwere der Behinderung offen, sofern erwartet werden kann, dass sie ein Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erbringen.

- Werkstätten sind gegliedert in einen Berufsbildungsbereich sowie einen Arbeitsbereich. Der Berufsbildungsbereich wird immer zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gezählt, für die vorrangig die Agentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung zuständig sind. Die Beschäftigung in einer WfbM hat den Vorteil, dass Kranken- und Rentenversicherungspflicht besteht. Die erarbeiteten Rentenansprüche orientieren sich nicht an den WfbM-Löhnen, sondern an einem Prozentsatz der bundesdeutschen Durchschnittslöhne *[1144]*.

- Anerkannte Werkstätten müssen behinderte Menschen aus ihrem Einzugsgebiet aufnehmen, die die Aufnahmevoraussetzungen gemäß § 219 Absatz 2 erfüllen.

- Das Entgeltsystem in den Werkstätten steht bereits länger in der Kritik. Diskutiert werden vor allem eine Bezahlung deutlich unter dem Mindestlohn und die geringe Vermittlungsquote auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Zur Analyse der Weiterentwicklung des Entgeltsystems sowie der Perspektiven für Menschen mit Behinderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wurden im Rahmen einer BMAS-Befragungsstudie Werkstattleitungen, Werkstattbeschäftigte sowie ehemalige Beschäftige der WfbM befragt. Bei der Vermittlung aus der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bezieht sich die Studie auf Zahlen aus dem Jahr 2019 und benennt eine Quote von 0,35 Prozent. In den Jahren 2019 und 2020 betrug das monatliche WfbM-Entgelt pro Person durchschnittlich 225 Euro und ist im Jahr 2021 geringfügig auf 226 Euro angestiegen *[1154]*.

Andere Leistungsanbieter nach § 60 SGB IX

Der Gesetzgeber hat mit dieser ab 01.01.2018 geltenden neuen Leistung eine Wahlmöglichkeit für Menschen mit Behinderung geschaffen, die einen Anspruch auf Leistungen im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) haben. Die Zulassung Anderer Leistungsanbieter ermöglicht den Menschen mit Behinderungen eine gleichwertige Alternative zur bisherigen Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen. Andere Leistungsanbieter sind keine Arbeitgeber, sie sind Anbieter beruflicher Bildung und/oder Beschäftigung analog der WfbM.

Die Vorschriften für Werkstätten für behinderte Menschen gelten mit folgenden Maßgaben für Andere Leistungsanbieter:

1. sie bedürfen nicht der förmlichen Anerkennung,
2. sie müssen nicht über eine Mindestplatzzahl und die für die Erbringung der Leistungen in Werkstätten erforderliche räumliche und sächliche Ausstattung verfügen,
3. sie können ihr Angebot auf Leistungen nach § 57 oder § 58 oder Teile solcher Leistungen beschränken und
4. sie sind nicht verpflichtet, Menschen mit Behinderungen Leistungen nach § 57 oder § 58 zu erbringen, wenn und solange die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.

Budget für Arbeit nach § 61 SGB IX

Durch das BTHG wurde das **Budget für Arbeit** neu in das SGB IX aufgenommen. Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen nach § 58 haben und denen von einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis mit einer tarifvertraglichen oder ortsüblichen Entlohnung angeboten wird, erhalten mit Abschluss dieses Arbeitsvertrages als Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein Budget für Arbeit.

Das Budget für Arbeit umfasst einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber zum Ausgleich der Leistungsminderung des Beschäftigten und die Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung am Arbeitsplatz. Der Lohnkostenzuschuss beträgt bis zu 75 Prozent des vom Arbeitgeber regelmäßig gezahlten Arbeitsentgelts, höchstens jedoch 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches. Dauer und Umfang der Leistungen bestimmen sich nach den Umständen des Einzelfalles. Durch Landesrecht kann von dem Prozentsatz der Bezugsgröße nach Satz 2 zweiter Halbsatz nach oben abgewichen werden.

Leistungen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX Teil 3)

Die Regelungen zur **Teilhabe schwerbehinderter Menschen** beschränken sich auf das Arbeitsleben. Als schwerbehindert gelten Personen, bei denen längerfristige Funktionseinschränkungen bestehen und der Grad der Behinderung auf mindestens 50 Prozent geschätzt wird. Grundlage der Schweregradeinschätzung bei psychischen Erkrankungen ist das Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Regelungen des Schwerbehindertenrechts umfassen z. B. besondere Bedingungen des Kündigungsschutzes, die Gewährung von Nachteilsausgleich in Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit (z. B. durch Zusatzurlaub), begleitende Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Integrationsprojekte zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und Integrationsfachdienste mit den Aufgaben von Beratung, Unterstützung und Vermittlung schwerbehinderter Menschen). Über die Integrationsämter der Bundesländer werden die für die berufliche Eingliederung behinderter Menschen wichtigen Integrationsfachdienste (IFD) finanziert.

Die Grundlage des Schwerbehindertenrechts ist nach § 154 SGB IX die Pflicht der Arbeitgeber zur Beschäftigung schwerbehinderter Menschen. Private und öffentliche Arbeitgeber mit jahresdurchschnittlich monatlich mindestens 20 Arbeitsplätzen haben auf wenigstens 5 Prozent der Arbeitsplätze schwerbehinderte Menschen zu beschäftigen. In angemessenem Umfang sind Personen zu beschäftigen, bei denen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 allein infolge geistiger oder seelischer Behinderung oder eines Anfallsleidens vorliegt. Solange Arbeitgeber die vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen nicht beschäftigen, entrichten sie nach § 160 SGB IX für jeden unbesetzten Pflichtarbeitsplatz für schwerbehinderte Menschen eine Ausgleichsabgabe. Die Ausgleichsabgabe ist Grundlage für die Finanzierung der Integrationsämter, der Integrationsfachdienste, der Integrationsfirmen und der Sozialabgaben in den WfbM.

Inklusionsfirmen

Inklusions- bzw. Integrationsfirmen sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen, die schwerbehinderten Menschen Arbeitsplätze und arbeitsbegleitende Betreuung bieten, deren Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung auf besondere Schwierigkeiten stößt. Manche Firmen unterstützen bei der Vermittlung in eine andere Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Neben regulären Arbeitsplätzen bieten einige Integrationsfirmen auch geringfügige Beschäftigungsmöglichkeiten als **Zuverdienst** an. Obwohl Integrationsprojekte rein rechtlich dem ersten Arbeitsmarkt zuzurechnen sind, stehen sie de facto im Übergangsfeld zwischen den beschützenden Werkstätten für behinderte Menschen und dem ersten Arbeitsmarkt.

Integrationsfachdienste (IFD)

Die individuelle Unterstützung, Begleitung und Betreuung schwerbehinderter Menschen und ihrer Arbeitgeber ist das Kernstück der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben. Die Integrationsämter nutzen dafür die Integrationsfachdienste. Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt werden. Der Integrationsfachdienst kann im Rahmen der Aufgabenstellung nach Absatz 1 auch zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Hierbei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung.

Die wichtigsten **Unterstützungsmöglichkeiten:**

- Bewertung der Fähigkeiten der zugewiesenen schwerbehinderten Menschen und Erstellung eines individuellen Fähigkeits-, Leistungs- und Interessenprofils,
- Begleitung der betrieblichen Ausbildung schwerbehinderter, insbesondere seelisch und lernbehinderter Jugendlicher,
- Unterstützung der Berufsorientierung und Berufsberatung in den Schulen,
- Akquise und Vermittlung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt,
- Vorbereitung der schwerbehinderten Menschen auf die vorgesehenen Arbeitsplätze,
- Begleitung der schwerbehinderten Menschen am Arbeitsplatz,
- Information von Vorgesetzten und Kollegen im Arbeitsplatzumfeld,
- Sorge für Nachbetreuung, Krisenintervention oder psychosoziale Betreuung sowie
- Funktion als Ansprechpartner für die Arbeitgeber

Betriebliches Eingliederungsmanagement als Maßnahme der Prävention (BEM, § 167 SGB IX)

Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der/die Arbeitgeber:in mit den zuständigen Interessenvertretungen sowie der Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Soweit erforderlich, wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen. Kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die Rehabilitationsträger oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Diese wirken darauf hin, dass die erforderlichen Leistungen oder Hilfen unverzüglich beantragt und innerhalb der Frist des § 14 Absatz 2 Satz 2 erbracht werden. Die Integrationsämter und Rehabilitationsträger können Arbeitgebende, die BEM einführen, mit Prämien oder einem Bonus fördern.

Zuverdienstangebote

Zuverdienstangebote bieten angepasste Arbeitszeiten auch unter drei Stunden täglich, individuelle Arbeitsanforderungen, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle, (wenn möglich) keine zeitliche Beschränkung der Beschäftigungsdauer und keinen Druck. Im Gegensatz zu einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen oder einer Tagesstätte für psychisch kranke Menschen sind Zuverdienstangebote sehr niedrigschwellig konzipiert. Das heißt, die Nutzenden brauchen weder eine ärztliche Verordnung bzw. Begutachtung und die angebotenen Tätigkeiten sind in ihren Anforderungen (z. B. was Zeit und Arbeitsintensität angeht) an den physischen und psychischen Möglichkeiten der Nutzenden ausgerichtet. Zuverdienstangebote werden in den verschiedenen Bundesländern sehr unterschiedlich vorgehalten, auch ihre Finanzierungsstruktur kann sich weitgehend voneinander unterscheiden. Es gibt sie in vielen Bereichen und mit unterschiedlichen Konzeptionen (Zuverdienstfirmen, Zuverdienstprojekte oder Einzelarbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes) (Im Internet: Der Zuverdienst – Der Zuverdienst: Arbeit für physisch Kranke Menschen).

Leistungen zur Teilhabe an Bildung

Auch bei den **Leistungen zur Teilhabe an Bildung** sind zunächst die allgemeinen Grundsätze aus Teil 1 des SGB IX relevant: „Zur Teilhabe an Bildung werden unterstützende Leistungen erbracht, die erforderlich sind, damit Menschen mit Behinderung Bildungsangebote gleichberechtigt wahrnehmen können“ (§ 75 SGB IX).

Nach § 75 Absatz 2 umfassen die Leistungen insbesondere:

1. Die Hilfen zur Schulbildung, insbesondere im Rahmen der Schulpflicht einschließlich der Vorbereitung hierzu,
2. Hilfen zur schulischen Berufsausbildung,
3. Hilfen zur Hochschulbildung und
4. Hilfen zur schulischen und hochschulischen beruflichen Weiterbildung.

Hilfen werden erbracht **für eine schulische oder hochschulische berufliche Weiterbildung**, die:

- in einem zeitlichen Zusammenhang an eine duale, schulische oder hochschulische Berufsausbildung anschließt,
- in dieselbe fachliche Richtung weiterführt und
- es dem Leistungsberechtigten ermöglicht, das von ihm angestrebte Berufsziel zu erreichen.

Hilfen für ein **Masterstudium** werden auch erbracht, wenn das Masterstudium auf ein zuvor abgeschlossenes Bachelorstudium aufbaut und dieses interdisziplinär ergänzt, ohne in dieselbe Fachrichtung weiterzuführen. Eingeschlossen sind:

- Hilfen zur Teilnahme an Fernunterricht,
- Hilfen zur Ableistung eines Praktikums, das für den Schul- oder Hochschulbesuch oder für die Berufszulassung erforderlich ist, und
- Hilfen zur Teilnahme an Maßnahmen zur Vorbereitung auf die schulische oder hochschulische Ausbildung oder Weiterbildung für einen Beruf.

Menschen mit wesentlicher Behinderung können eine **Rehabilitationsmaßnahme im Berufsbildungsbereich** einer anerkannten WfbM absolvieren. Die Förderung einer Leistung der beruflichen Bildung, wie sie in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen erbracht werden, ist auch außerhalb einer anerkannten Werkstatt möglich, sofern die sonstigen Vorgaben des § 57 SGB IX beachtet werden. Damit ergibt sich die Möglichkeit, dass insbesondere junge Menschen mit seelischer Beeinträchtigung die Ausbildung in ausgelagerten Arbeitsplätzen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt absolvieren.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde das deutsche Recht im Lichte der UN-BRK weiterentwickelt. Damit haben Menschen mit wesentlicher Behinderung, oder Menschen, die von Behinderung bedroht sind, einen **Anspruch auf Leistungen zur sozialen Teilhabe** entsprechend ihres individuellen Bedarfs und der Berücksichtigung ihrer Wünsche und Ziele zu Art und Inhalt der Leistung. Nach § 113 SGB IX ist das Ziel der Leistungen zur Sozialen Teilhabe, Leistungsberechtigte *zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen*.

Leistungen für Wohnraum (§ 113 Abs. 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 77 SGB IX)

Mit der Abkehr von der Institutionszentrierung wurden Leistungen für Wohnraum neu gefasst. Nach § 77 SGB IX werden Leistungen für Wohnraum erbracht, *um Leistungsberechtigten zu Wohnraum zu verhelfen, der zur Führung eines möglichst selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Lebens geeignet ist*. Im Gegensatz zu der institutionszentrierten Investitionsförderung geht es um eine **personenzentrierte Leistung**, die auf den individuellen Bedarf ausgerichtet ist. *Die Leistungen umfassen Leistungen für die Beschaffung, den Umbau, die Ausstattung und die Erhaltung von Wohnraum, der den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen entspricht.* Bei Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung geht es vor allem um Leistungen für die Beschaffung und die Erhaltung von Wohnraum. Leistungen für Wohnraum umfassen nicht die ortsübliche Miete, für die andere Kostenträger (z. B. Sozialhilfeträger, Jobcenter) zuständig sind.

Assistenzleistungen (§ 113 Abs. 2 Nummer 2 in Verbindung mit § 78 SGB IX)

Die Assistenzleistungen stellen die **universellen Leistungen zur Sozialen Teilhabe** dar und sind in § 78 (Teil 1) des SGB IX beschrieben (Konrad 2022). Die Assistenzleistungen stehen für den Systemwechsel zu personenzentrierten Hilfen innerhalb der Leistungen zur Sozialen Teilhabe, indem mit ihnen die Unterstützung zu *einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum und dem Sozialraum* ermöglicht wird. Die Aufschlüsselung in sechs klar definierte Bereiche unterstützt die passgenaue Leistungserbringung nach individuellem Hilfebedarf (s. folgende Übersicht).

Die Leistungen können als **einfache oder qualifizierte Assistenz** erbracht werden. Die vollständige oder teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung bzw. die Begleitung der Leistungsberechtigten werden als einfache Assistenz bezeichnet. Bei Menschen mit seelischer Behinderung ist die Beeinträchtigung oft nicht zu erkennen, sie besteht in der Beeinträchtigung der mentalen Funktionsfähigkeit. Die Barrieren, die zu überwinden sind, resultieren in der Regel aus der Begegnung mit Menschen. Die zentrale Leistungsform für Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung ist die qualifizierte Assistenz. In erster Linie wird die Assistenzleistung zur Gestaltung sozialer Beziehungen benötigt. Die qualifizierte Assistenz bei Menschen muss dialogisch ausgerichtet sein und kann in diesem Sinne als *befähigende Begleitung* bezeichnet werden. Die befähigende Begleitung unterstützt den Prozess des Recovery *[1156] [1157]*.

Assistenzleistungen nach § 78 Abs. 1 SGB IX
Assistenz für die allgemeinen Erledigungen des Alltags
Angesprochen sind hierbei die Haushaltsführung im weitesten Sinne und das solidarische Zusammenleben, z. B. Assistenz zum morgendlichen Aufstehen, zur Körperhygiene, Versorgung und Zubereitung von regelmäßigen Mahlzeiten, Umgang mit Suchtmitteln, Beschaffung von Waren des täglichen Bedarfs, die Erledigung von Hausarbeiten, die Pflege von Haushaltgegenständen und das Kümmern um Tiere.
Assistenzleistung zur Gestaltung sozialer Beziehungen
Mit der **qualifizierten Assistenzleistung zur Gestaltung sozialer Beziehungen** wird die betroffene Person hinsichtlich ihres Interaktionsverhaltens bei der Umsetzung ihrer Wünsche und Ziele zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft unterstützt. Bedeutsame Lebensbereiche sind: • Beziehungsgestaltung zu der Nachbarschaft, • Interaktion in Geschäften, öffentlichen Verkehrsmittel, mit Dienstleistern und Behörden (formale Beziehungen), • Beziehungsgestaltung in Wohngemeinschaften, • Eheliche bzw. partnerschaftliche Beziehungen (jenseits von Partnerberatung/Paartherapie), • Beziehungsgestaltung mit Angehörigen, • Interaktionen mit eigenen Kindern, • Interaktionen mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Eine zentrale Funktion kommt dieser Assistenzleistung bei der Inanspruchnahme von einem Budget für Bildung oder einem Budget für Arbeit zu. Die Leistungen zur Gestaltung sozialer Beziehungen sind immer aufsuchende und begleitende Unterstützungsformen.
Assistenz für die persönliche Lebensplanung
Die qualifizierte Assistenz umfasst vor allem die Befähigung zum Treffen selbstbestimmter Entscheidungen. Die **unterstützte Entscheidungsfindung** ist nach der Reform des Betreuungsrechts die einzig legitime Form der rechtlichen Betreuung. Die Assistenz zur

persönlichen Lebensplanung ist somit in der Lage, die rechtliche Betreuung bei der Beantragung von Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe zu ersetzen**.** Außerdem kann die Funktion der **koordinierenden Bezugsperson** ausgeübt werden. Zentrale Aufgaben sind:

- Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Wohnraums,
- Planung der wirtschaftlichen Unabhängigkeit, bei der vor allem Aus- und Weiterbildung sowie die Erwerbstätigkeit angesprochen sind,
- Beratung und Erschließung von Rehabilitationsleistungen, mit denen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefördert werden kann.

Hinsichtlich der Qualifikation sind Sozialarbeiter:innen und Sozialpädagog:innen die geeignete Berufsgruppe.

Assistenz für die Teilnahme am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben

Bei der Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben hat eine Verlagerung von regelmäßigen Aktivitäten in Vereinen und Organisationen zu einem punktuellen Engagement bei interessengeleiteten Veranstaltungen stattgefunden. Menschen mit seelischer Behinderung benötigen zu der Teilnahme in der Regel keine Assistenz oder kommen mit einer Begleitung im Sinne der einfachen Assistenz zurecht. Personen mit spezifischen Beeinträchtigungen, wie Panikstörungen benötigen möglicherweise eine Assistenz zur Gestaltung sozialer Beziehungen. Bei Besuchen von Interessenvertretungen wie den regionalen und überregionalen Verbänden von Psychiatrieerfahrenen, Inklusionsbeiräten, Agendagruppen, Gemeinderäten usw. kann ebenfalls die Assistenz zur Gestaltung sozialer Beziehungen erforderlich werden.

Assistenz für die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten

Die Assistenzleistungen zur Freizeitgestaltung wurden explizit von den Leistungen am kulturellen und gemeinschaftlichen Leben abgegrenzt. Das ist ganz im Sinne der UN-BRK, die in Artikel 19c davon ausgeht, dass die bestehenden Angebote in der Gemeinde genutzt werden. Die Assistenzperson zur persönlichen Lebensplanung hat die Aufgabe, die leistungsberechtigte Person bei der Nutzung von Freizeitangeboten in der Gemeinde zu unterstützen (z. B. Volkhochschulkurse, Freizeitsport). Grundsätzlich ist bei allen Aktivitäten zur Freizeitbetätigung in der Bedarfsermittlung abzuklären, ob und welche Form der Assistenzleistung erforderlich ist. Insbesondere bei Personen mit starken Ängsten oder ausgeprägter emotionaler Instabilität kann eine mittel- bis langfristige Einzelbegleitung erforderlich sein. Dann steht in der Regel eine qualifizierte Assistenzleistung zur Gestaltung sozialer Beziehungen im Vordergrund.

Assistenz zur Förderung der Gesundheitskompetenz

Die **Assistenzleistung zur Sicherstellung der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen** entspricht ihrem Wortlaut den Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V. Die Leistungen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V haben die ärztlichen Verordnungen sicherzustellen, während die Assistenzleistung die leistungsberechtigte Person unterstützen soll, sich mit ihrer Gesundheit auseinanderzusetzen. Sie umfassen daher auch alle Leistungen, für die ein Mensch ohne Behinderung keine häusliche Krankenpflege benötigen würde, sondern die er selbst oder durch Angehörige sicherstellen kann. Kann das der Mensch mit Behinderung aber nicht, fallen diese Leistungen unter die Leistungen zur Sozialen Teilhabe. Es kann daher von „Leistungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und solchen der Begleitung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens“ gesprochen werden (*[1158]*, S. 34).

Eine der vordringlichsten Leistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist der **gesundheitsfördernde Umgang mit der psychopharmakologischen Medikation**. Die Unterstützung kann sich auf eine Begleitung zum behandelnden Arzt oder in die Klinik ausdehnen, um die leistungsberechtigte Person in ihrem Selbstbestimmungsrecht hinsichtlich der Medikation zu unterstützen.

Die Leistung der Gesundheitssorge eignet sich z. B. auch für die Krisenbegleitung, die von der Krisenintervention der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege unterschieden werden muss.

Die Assistenzleistung zur Gesundheitsförderung kann weitere Maßnahmen umfassen, mit denen eine **gesundheitsfördernde Lebensweise** unterstützt wird: Unterstützung hinsichtlich präventiver gesundheitlicher Maßnahmen, Begleitung und Beratung bei somatischen Erkrankungen, Unterstützung bei der Ernährungs- und Bewegungsregulation, Unterstützung bei der Nutzung von Therapie- und Rehabilitationsangeboten, Begleitung und Unterstützung bei der Behandlung im Krankenhaus.

Diese Aufzählung ist keine abschließende Darstellung der Assistenzleistungen. Unter Assistenzleistungen können auch Maßnahmen fallen, die hier (und im Gesetz) nicht aufgezählt sind. Es handelt sich bei der Regelung der Leistungen zur Sozialen Teilhabe um einen offenen Leistungskatalog. Die Assistenzleistungen beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen. Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablaufs, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme.

Assistenz für Mütter und Väter mit Behinderung zur Versorgung und Betreuung ihrer Kinder

Mit Absatz 3 des § 78 SGB IX hat der Gesetzgeber einen neuen Leistungstatbestand eingeführt. Neben Assistenzleistungen, die Eltern mit wesentlicher seelischer Behinderung für ihre eigenständige Bewältigung des Alltags benötigen, können die Assistenzleistungen zur Versorgung und Betreuung ihrer Kinder erbracht werden. Die Vorschrift dient „der Stärkung der Eltern mit Behinderungen zur Erfüllung ihrer Aufgaben als Eltern“ (*[1100]*, S. 263). Die Leistung für Menschen mit seelischer Behinderung zur Betreuung ihrer Kinder entspricht der „begleiteten Elternschaft“. Die pädagogische Anleitung, Beratung und Begleitung zur Wahrnehmung der Elternrolle ist als qualifizierte Assistenz zu erbringen. Die Assistenzleistung kann psychisch kranke Eltern unterstützen, mit ihren Kindern entwicklungsfördernd zu interagieren. Damit soll der Verbleib der Kinder bei ihren Eltern auch bei schweren psychischen Beeinträchtigungen eines Elternteils ermöglicht werden.

Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme

Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme werden nach § 78 Absatz 6 erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist. Die Leistung umfasst im Gegensatz zu Bereitschaftsleistungen der Pflege nicht die Erbringung von festgelegten Unterstützungsleistungen, sondern ein **Angebot, eine Person erreichen zu können**. Die Leistung ermöglicht Personen in ihrem eigenen Wohnraum sowie ihrem Sozialraum, eine Ansprechperson rund um die Uhr an 7 Tagen die Woche zu erreichen. Es handelt sich

typischerweise um Bereitschaftsdienste tagsüber oder nachts. Sie sind nun unabhängig von einem konkreten Ort der sonstigen Leistungserbringung sicher zu stellen, sofern ein Mensch einen entsprechenden Bedarf nach Leistungen zur Sozialen Teilhabe hat.

Aus der Gesetzesbegründung wird klar, dass die Leistung den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischer Behinderung (§ 1 SGB IX) entspricht: „Menschen mit insbesondere seelischen Behinderungen benötigen oftmals Sicherheit und Halt, ständig jemanden erreichen zu können, ohne dass ein konkreter Anlass besteht." (*[1100]*, S. 263). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die kontingente Erbringung von Teilhabeleistungen bei diesem Personenkreis nur sichergestellt werden kann, wenn eine Ansprechperson stets verfügbar ist. „Diese sogenannten Hintergrundleistungen umfassen insbesondere Rufbereitschaft, in deren Rahmen sichergestellt ist, dass Menschen mit Behinderungen in krisenhaft erlebten Situationen die Möglichkeit haben, sich telefonisch Rat zu holen." (*[1100]*, S. 264). Neben dem Gesprächsangebot sieht das Gesetz vor, dass bei entsprechendem Bedarf ein persönlicher Ansprechpartner zur Krisenbewältigung organisiert wird.

Leistungen zum Erhalt und Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten (§ 113 Abs. 2 Nummer 5 in Verbindung mit § 81 SGB IX)

Leistungen zum Erwerb und Erhalt praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten nach § 81 SGB IX werden erbracht, um Leistungsberechtigten die für sie erreichbare **Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** zu ermöglichen. Es handelt sich hierbei um ein spezifisches Gruppenangebot, das in Gemeindepsychiatrischen Zentren, besonderen Wohnformen oder WfbM erbracht werden kann. Das Angebot ersetzt die Tagesförderstätten, in denen behinderte Menschen, die die Voraussetzungen für eine Beschäftigung in einer Werkstatt nicht erfüllen, gefördert wurden.

Die Leistung richtet sich nicht danach, die selbstständige Tagesgestaltung der leistungsberechtigten Personen sicherzustellen, sondern sie mit speziellen Angeboten dabei zu unterstützen, ihre Leistungs- und Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Ziel ist es, die individuellen Gestaltungsspielräume zum Leben in der Gemeinschaft zu erweitern, um langfristig die Integration auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer WfbM zu ermöglichen.

Die Leistungen sind nach § 81 Absatz 2 *insbesondere darauf gerichtet, die Leistungsberechtigten in Fördergruppen und Schulungen oder ähnlichen Maßnahmen*

- zur Vornahme lebenspraktischer Handlungen einschließlich hauswirtschaftlicher Tätigkeiten zu befähigen,
- sie auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten,
- ihre Sprache und Kommunikation zu verbessern und
- sie zu befähigen, sich ohne fremde Hilfe sicher im Verkehr zu bewegen.

Auf arbeitstherapeutischer Ebene werden einfache Arbeitsabläufe trainiert und manuelle Fertigkeiten gefördert. Ein Arbeitsentgelt ist nicht vorgesehen. Es können jedoch Zuverdienstangebote im Rahmen des Leistungskatalogs der Sozialen Teilhabe in die Leistung nach § 81 SGB IX integriert werden. Das **Zuverdienstangebot** bietet in der Regel Beschäftigungsgelegenheiten von weniger als 15 Stunden wöchentlich an und ist deshalb für diejenigen Personen geeignet, die auf Grund ihrer Beeinträchtigung nur wenige Stunden am Tag bzw. in der Woche einer Arbeit nachgehen können.

Tagesstätten und Tagesförderstätten

- Als Alternative für Menschen mit Behinderung, auch aufgrund schwerer psychischer Erkrankung, für die die Anforderungen selbst in einer Behindertenwerkstatt zu hoch sind, stehen auch Tagestätten und Tagesförderstätten zur Verfügung. Die Anzahl entsprechender Plätze wird bundesweit auf 14.000 geschätzt *[939]*.
- **Tagesförderstätten** sind oft einer WfbM angegliedert. Auf arbeitstherapeutischer Ebene werden einfache Arbeitsabläufe trainiert und manuelle Fertigkeiten gefördert. Soweit möglich sollen betreute Personen auf eine Maßnahme im Berufsbildungsbereich vorbereitet werden, evtl. mit dem Ziel einer späteren Eingliederung und Beschäftigung im Arbeitsbereich der Werkstätten. Organisatorisch und rechtlich sind Tagesförderstätten eigenständige Einrichtungen. Die in den Tagesförderstätten betreuten Personen haben formell keinen arbeitnehmerähnlichen Status. Sie sind nicht Beschäftigte der WfbM. Sie erhalten kein Arbeitsentgelt und unterliegen daher auch nicht der Sozialversicherungspflicht für Menschen mit Behinderung.
- **Tagesstätten** sind teilstationäre Einrichtungen für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung und bieten diesen v. a. Tagestruktur und soziale Teilhabe. Die gemeinsame Gestaltung des Alltags in der Tagesstätte und die vielfältigen Arbeits-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote bieten die Möglichkeit, vorhandene Fähigkeiten zu erproben und zu erweitern. Bei Angeboten der sinnstiftenden Beschäftigung in Tagesstätten liegt das Ziel nicht in der Vermittlung auf den Arbeitsmarkt, sondern in der Einübung von alltäglich üblichem Sozialverhalten, dem Herstellen von sozialen Kontakten, dem Zugewinn inneren Selbstbewusstseins, etwas für andere Nützliches zu tun und im Erfahren von Handlungsabläufen.
- Je nach Bundesland werden auch andere Beschreibungen und Zuordnungen dieser Angebote vorgenommen.

Organisatorische Aspekte der Leistungen zur Sozialen Teilhabe (Wohnen)

Die Leistungen zur Sozialen Teilhabe sollen mithilfe der Assistenzleistungen sicherstellen, dass Menschen mit wesentlicher Behinderung **zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung in ihrem Wohnraum befähigt** werden. Die bisherige Leistungssystematik mit den Formen Ambulant Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien und Stationär Betreutes Wohnen ist für die Leistungserbringung nicht mehr relevant. Die Leistungserbringung muss die individuellen Wünsche zur Gestaltung der Leistungen berücksichtigen,

dabei ist auch der Wunsch der Leistungserbringung außerhalb einer besonderen Wohnform zu akzeptieren. Für die Leistungserbringung bedarf es mobiler Leistungserbringer, die ggf. auch in Kooperation die für die gleichberechtigte Teilhabe erforderlichen Leistungen erbringen.

13.7 Vernetzung und Kooperation

Die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellt das institutionell und sozialrechtlich vielfältig gegliederte System der psychiatrischen Versorgung in Deutschland vor erhebliche Herausforderungen. Denn die betroffenen Menschen benötigen i. d. R. im Quer- und Längsschnitt Leistungen aus unterschiedlichen Sektoren und Sozialgesetzbüchern und sind zugleich zeitweise oder auf Dauer nicht in der Lage, diese Leistungen selbst zu erschließen und zu koordinieren. Es ist deshalb eine zentrale Aufgabe des Versorgungssystem, die Leistungen Personen bezogen so zu verknüpfen, dass sie „wie aus einer Hand" erbracht werden.

Psychosoziale Therapien verteilen sich im deutschen Sozialrechtssystem auf die Leistungsbereiche Krankenbehandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfe. Die Leistungen der stationären und stationsäquivalenten Krankenbehandlung sind zeitlich eng befristet, die Leistungen der multiprofessionellen medizinischen und Rehabilitation sind auf längere Zeiträume befristet, die Leistungen der Eingliederungshilfe können so lange erbracht werden, wie die Teilhabeziele nach Maßgabe des Gesamtplans erreichbar sind. Die **Zugänge zu den Leistungsbereichen** unterscheiden sich: (1) während für die **Leistungen der Krankenbehandlung** eine Diagnose nach ICD vorliegen muss, sind für (2) die **Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Eingliederungshilfe** die Beeinträchtigungen der Rehabilitation und Teilhabe ausschlaggebend, die mit der ICF erfasst werden. Dementsprechend unterliegen auch die Versorgungsverträge und Leistungsvereinbarungen für die Leistungserbringenden unterschiedlichen Voraussetzungen mit unterschiedlichen Anforderungen an die Zusammensetzung des Personals. Langfristig erforderliche Hilfen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen können daher nur in einem Verbundsystem angeboten werden [1].

[1] Auch eine psychiatrische Klinik kann Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur mit einem eigenständigen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und Leistungen der Eingliederungshilfe nur mit einer Leistungsvereinbarung nach § 125 SGB IX erbringen

Damit in einer Region die bedarfsgerechten Unterstützungsangebote personenzentriert zur Verfügung stehen, muss für Menschen mit schweren psychischen Störungen ein verbindliches gemeindepsychiatrisches Netzwerk zur Verfügung stehen. Das **Funktionale Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung 3.0** wurde über mehrere Jahre entwickelt *[1159] [1160] [1161]* und versucht, die unsystematisch existierenden Angebote zu vernetzen. Es denkt die Versorgung konsequent von der ambulanten Seite her, denn auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind Klinikaufenthalte meist nur Episoden während einer überdauernd erforderlichen ambulanten Unterstützung. Das Funktionale Basismodell 3.0 *[1161]* definiert einen Minimalstandard für die Neuausrichtung regionaler psychiatrischer Angebotslandschaften. Dabei steht die Verknüpfung der ambulanten Leistungen Beratung, Behandlung und Assistenz im Zentrum, die von mobilen, multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams geleistet werden und 24/7 sichergestellt werden sollen. Im Einzelfall erforderliche zusätzliche Leistungen werden von diesen individuell passgenau erschlossen (Steuerungsfunktion). Die definierten Basisfunktionen müssen durch die jeweils vorhandenen regionalen Leistungsanbieter im Verbund sichergestellt werden, dafür ist ein verbindlicher organisatorischer Rahmen erforderlich *[1103]*. Das Modell eignet sich zur Analyse und Planung regionaler Versorgungsstrukturen und dient so als Grundlage für deren Weiterentwicklung *[1162] [521]*.

Das Modell orientiert sich an der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen und folgt gemeindepsychiatrischen Systemen in Ländern, ohne gegliedertes Sozialrechtssystem. In diesen Ländern sind die Empfehlungen der psychiatrischen Fachgesellschaft verbindliche Vorgaben für die meist staatliche Finanzierung der evidenzbasierten Leistungen. Die Verbindung zwischen stationären und ambulanten sowie zwischen Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten ist dort unproblematisch möglich.

Das **Funktionale Basismodell 3.0** setzt an einem vernetzten Angebot von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen auf Grundlage der neuen Systematik des SGB IX an, berücksichtigt aber auf der Ebene der Rehabilitationsplanung die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nicht. Den Leistungen der Behandlung sind die Leistungen der Assistenz gegenübergestellt, während die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der darüberstehenden Kolumne als passgenaue Leistungen und nicht als eigenständiger Leistungstyp berücksichtigt werden *[19]*. Im Anschluss an die neuen Vorschriften der umfassenden Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung im SGB IX *[1163]* sind jedoch gerade die Leistungen der medizinischen Rehabilitation als eigenständiger Leistungsbereich zu berücksichtigen. Gleichzeitig sind im SGB IX umfassende Beratungspflichten der Rehabilitationsträger festgelegt.

Das **Sozialrechtlich fundierte funktionale Modell gemeindepsychiatrischer Versorgung** (Abbildung 8) orientiert sich an den bestehenden Sozialgesetzbüchern SGB V (Krankenbehandlung), SGB IX Teil 1 (Rehabilitation) und SGB IX Teil 2 (Eingliederungshilfe). Eine vernetzte Versorgung ist möglich, da die Leistungen der Krankenbehandlung des SGB V in den Leistungen der medizinischen Rehabilitation des SGB IX zum Einsatz kommen. Der Bedarf für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation muss mit einem Instrument erfasst werden, das sich an der ICF orientiert und die Feststellung der Leistungen muss in einer Teilhabeplanung erfolgen. Die souveräne Handhabung der ICF im Rahmen der verschiedenen Formen der Krankenhausbehandlung ist unabdingbar. Für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Eingliederungshilfe hat der Träger der Eingliederungshilfe den Bedarf für diese Leistungen auf der Grundlage des Bedarfsermittlungsinstruments nach § 118 zu ermitteln und für die Feststellung der Leistungen die zuständige Krankenkasse einzubeziehen. Die Feststellung der Leistungen erfolgt am besten im Rahmen einer Teilhabekonferenz *[1163]*, bzw. bei Zuständigkeit des Trägers der Eingliederungshilfe durch eine Gesamtplankonferenz nach § 119 SGB IX.

Neben der Berücksichtigung aller sozialrechtlich vorgesehenen Leistungen ist für die Realisierung einer bedarfsgerechten, regionalen Versorgung der **Aspekt der Vernetzung** relevant. Neu eingeführt im Basismodell 3.0 wurde die regionale Koordination und Steuerung. Aus Sicht der Autoren ist es notwendig, Strukturen wie den Gemeindepsychiatrischen Verbund verbindlicher und effektiver zu gestalten (Wienberg und Steinhart 2020). Die Umsetzung des Basismodells ist auf ein vernetztes Angebot von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen angewiesen, mit denen auf Grundlage der neuen Systematik des SGB IX Leistungen nahtlos und wie aus einer Hand erbracht werden können.

<table>
<tr><td colspan="10">Sozialrechtliches fundiertes funktionales Modell gemeindepsychiatrischer Versorgung</td></tr>
<tr><td rowspan="3">SGB V

Krankenbehand-lung

Gesetzliche Kran-kenversicherung</td><td colspan="4">Krankenhausbehandlung</td><td colspan="3">Ambulante Krankenbehandlung</td><td rowspan="3">Regionaler Netz-verbund mit Kooperati-ons-vereinbarung KSVPsych-RL</td><td rowspan="3">Gemeinsamer Bundesausschuss §§ 91-92 Richtlinien Methodenbe-wertung Qualitätssiche-rung</td></tr>
<tr><td>Stationä-rer Bereich</td><td>StäB</td><td>Tagesklinik</td><td>PIA</td><td colspan="2">Fachärztliche Behand-lung FÄ Psychiatrie</td><td>Ärztliche u. psychologi-sche Psychotherapie</td></tr>
<tr><td colspan="2">Medizinisch berufliche Komplexleistung RPK § 111c</td><td colspan="2">Medizinische Komplex-leistung Mobile Rehabilitation</td><td>Ergotherapie § 32 iV § 124</td><td>Psychiatrische häusliche Kran-kenpflege § 37 iV § 132a</td><td>Soziotherapie § 37a iV § 132b</td></tr>
<tr><td rowspan="3">SGB IX Teil 1 Rehabilitation und Teil-habe
Allg. Regelungen für die Reha-Träger
▪ GKV
▪ Agentur für Arbeit
▪ Unfallversicherung
▪ Rentenversicherung
▪ Träger der Sozialen Ent-schädigung</td><td colspan="7">Information & Beratung durch Ansprechstellen Rehabilitation & Teilhabe der Reha-Träger, dem Eingliederungshilfe-träger (§ 106) sowie ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)</td><td rowspan="3">Aufgaben BAR § 39
Erarbeitung gemeinsa-mer Grundsätze zur Bedarfserkennung, -er-mittlung, Koordinie-rung und trägerüber-greifende Zusammen-arbeit</td></tr>
<tr><td colspan="3">Leistungen zur Teilhabe am Arbeits-leben §§ 49 bis 57</td><td colspan="2">Leistungen zur Teilhabe an Bildung §75</td><td colspan="2">Leistungen zur medizinischen Rehabilitation § 42</td></tr>
<tr><td colspan="7">Individuelle, funktionsbezogene Bedarfsermittlung und trägerübergreifende Teilhabe- bzw. Gesamtplanung auf Grundlage der Beeinträchtigung der mentalen Funktionen (ICF)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">SGB IX Teil 2 Eingliede-rungshilfe

Besondere Leistungen zur selbstbe-stimmten Le-bensführung</td><td colspan="6">Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe § 78 i.V.m. § 113 Abs. 2 Nr. 2
Unabhängig vom Ort der Leistungserbringung und nach Abs.3 auch an Müt-ter und Väter mit Behinderungen bei der der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder</td><td>§ 78 Abs. 6</td><td>§ 77</td><td>§ 81</td><td>§ 111</td><td>§ 112</td><td rowspan="2">Arbeitsge-meinschaft § 94 der Bundesländ-er

Förderung & Weiterent-wicklung Strukturen der Eingli-ederungshilfe</td></tr>
<tr><td>Leistungen für die all-gemeinen Erledigun-gen des All-tags wie die Haushalts-führung</td><td>Persönli-che Le-bensplа-nung</td><td>Gestal-tung sozi-aler Bezie-hungen</td><td>Teilhabe am gemein-schaftlichen und kultu-rellen Leben</td><td>Freizeitge-staltung ein-schließlich sportlicher Aktivitäten</td><td>Assistenz zur Förde-rung der Gesund-heitskompe-tenz</td><td>Leistungen zur Erreich-barkeit ei-ner An-sprechper-son unab-hängig von einer kon-kreten Inan-spruch-nahme</td><td>Leistun-gen für Wohn-raum</td><td>Erwerb /Erhalt prakt-isch-e Kennt-nisse & Fähig-kei-ten</td><td>WfbM § 58 Budget für Arbeit § 61</td><td>Schul-isch-e Aus- und Wei-ter-bil-dung</td></tr>
</table>

Abbildung 8: Sozialrechtlich fundiertes funktionales Modell gemeindepsychiatrischer Versorgung

Die **vernetzte Erbringung von Leistungen der Krankenbehandlung** wird über die Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geregelt, die wiederum Vorgaben der GKV sind. Die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) hat entsprechende Vorgaben gemacht. Auch in den Richtlinien für die psychiatrische häusliche Krankenpflege wurde die Einbindung in ein gemeindepsychiatrisches Verbundsystem vorgeschrieben. Die Vernetzung zwischen den Leistungen der Krankenbehandlung mit den Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ist jedoch nicht gesetzlich geregelt. Da die Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe für Menschen mit Behinderung von den Bundesländern geregelt werden, können entsprechende Impulse von ihnen ausgehen. Einige Bundesländer haben den Gemeindepsychiatrischen Verbund in ihr Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz aufgenommen.

Das **Konstrukt des Gemeindepsychiatrischen Verbundes** (GPV) wurde in den Projekten zur Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung entwickelt *[1164]*. Die zentralen Aspekte waren die Verbesserung der Fallsteuerung und der Versorgungssteuerung zur Sicherstellung des Versorgungsauftrags für alle Menschen mit psychischer Erkrankung in einer Region. Gemeindepsychiatrische Verbünde sorgen durch verbindliche Vereinbarungen der beteiligten Leistungserbringer untereinander unter Einbezug der Kommune für die Gewährleistung der Versorgungsverpflichtung. Gleichzeitig schaffen sie die Voraussetzung für eine am individuellen Bedarf der psychisch kranken Menschen ausgerichtete und koordinierte Hilfeleistung *[1165]*. Im März 2006 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV) gebildet, deren Mitglieder regelmäßig die Qualitätsstandards für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung diskutieren. In mehreren Bundesländern wird die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbünden im Rahmen der PsychKG/PsychKHG empfohlen oder geregelt.

Das **BTHG ist geeignet, eine neue Perspektive für die GPV zu eröffnen**. Die Bundesländer bzw. Kommunen sind Leistungsträger für die Leistungen der Eingliederungshilfe. Für ihre Aufgaben der Bedarfserkennung, Bedarfsermittlung und Teilhabeplanung können sie die Kompetenz der klinischen und psychosozialen Leistungserbringer sowie der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Angehörigen nutzen. Mit einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung des GPV, in der die Qualitätskriterien festgelegt werden, können verbindliche Vernetzungsstrukturen hergestellt werden. Eine Teilhabekonferenz unter Einbeziehung der relevanten Akteur:innen stärkt das gegenseitige Vertrauen und führt zu der Feststellung von passgenauen Hilfen. Die Weiterentwicklung der Versorgung für Menschen mit Behinderung obliegt nach § 94 SGB IX den Bundesländern und kann im Bereich der psychiatrischen Versorgung an die regionsspezifisch orientierten GPV delegiert werden. Wesentliche Qualitätskriterien der GPV sind: (1) funktionierende regionale Koordinationsgremien unter Beteiligung aller Akteure (Leistungserbringer und Kostenträger, Betroffene und Angehörige, Kommune), (2) eine kontinuierliche regionale Psychiatrieberichterstattung sowie (3) der Abschluss regionaler Zielvereinbarungen.

Im Rahmen des GPV können **gemeindepsychiatrische Teams** mehrerer Leistungserbringer und Leistungsangebote gebildet werden. Im Rahmen einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) kann ein gemeinsames Angebot vorgehalten werden, in dem die einzelnen Leistungen nach individuellem Bedarf erbracht werden. Die Basis solcher Teams bildet die PIA, da sie die nicht-ärztlichen Behandlungsangebote verordnen kann. Die Angebote der sog. Besonderen Versorgung können durch solche Teams ersetzt werden. Eine institutionelle Basis für gemeindepsychiatrische Teams können durch Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) gewährleistet werden.

AG-Impuls-Textbox 8: Perspektive auf das Versorgungssystem

Perspektive der AG Impuls

Perspektive von Betroffenen- und Angehörigenvertretern auf unser Versorgungssystem

Wie in den vorangegangenen Evidenzkapiteln ausgeführt, steht für schwer psychisch erkrankte Menschen eine Vielzahl von psychosozialen Interventionsoptionen mit unterschiedlichen Evidenzgraden zur Verfügung. Das stark gegliederte Versorgungssystem selbst ist durch eine Vielzahl von beteiligten Akteuren und Einrichtungen geprägt. Es gibt große regionale Unterschiede bezüglich Verfügbarkeit, Ausprägung und Qualität von psychosozialen Angeboten, insbesondere zwischen Großstädten und kleinstädtisch-ländlichen Regionen (*[1166][1167]*. Diese Diversifizierung hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, mit unterschiedlichen Ansätzen Netzwerke zu etablieren, die diese verschiedenen Elemente, oder einige davon, zu einem geschlossenen System zusammenführen sollen, auch diese sind regional sehr unterschiedlich strukturiert und verfügbar.

Aus Sicht von erkrankten Menschen und deren sozialem Umfeld bemisst sich die Effektivität des Versorgungssystems an folgenden Faktoren:

- Erreichbarkeit der Angebote (örtlich; zeitlich – insbesondere in Krisensituationen), Zugangshürden (sozialrechtliche Zuständigkeiten; sozialrechtliche Voraussetzungen; Antragsverfahren) und Wartezeiten,
- Qualität der Angebote (Bedarfsorientierung vs. Angebotsorientierung; realistische Zieldefinition der Intervention; personale Kontinuität; der jeweiligen Situation angemessener Umgang mit Kontaktpersonen aus dem sozialen Umfeld der erkrankten Person)
- Effizienz im Zusammenspiel einzelner Unterstützungskomponenten (Funktionalität und Qualität der Koordination und Kooperation innerhalb und außerhalb der Netzwerke und Netzverbünde; Vermeidung von belastenden und ggf. widersprüchlichen Parallelinterventionen [‚Verschiebebahnhof']

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes hat der Gesetzgeber den Anspruch definiert, die Rehabilitationsträger seien verpflichtet, die Leistungen entsprechend dem individuellen Bedarf so zu koordinieren, dass eine bedarfsgerechte Leistungserbringung „wie aus einer Hand" entsteht. In seinem Text zum BTHG unterstreicht *[1101]*: Bei konsequenter Anwendung der gesetzlichen Vorschriften erhielten auch Menschen mit schweren und längerfristigen psychischen Beeinträchtigungen die für ihre Rehabilitation und Teilhabe erforderlichen Leistungen. Das praktische Erleben von erkrankten Menschen sowie deren sozialem Umfeld ist demgegenüber jedoch noch weit entfernt von dieser Zielsetzung, Ein besonderes Potenzial gibt es aus Sicht der Beteiligten der AG Impuls an der Schnittstelle Früherkennung / Ersterkrankung. Eine systematische Bereitstellung psychosozialer Interventionen in einem frühen Stadium psychischer Erkrankungen könnte deutlich zur Vermeidung oder Minderung von Chronifizierung beitragen.

Bei aller Wertschätzung für die Bemühungen, Bedarfe und Angebote besser zu koordinieren, sei auf die Gruppe von schwer erkrankten Menschen hingewiesen, die in einer Komm-Struktur keinen Zugang zu Unterstützungsleistungen haben und/oder geltend machen können (siehe Impuls-Textbox 1 **Zielgruppe der Leitlinie**). Entsprechende evidenzbasierte Angebote, wie intensive Formen aufsuchender Arbeit, wie in der vorliegenden Leitlinie beschrieben, finden sich für diese Menschen in der hiesigen Versorgungslandschaft bislang nur ausnahmsweise; ein Ausbau solcher Hilfen ist dringend anzustreben.

14. Die Bedeutung psychosozialer Interventionen in benachbarten Praxisfeldern

Im folgenden finden sich 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. Diese Kapitel beschreiben **wichtige angrenzende Fächer und Arbeitsgebiete im Hinblick auf die Bedeutung psychosozialer Therapien**; selbstverständlich gelten aber die Empfehlungen der vorliegenden S3-Leitlinie 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) behandelt. Weitere Kapitel, die auf wichtige benachbarte Arbeitsfelder verweisen, gelten der Behandlung älterer Menschen mit psychischen Störungen, dem Themenfeld Migration sowie der Behandlung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung mit psychosozialen Therapien.

Schließlich hat in das vorliegende Update der S3-Leitlinie ein **Kapitel zu psychosozialen Interventionen bei Menschen im Maßregelvollzug** Eingang gefunden, da unter den Hilfen für Menschen dieser Zielgruppe psychosoziale Angebote eine wichtige Rolle spielen. Die Betroffenen sind oft mit komplexen Herausforderungen konfrontiert, die sowohl ihre psychische Gesundheit als auch ihre soziale Integration betreffen. In forensischen Einrichtungen sind Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig mit strafrechtlichen Konsequenzen und der Notwendigkeit konfrontiert, ihre Verantwortung für frühere Handlungen zu verstehen. Psychosoziale Therapien können dabei helfen, die individuelle Verarbeitung von Schuld, die Verbesserung sozialer Kompetenzen und die Förderung der Resozialisierung zu unterstützen. Ein weiteres Kapitel widmet sich **der Pandemievorsorge**, da die in dieser Leitlinie adressierte Patientengruppe besonders vulnerabel gegenüber den psychosozialen und gesundheitlichen Auswirkungen von Pandemien ist. Während einer Pandemie können Isolation, Unsicherheit und der Zugang zu Gesundheitsdiensten eingeschränkt sein, was die Symptome schwerer psychischer Erkrankungen verschärfen kann. Eine gezielte Pandemievorsorge ermöglicht es, präventive Maßnahmen zu ergreifen, die den Zugang zu medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Interventionen auch in Krisenzeiten sicherstellen und eine kontinuierliche Unterstützung bieten. So kann die psychische Gesundheit dieser Menschen besser geschützt und langfristige Verschlechterungen vermieden werden.

14.1 Psychosoziale Behandlungsformen bei schweren psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autor:innen: Dr. Marianne Klein & Prof. Dr. Renate Schepker

Bedeutung

Zu den schweren, **die soziale Teilhabe dauerhaft beeinträchtigenden Störungen** gehören bei Kindern und Jugendlichen im Sinne dieser Leitlinie die stärker ausgeprägten Autismus-Spektrum-Störungen, schwere depressive Störungen, chronifizierte Essstörungen und auch die bei Jugendlichen zehnmal seltener als bei Erwachsenen auftretenden psychotischen Erkrankungen. Eine Erkrankungsdauer von mindestens 2 Jahren, wie in der Definition der Patientenzielgruppe dieser Leitlinie festgelegt, besteht bei sorgfältiger Anamneseerhebung auch bei Kindern und Jugendlichen, wobei sozialrechtlich eine „seelische Behinderung" bereits ab einer Dauer von 6 Monaten festgelegt ist (§ 35a SGB VIII). Mittlerweile existieren S3-Leitlinien für die meisten dieser schweren Störungen[1] im Kindes- und Jugendalter unter Beteiligung von bis zu 30 verschiedenen Verbänden.

Psychosoziale Therapien sind bei Kindern und Jugendlichen mit schweren, über Jahre bestehenden psychischen Erkrankungen unabdingbar. Zunächst, da die Kinder zumeist in Familienkontexten leben, sind regelhaft auf die Familie bezogene Interventionen erforderlich, oft unter Einbezug von Maßnahmen der Jugendhilfe nach SGB VIII. Des Weiteren sind Schritte der schulischen Integration vor solchen der beruflichen Eingliederung zu planen, die in gemeindepsychiatrischen Verbünden für Kinder und Jugendliche deutlich andere Beteiligte erfordern als im Erwachsenenbereich. In vielen Regionen Deutschlands haben sich in den letzten Jahrzehnten Kooperationsverbünde zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Leistungsträgern und -erbringern der Kinder- und Jugendhilfe, dem Schulsystem und vereinzelt auch der Polizei oder den Amtsgerichten zur Koordination der Versorgung chronisch und schwer psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher bewährt. Jugendpsychiatrische Verbünde sind jedoch nicht gleichermaßen landespolitisch strukturiert etabliert wie die Gemeindepsychiatrischen Verbünde für Erwachsene. Eine positive Entwicklung ist, dass einzelne Bundesländer wie beispielsweise Baden-Württemberg jugendpsychiatrische Kooperationsstrukturen in ihrem Psychisch- Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) benannt haben, mit denen die Gemeindepsychiatrischen Verbünde zusammenarbeiten sollen, auch um die Transition vom Jugend- in das Erwachsenen-Hilfesystem zu befördern und diesbezüglich Hürden abzubauen.

Stationär und teilstationär halten die Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie neben der völlig selbstverständlich gewordenen Familientherapie in diversen Settings alle psychosozialen Behandlungsformen dieser Leitlinie auch für Kinder und Jugendliche vor: Ergotherapie, körperbezogene Verfahren, künstlerische Therapien, Psychoedukation u.a.m.

Im weitaus größeren ambulanten Versorgungsbereich zeichnet sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie durch besondere Strukturen für psychosoziale Therapien durch die „Sozialpsychiatrie-Vereinbarung" aus: niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und andere kinder- und jugendpsychiatrisch qualifizierte Kinderärzte, Nervenärzte oder Psychiater können mindestens 1,5 sozial- und heilpädagogische oder psychologische Fachkräfte beschäftigen und eine Quartalspauschale abrechnen (Vereinbarung gemäß § 85 Abs. 2 Satz 4 und § 43a SGB V). Diese „SPV-Vereinbarung" wurde zuletzt 2014 durch das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung evaluiert. Mittlerweile haben sich ihr weit mehr als zwei Drittel der Praxen angeschlossen. Die beeinträchtigte psychosoziale Anpassung stellt laut der SPV-Evaluation den stärksten negativen Prädiktor für eine positive Bewertung des Behandlungserfolgs durch den Arzt dar (Hagen 2015).

Für den stationären Bereich wurde als Alternative die „Stationsäquivalente Behandlung" nach § 115 SGB V als eine Settingvariante in Form von Home Treatment etabliert und in der dazugehörigen Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner die Multiprofessionalität festgeschrieben. Die

Behandlungsform ist störungsunabhängig evidenzbasiert (Übersicht bei Boege et al. 2020; Wolf und Grossmann 2020) und wird auch bei den hier adressierten Störungen eingesetzt

Internationale Evidenz

Im Folgenden wird die Studienlage zu den einzelnen Leitlinien-Überkapiteln umrissen.

Resilienzförderung: In einer 3-Jahres Follow-up-Studie an 717 Jugendlichen mit ambulant behandelten psychischen Störungen wurden der Einfluss der Therapie (Medikation oder Psychotherapie) sowie von selbst berichteter Resilienz (erfasst über die READ-Skala) auf die Symptomlast nach 3 Jahren untersucht. Mädchen mit einer depressiven Störung wiesen in der Verlaufsuntersuchung nach 3 Jahren die höchste Symptomlast auf. Die Symptomlast war signifikant niedriger bei hoher personaler Kompetenz der betroffenen Jugendlichen und bei gutem familiärem Zusammenhalt (Gårdvik et al. 2021). Resilienzförderung erwies sich als wichtig für die Verbesserung des Verlaufs schwerer psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Kombination aus achtsamkeitsbasierten Therapiemethoden und kognitiver Verhaltenstherapie hat einen positiven Effekt auf die individuale Resilienz (Joyce et al. 2018) und die Resilienz von Kindern und Jugendlichen wird durch Stärkung des schulischen und häuslichen Umfeldes befördert (Twum-Antwi et al. 2020). Gerade in der Therapie von Kindern und Jugendlichen spielen daher Familieninterventionen und Familientherapie eine unverzichtbare Rolle.

„Kurze psychosoziale Intervention" (BPI). In der Studie von Goodyer et al. (2017) ist eine manualisierte Intervention über 8-12 Sitzungen mit Kindern (bis zu 8) und Familien (bis zu 4), die keine kognitiven oder reflexiven psychotherapeutischen Techniken, aber Psychoedukation und handlungsorientierte, lösungsorientierte interpersonelle Aktivitäten enthält. Patient:innen werden zur Fortsetzung des Schulbesuches und Aufrechterhalten von Peer-Beziehung angehalten. Die ursprünglich als Kontrollbedingung konzipierte Intervention für eine Psychotherapie-Studie (dreiarmiges RCT) zur Behandlung von mittelgradigen und schweren depressiven Störungen ab dem Alter von 12 Jahren erwies sich als ebenso wirksam wie eine Kognitiv-behaviorale oder psychoanalytische Kurzzeittherapie.

Musiktherapie. Die S3-Leitlinie zur Behandlung autistischer Störungen (AWMF-Reg.Nr. 028-047) vom 24.3.2021 identifizierte 10 Studien mit Musiktherapie, davon eine Metaanalyse (Geretsegger et al. 2014), bei laut Leitlinienautor:innen kritischer Studienqualität. Improvisationsbasierte 1:1-Musiktherapie zeigte geringe bzw. keine langfristigen Effekte, jedoch „Anleitung der Eltern zur regelmäßigen Musik-basierten Förderung der Vorläuferfähigkeiten von sozialer Interaktion und Kommunikation" könnte [die sozial-kommunikativen Fähigkeiten] möglicherweise verbessern" (Thompson et al. 2014). Es zeigte sich in allen Studien kein Effekt auf die kognitiven Fähigkeiten. In der jüngsten NICE guideline (2019) für depressive Störungen fielen Studien und Metaanalysen zur Musiktherapie wegen methodischer Mängel im Evidenzreport heraus. Ebenso beklagen Freitas et al. (2022) sowie Romano et al. (2024) in jüngeren Übersichtsarbeiten die geringe Evidenzlage und große Heterogenität der wenigen Studien. Geipel et al. (2018) führten eine Metaanalyse zu Musiktherapie bei internalisierenden Störungen an 95 Kindern und Jugendlichen durch und fanden über 5 Studien einen mittleren Haupteffekt als möglichen Hinweis dafür, dass sich Angst und Depression durch Musiktherapie gegenüber anderen Gruppentherapien reduzieren. Sie fordern ebenfalls mehr hochwertige kontrollierte Studien.

Sport- und Bewegungstherapie. Kontrollierte Studien liegen nur aus dem Bereich depressiver Störungen vor, wobei keine dieser Störungen sich explizit auf schwere depressive Störungen beschränkt und regelhaft auch leichtergradige depressive Symptomatiken eingeschlossen wurden. Eine aktuelle Metaanalyse von Recchia et al. (2023) untersuchte den Effekt von Bewegung auf Depression bei Kindern und Jugendlichen anhand von 21 Studien mit über 2.400 Teilnehmenden, wobei allerdings alle Formen von Depression und Komorbiditäten eingeschlossen wurden. Vor allem älter als 13jährige Teilnehmende profitierten gegenüber den Kontrollgruppen, was auf deren alterstypisch reduzierte Bewegungsaffinität zurückgeführt wurde, die auch bei depressiven Erwachsenen als ein bedeutsamer Faktor herausgearbeitet wurde; ebenso profitierten Teilnehmende bei denen eine deutliche depressive Störung vorlag. In den wenigen Nachbeobachtungen war der Effekt allerdings nicht anhaltend. Zu konkreteren Ergebnissen kamen Wang et al. (2022) in ihrer Metaanalyse an mehr als 1.300 depressiven Jugendlichen ab 12 Jahren, wobei die besten Resultate an Jugendlichen mit manifester Depressionsdiagnose, bei 30 Minuten Übungsdauer, 4mal wöchentlich und mindestens über 6 Wochen erzielt wurden. Gegenüber den Kontrollprobanden war die Effektstärke moderat. Eingesetzt wurden überwiegend aerobe Übungen. Erste Ergebnisse von passivem Vibrations-Plattentraining als körperlicher Aktivität einer Kölner Arbeitsgruppe sind ermutigend (Wunram et al. 2018; Oberste et al. 2018).

Schule für Kranke. Nur in Deutschland existiert als eine der verschiedenen Förderschulformen bzw. (Sonder-) pädagogischen Bildungs- und Beratungszentren die „Schulen für Kranke" in den meisten Bundesländern, die explizit als krankenhausbasierte „Übergangs-Schulform" die Reintegration in das Bildungswesen begleiten soll und bei schweren psychischen Erkrankungen üblicherweise sowohl settingübergreifend Unterricht anbieten als auch Schulabschlüsse ermöglichen kann. Kleine Klassengrößen oder Einzelunterricht, reduzierte Stundenzahl, individuell adaptierte Leistungsanforderungen zeichnen diese Schulform u. a. aus. Vorhandene Evidenz belegt, dass Kinder und Jugendliche mit schweren depressiven Störungen durch sozialen Rückzug, Motivationsverlust und Schlafmangel sowie Antriebsverlust Schulversäumnisse aufweisen (Finning et al. 2019). Allerdings wiesen die Studien eine große Heterogenität und geringe Studienqualität auf, Langzeitdaten fehlen weitgehend. Bei erstmanifestierten schizophrenen Psychosen bei Jugendlichen besteht überwiegend eine Unfähigkeit, eine Regelschule zu besuchen (Kane et al. 2016); auch zeigten sich Schul- und gemeindebasierte Interventionen im Langzeitverlauf in mehreren großen Studien mit nur unbefriedigenden Ergebnissen; so konnte z. B. die Dauer der unbehandelten Psychose nicht reduziert werden (Überblick bei Castillo et al. 2019). Laut einer australischen Übersichtsarbeit schließen 50 Prozent der Patient:innen mit erster Episode einer Schizophrenie die Sekundarschule nicht ab (Bowman et al. 2017). Eine RCT- Studie, die 4 Stunden pro Woche mit einer gemischten Population von Jugendlichen und Erwachsenen mit Erstepisoden-Psychosen hinsichtlich des Wahrnehmens von Bildung und Arbeit unterstützte (SEE-Programm, Kane et al. 2016) zeigte trotz initial geringerer Schulbesuchszahlen zwei Jahre später einen deutlichen Zuwachs des Schulbesuchs und darüber hinaus deutlichere Symptomverbesserungen gegenüber der Interventionsgruppe mit einem üblichen Community-Care-Angebot. Zur Spezialform der Schule für Kranke in Deutschland existiert keine peer-reviewte Literatur, die sich direkt auf die Störungsbilder dieser Leitlinie beziehen würde. Eine multizentrische RCT-Studie analog zum Ansatz des SEE von Kane 2016 (s. o.) soll die Effekte auf psychotische Frühmanifestationen auch in Deutschland replizieren (Jäckel et al. 2023) und ab 16jährige Patient:innen umfassen.

Home treatment/StäB. Prinzipiell gilt diese Behandlungsform als für alle, auch schwere Störungen geeignet (Boege et al. 2020). Studien über den Einsatz bei Schizophrenie in der Adoleszenz würden einen multizentrischen Ansatz erfordern und wurden noch nicht durchgeführt.

Eine Schweizer Pilotstudie an Anorexia Nervosa-Patient:innen zeigte zusätzlich zum Family Based treatment in einem Wartelistenkontrollgruppen-Design positive Effekte von Home Treatment über 12 Wochen mit 1 bis 4 Sitzungen pro Woche durch geschultes Pflegepersonal mit Fokus auf dem Essverhalten. Die so behandelten Patient:innen nahmen gegenüber der ausschließlich familientherapeutisch behandelten Gruppe mehr an BMI zu, der Anteil an Amenorrhoe nahm stärker ab und ebenso die Überaktivität (Pauli et al. 2022). Ein ähnlicher Ansatz wird derzeit auch in Deutschland (Herpertz-Dahlmann et al. 2021) und in den USA überprüft (Goldschmidt et al. 2022).

Während internationale Studien Autismus-Spektrum-Störungen als Ausschlussdiagnose für home treatment benennen (Wolf und Grossmann 2020), waren diese Patient:innen die größte Gruppe in der holländischen Untersuchung von Muskens et al. (2019), und die Diagnose hatte keinen moderierenden Effekt auf das Behandlungsergebnis.

ACT (Assertive Community Treatment). ACT – übersetzt: aufsuchend-nachgehende gemeindenahe Behandlung – findet sich in Deutschland in der Behandlung von Jugendlichen mit schweren psychischen Störungen bisher nicht oder vergleichbar im Rahmen von Modellvorhaben bzw. Innofonds-Studien (z. B. TIBAS in Tübingen oder HOMEBASE, multizentrisch). In der internationalen Literatur gibt es jedoch mittlerweile erste Untersuchungen zum Einsatz von ACT im Jugendbereich. ACT ist ein niederschwelliges Behandlungsangebot für schwer zu erreichende Personen mit schwerer psychischer Störung. Ein narratives Review (Vijverberg et al. 2017) über die Effekte von Jugend-ACT inkludierte 13 Studien (aus den USA, der Schweiz, Australien und Großbritannien). Es ergaben sich Hinweise auf positive Effekte in Form von Reduktion der Ausprägung psychiatrischer Symptome, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus und Reduktion der Dauer und Häufigkeit stationärer psychiatrischer Behandlungen. Eine niederländische multizentrische Verlaufsstudie zu flexibler Jugend-ACT über 18 Monate (54 Teilnehmende absolvierten die Fragebögen zu allen vier Untersuchungszeitpunkten) zeigte im Verlauf eine Abnahme der psychosozialen Probleme, der depressiven Symptome und der subklinischen psychotischen Symptome und zugleich eine Verbesserung der Peer-Interaktion, der Lebensqualität und des Bewältigungserlebens. Die Befragung der Behandelnden ergab im Verlauf vor allem eine Verbesserung ausgeprägter psychischer Symptome aber auch eine Reduktion der Probleme im familiären und Peer-Kontext. Positive Veränderungen in den Bereichen Schulstatus, Berufsstatus, finanzielle Situation, Substanzmissbrauch, selbstverletzendes Verhalten und Selbstfürsorge blieben während des Untersuchungszeitraum aus (Broersen et al. 2024).

Fehlende Evidenz. Für weitere spezielle psychosoziale Interventionen bei Jugendlichen, wie das ergotherapeutisch eingesetzte „Computer-Assisted Cognitive Remediation Programme" bei psychotischen Erkrankungen, ergab sich keine positive Evidenz. Das CADRP schnitt ebenso gut ab wie unspezifische Computerspiele, und das entsprechende Cochrane Review bescheinigte eine mäßige Studienqualität (Datta et al. 2020). Für Verfahren körperbezogener Behandlung oder für kreative Verfahren wie Theater- oder Kunsttherapie fehlen ebenfalls noch weitergehende Evidenznachweise.

Praxis

Im Folgenden werden veröffentlichte klinische Erfahrungen mit verschiedenen psychosozialen Interventionen dargestellt.

Musiktherapie. Diese Therapieform ist, aktiv und passiv, bei Patient:innen sehr beliebt, sie soll im Jugendalter der Identitätsfindung, der sozialen Verbundenheit und der Emotionsregulation dienen (Freitas et al. 2022). Aktive Partizipation stimuliert die Basalganglien, das Kleinhirn und die kortikalen motorischen Areale; passives Musikhören aktiviert sowohl kortikale als auch subkortikale Zentren (Testa et al. 2020). Klinische Ziele bei depressiven Kindern werden u. a. beschrieben als Möglichkeit für eine erweiterte Diagnostik, als Chance für den Ausdruck von Emotionen bei verbal wenig expressiven Kindern, oder auch als eine Erweiterung der Freiheitsgrade, nicht zuletzt zur Stressreduktion (Klyve et al. 2023) mit der Möglichkeit nonverbaler Interaktion im gegenseitigen „attunement". Eine qualitative Studie der Wahrnehmung von 8-12jährigen stationären Patient:innen beschreibt vor allem die dadurch ausgelösten positiven Emotionen, Spielfreude, und verweist auf Artikel 31 der UN-Kinderrechtekonvention als dem „Recht auf Spiel" (Klyve und Rolvsjord 2023). Durch das Anhören klassischer Musik beim Essen wird berichtet, dass Patient:innen mit Anorexia nervosa unproblematisch mehr zu sich nehmen und eine Verringerung ihrer periprandialen Ängste wahrnehmen. Das Ansehen von Musikvideos dagegen erhöhte die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Die Art der angewendeten Musik-Interventionen bleibe noch zu erforschen (Testa et al. 2020). Über den Einsatz von Musiktherapie bei Schizophrenie liegen zu Jugendlichen nur Einzelfallberichte vor.

Sport- und Bewegungstherapie. Wunram et al. (2024) führen aus: „Klinisch werden [durch Bewegungstherapie bei schwerer Depression Jugendlicher] sowohl eine Steigerung der Gedächtnisfunktionen und der exekutiven Funktionen erwartet als auch eine therapeutisch relevante Besserung dysfunktionaler Kognitionen, des Selbstwertes und des Antriebs, um nur einige Symptome der Depression zu nennen, für die eine Besserung unter sportlicher Aktivität postuliert wird (Oberste et al. 2018)." Es gebe jedoch noch keine klaren Ergebnisse bezüglich der Trainingsfrequenz, der Dauer der Einheiten und der Gesamtdauer der Intervention. Vorausgehende Sporterfahrungen spielen keine Rolle dabei, ob Jugendliche mit schwerer Depression von körperlicher Aktivität profitieren, und eine motivierte oder neutrale Haltung gegenüber dem Angebot die Ergebnisse verbessert (Wunram et al. 2022). Wang et al. (2022) weisen darauf hin, dass die Übungsintensität von Jugendlichen und Erwachsenen, Jungen und Mädchen unterschiedlich ist, wenn sie selbst gewählt wird, und dass in einer Studie zu depressiven Störungen die Langzeitergebnisse bei selbst gewählter Intensität deutlich besser waren.

Kunsttherapie. Durch funktionales Neuroimaging ergaben sich Hinweise darauf, dass kognitives Zeichnen, also Zeichnen aus der inneren Vorstellung, mit einer Aktivierung des präfrontalen und cingulären Cortex einhergeht (Griffith und Bingman 2020). Kunsttherapie soll Kinder bei der Emotions- und Verhaltensregulation unterstützen (Lee und Liu 2016) und den Selbstwert stärken (alavinezhad et al. 2014). Eine bibliometrische Analyse der kunsttherapeutischen Publikationen über 75 Jahre (Liu et al. 2021) zeigte, dass es zum Einsatz von Kunsttherapie bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter nur wenige Untersuchungen gibt, z. B. zu posttraumatischer Belastungsstörung (Feen-Calligan et al. 2020) oder zu Autismusspektrumstörungen (Schweizer et al. 2020; Thayer und Bloomfield 2021).

Schule für Kranke. Klinische Vorgehensweisen und eindrucksvolle Fallschilderungen u. a. aus dem Unterricht bei Autismus oder manisch-depressiver Erkrankung sind bei Meister (2022) beschrieben. Bei Patient:innen mit Schizophrenie besteht die Aufgabe in der Wiederherstellung der Schulfähigkeit u. a. durch die Verbesserung kognitiver Funktionen und Wiederherstellung der Fähigkeit zur Aufgabenfokussierung, bei Patient:innen mit Depression die Verbesserung von Motivation, Konzentrationsfähigkeit und Selbstvertrauen, bei Schizophrenie und Autismus spielt darüber hinaus die Reizabschirmung eine bedeutsame Rolle. Meister (2022) macht konkrete Vorschläge für ein „schulisches Eingliederungsmanagement", das

viele Ähnlichkeiten zum „betrieblichen Eingliederungsmanagement" hat. Sofern das Bundesland einen „Nachteilsausgleich" ermöglicht, gelingt die Reintegration in Regelschulen umstandsloser, so kann z. B. bei Prüfungen mehr Zeit eingeräumt oder diese in zwei Durchläufe „gesplittet" werden.

FiSch (Familie in Schule) integriert Multifamilientherapie in den (Klinik-)Schulkontext. Eltern von Kindern bis Klasse 6 mit Verhaltensproblemen mit erheblicher schulischer Teilhabebeeinträchtigung nehmen in multifamilientherapeutisch angeleiteten Elterngruppen am Unterricht teil. Sie werden in ihren Bewältigungsstrategien unterstützt, lernen voneinander mit schwierigen Situationen umzugehen und die Eltern-Kind-Beziehung wird gestärkt. Evidenzbasierte Studien zu FiSch fehlen bislang, es liegen jedoch positive Erfahrungsberichte von Eltern und Kindern vor (https://fisch-online.info). FiSch wird im Kontext der Klinikschule, aber auch der Jugendhilfe (Familienklasse genannt) angeboten und in einzelnen Bundesländern (z. B. Hessen, Schleswig-Holstein) staatlich gefördert.

Home treatment/StäB. Die klinische Relevanz dieser Behandlungsform besteht laut allen Forschungen in der deutlichen Reduktion stationärer Verweildauern und daher hoher Kosteneffizienz. Das Ziel des besseren Transfers von Therapieerfolgen in den Alltag wird überwiegend sehr gut erreicht (Herpertz-Dahlmann et al. 2021), und es gibt einen hohen Nocebo Effekt (Muskens et al. 2019). Klinisch erfreut sich diese Behandlungsform einer Elternzufriedenheit, die höher ausfällt als im vollstationären Bereich.

Transition

Psychotische Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter haben oft ausgeprägtere Symptome (Coulon et al. 2020), mehr Negativsymptomatik (Rammou et al. 2019) und einen schlechteren Verlauf (Immonen et al. 2017) als bei Beginn der Störung im Erwachsenenalter. Dies ist auch bei anderen schweren psychischen Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend zu beobachten. Die Transition birgt in der Versorgungsrealität meist ein Hochrisiko für die Betroffenen, aus dem Hilfesystem herauszufallen. Transition der Therapie und psychosozialen Versorgung vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist daher ein wichtiges Element für die Stabilisierung des Krankheitsverlaufs (Correll et al. 2024). Strategien für eine gelingende Transition umfassen demnach einen mindestens einjährigen Vorlauf, ausführliche Information der Jugendlichen und der Personensorgeberechtigten über Bedarf und Schritte der Transition, Koordinierung des Prozesses gemeinsam mit den Betroffenen und involvierten Helfersystemen, Klärung der künftigen Rolle und Aufgaben der Personensorgeberechtigten nach der Transition und ein ausführliches sowie bei Bedarf mehrfaches Übergabegespräch an die Weiterbehandelnden des Erwachsenensystems gemeinsam mit allen Beteiligten (Arango et al. 2022). Transition gelingt bei schweren psychischen Störungen nur in Form eines Prozesses und nicht zu einem lediglich festgesetzten Zeitpunkt unter Mitgabe eines Arztbriefes ohne weitere Kommunikation.

Literaturverzeichnis

Alavinezhad, Ramin; Mousavi, Masoumeh; Sohrabi, Nadereh (2014): Effects of Art Therapy on Anger and Self-esteem in Aggressive Children. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 113, S. 111–117. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.01.016.

Arango, Celso; Buitelaar, Jan K.; Correll, Christoph U.; Díaz-Caneja, Covadonga M.; Figueira, Maria L.; Fleischhacker, W. Wolfgang et al. (2022): The transition from adolescence to adulthood in patients with schizophrenia: Challenges, opportunities and recommendations. In: *Eur Neuropsychopharmacol* 59, S. 45–55. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2022.04.005.

Boege, Isabel; Schepker, Renate; Fegert, Jörg M. (2020): Vom Hometreatment zur stationsäquivalenten Behandlung (StäB). In: *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 48 (5), S. 393–406. DOI: 10.1024/1422-4917/a000710.

Bowman, Siann; McKinstry, Carol; McGorry, Patrick (2017): Youth mental ill health and secondary school completion in Australia: time to act. In: *Early Interv Psychiatry* 11 (4), S. 277–289. DOI: 10.1111/eip.12357.

Broersen, Marieke; Creemers, Daan H. M.; Frieswijk, Nynke; Vermulst, Ad A.; Kroon, Hans (2024): Effects of Youth Flexible Assertive Community Treatment: outcomes of an 18-month observational study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 59 (5), S. 745–758. DOI: 10.1007/s00127-023-02508-x.

Castillo, Enrico G.; Ijadi-Maghsoodi, Roya; Shadravan, Sonya; Moore, Elizabeth; Mensah, Michael O.; Docherty, Mary et al. (2019): Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. In: *Curr Psychiatry Rep* 21 (5), S. 35. DOI: 10.1007/s11920-019-1017-0.

Correll, Christoph U.; Arango, Celso; Fagerlund, Birgitte; Galderisi, Silvana; Kas, Martien J.; Leucht, Stefan (2024): Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia. In: *Eur Neuropsychopharmacol* 82, S. 57–71. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2024.02.005.

Coulon, Nathalie; Godin, Ophélia; Bulzacka, Ewa; Dubertret, Caroline; Mallet, Jasmina; Fond, Guillaume et al. (2020): Early and very early-onset schizophrenia compared with adult-onset schizophrenia: French FACE-SZ database. In: *Brain and behavior* 10 (2), e01495. DOI: 10.1002/brb3.1495.

Datta, Soumitra S.; Daruvala, Rhea; Kumar, Ajit (2020): Psychological interventions for psychosis in adolescents. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 7 (7), CD009533. DOI: 10.1002/14651858.CD009533.pub2.

Feen-Calligan, Holly; Ruvolo Grasser, Lana; Debryn, Jenna; Nasser, Sara; Jackson, Corryn; Seguin, Dana; Javanbakht, Arash (2020): Art therapy with Syrian refugee youth in the United States: An intervention study. In: *The Arts in Psychotherapy* 69, S. 101665. DOI: 10.1016/j.aip.2020.101665.

Finning, Katie; Ukoumunne, Obioha C.; Ford, Tamsin; Danielsson-Waters, Emilia; Shaw, Liz; Romero De Jager, Ingrid et al. (2019): The association between child and adolescent depression and poor attendance at school: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 245, S. 928–938. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.055.

Freitas, Carina; Fernández-Company, José Fernando; Pita, Marisela Figueira; García-Rodríguez, María (2022): Music therapy for adolescents with psychiatric disorders: An overview. In: *Clinical child psychology and psychiatry* 27 (3), S. 895–910. DOI: 10.1177/13591045221079161.

Gårdvik, Kari Skulstad; Rygg, Marite; Torgersen, Terje; Wallander, Jan Lance; Lydersen, Stian; Indredavik, Marit Sæbø (2021): Association of treatment procedures and resilience to symptom load three-years later in a clinical sample of adolescent psychiatric patients. In: *BMC psychiatry* 21 (1), S. 411. DOI: 10.1186/s12888-021-03417-6.

Geipel, Josephine; Koenig, Julian; Hillecke, Thomas K.; Resch, Franz; Kaess, Michael (2018): Music-based interventions to reduce internalizing symptoms in children and adolescents: A meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 225, S. 647–656. DOI: 10.1016/j.jad.2017.08.035.

Geretsegger, Monika; Elefant, Cochavit; Mössler, Karin A.; Gold, Christian (2014): Music therapy for people with autism spectrum disorder. In: *Cochrane Database Syst Rev* (6), S. CD004381. DOI: 10.1002/14651858.CD004381.pub3.

Goldschmidt, Andrea B.; Tortolani, Christina C.; Egbert, Amy H.; Brick, Leslie A.; Elwy, A. Rani; Donaldson, Deidre; Le Grange, Daniel (2022): Implementation and outcomes of home-based treatments for adolescents with anorexia nervosa: Study protocol for a pilot effectiveness-implementation trial. In: *The International journal of eating disorders* 55 (11), S. 1627–1634. DOI: 10.1002/eat.23796.

Goodyer, Ian M.; Reynolds, Shirley; Barrett, Barbara; Byford, Sarah; Dubicka, Bernadka; Hill, Jonathan et al. (2017): Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. In: *The lancet. Psychiatry* 4 (2), S. 109–119. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30378-9.

Griffith, Frances J.; Bingman, Verner P. (2020): Drawing on the brain: An ALE meta-analysis of functional brain activation during drawing. In: *The Arts in Psychotherapy* 71, S. 101690. DOI: 10.1016/j.aip.2020.101690.

Hagen, B. (2015): Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Abschlussbericht 2014. Köln. Online verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/SPV_Abschlussbericht_2014.pdf, zuletzt geprüft am 03.03.2018.

Herpertz-Dahlmann, Beate; Borzikowsky, Christoph; Altdorf, Sophie; Heider, Kathrin; Dempfle, Astrid; Dahmen, Brigitte (2021): 'Therapists in action'-Home treatment in adolescent anorexia nervosa: A stepped care approach to shorten inpatient treatment. In:*European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 29 (3), S. 427–442. DOI: 10.1002/erv.2755.

Immonen, Johanna; Jääskeläinen, Erika; Korpela, Hanna; Miettunen, Jouko (2017): Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. In: *Early Interv Psychiatry* 11 (6), S. 453–460. DOI: 10.1111/eip.12412.

Jäckel, D.; Willert, A.; Brose, A.; Leopold, K.; Nischk, D.; Senner, S. et al. (2023): Enhancing educational and vocational recovery in adolescents and young adults with early psychosis through Supported Employment and Education (SEEearly): study protocol for a multicenter randomized controlled trial. In: *Trials* 24 (1), S. 440. DOI: 10.1186/s13063-023-07462-2.

Joyce, Sadhbh; Shand, Fiona; Tighe, Joseph; Laurent, Steven J.; Bryant, Richard A.; Harvey, Samuel B. (2018): Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. In: *BMJ open* 8 (6), e017858. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017858.

Kane, J. M.; Robinson, D. G.; Schooler, N. R.; Mueser, K. T.; Penn, D. L.; Rosenheck, R. A. et al. (2016): Comprehensive versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. In: *Am J Psychiatry* 173 (4), S. 362–372.

Klyve, Guro Parr; Rolvsjord, Randi (2023): Moments of fun: Narratives of children's experiences of music therapy in mental health care. In: *Nordic Journal of Music Therapy* 32 (2), S. 100–120. DOI: 10.1080/08098131.2022.2055114.

Klyve, Guro Parr; Rolvsjord, Randi; Elgen, Irene Bircow (2023): Polyphonic perspectives: a focus group study of interprofessional staff's perceptions of music therapy at an inpatient unit for children in mental health care. In: *International journal of qualitative studies on health and well-being* 18 (1), S. 2197750. DOI: 10.1080/17482631.2023.2197750.

Lee, Sau-Lai; Liu, Hong-Lin Alex (2016): A pilot study of art therapy for children with special educational needs in Hong Kong. In: *The Arts in Psychotherapy* 51, S. 24–29. DOI: 10.1016/j.aip.2016.08.005.

Liu, Zhen; Yang, Zulan; Xiao, Chang; Zhang, Ke; Osmani, Mohamed (2021): An Investigation into Art Therapy Aided Health and Well-Being Research: A 75-Year Bibliometric Analysis. In:*International journal of environmental research and public health* 19 (1). DOI: 10.3390/ijerph19010232.

Meister, Mona (Hg.) (2022): Schulerfolg trotz Erkrankung. Acht junge Menschen berichten. 1. Auflage. Hamburg: Hamburger Institut für Pädagogik.

Muskens, Jet B.; Herpers, Pierre C. M.; Hilderink, Caroline; van Deurzen, Patricia A. M.; Buitelaar, Jan K.; Staal, Wouter G. (2019): Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. In: *BMC psychiatry* 19 (1), S. 412. DOI: 10.1186/s12888-019-2407-x.

Oberste, Max; Großheinrich, Nicola; Wunram, Heidrun-Lioba; Graf, Johannes Levin; Ziemendorff, Alischa; Meinhardt, Axel et al. (2018): Effects of a 6-week, whole-body vibration strength-training on depression symptoms, endocrinological and neurobiological parameters in adolescent inpatients experiencing a major depressive episode (the "Balancing Vibrations Study"): study protocol for a randomized placebo-controlled trial. In: *Trials* 19 (1), S. 347. DOI: 10.1186/s13063-018-2747-8.

Pauli, Dagmar; Flütsch, Nicole; Hilti, Nadine; Schräer, Christiane; Soumana, Mariama; Häberling, Isabelle; Berger, Gregor (2022): Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. In: *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 30 (2), S. 168–177. DOI: 10.1002/erv.2882.

PsychKHG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz – PsychKHG).

Rammou, Aikaterini; Fisher, Helen L.; Johnson, Sonia; Major, Barnaby; Rahaman, Nikola; Chamberlain-Kent, Nick; Stone, James M. (2019): Negative symptoms in first-episode psychosis: Clinical correlates and 1-year follow-up outcomes in London Early Intervention Services. In: *Early Interv Psychiatry* 13 (3), S. 443–452. DOI: 10.1111/eip.12502.

Recchia, Francesco; Bernal, Joshua D. K.; Fong, Daniel Y.; Wong, Stephen H. S.; Chung, Pak-Kwong; Chan, Derwin K. C. et al. (2023): Physical Activity Interventions to Alleviate Depressive Symptoms in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA pediatrics* 177 (2), S. 132–140. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2022.5090.

Romano, Melissa; Archambault, Kim; Garel, Patricia; Gosselin, Nathalie (2024): Music interventions with children, adolescents and emerging adults in mental health settings: a scoping review. In: *Arts & health* 16 (1), S. 89–109. DOI: 10.1080/17533015.2023.2243288.

Schweizer, Celine; Knorth, Erik J.; van Yperen, Tom A.; Spreen, Marinus (2020): Evaluation of 'Images of Self,' an art therapy program for children diagnosed with autism spectrum disorders (ASD). In: *Children and Youth Services Review* 116, S. 105207. DOI: 10.1016/j.childyouth.2020.105207.

Testa, Francesca; Arunachalam, Sarah; Heiderscheit, Annie; Himmerich, Hubertus (2020): A Systematic Review of Scientific Studies on the Effects of Music in People with or at Risk for Eating Disorders. In: *Psychiatr Danub* 32 (3-4), S. 334–345. DOI: 10.24869/psyd.2020.334.

Thayer, Faith; Bloomfield, Bradley S. (2021): An evaluation of a developmental individual differences relationship-based (DIR®)- creative arts therapies program for children with autism. In: *The Arts in Psychotherapy* 73, S. 101752. DOI: 10.1016/j.aip.2020.101752.

Thompson, G. A.; McFerran, K. S.; Gold, C. (2014): Family-centred music therapy to promote social engagement in young children with severe autism spectrum disorder: a randomized controlled study. In: *Child: care, health and development* 40 (6), S. 840–852. DOI: 10.1111/cch.12121.

Twum-Antwi, Akwasi; Jefferies, Philip; Ungar, Michael (2020): Promoting child and youth resilience by strengthening home and school environments: A literature review. In: *International Journal of School & Educational Psychology* 8 (2), S. 78–89. DOI: 10.1080/21683603.2019.1660284.

Vijverberg, Richard; Ferdinand, Robert; Beekman, Aartjan; van Meijel, Berno (2017): The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review. In: *BMC psychiatry* 17 (1), S. 284. DOI: 10.1186/s12888-017-1446-4.

Wang, Xiang; Cai, Zhi-Dong; Jiang, Wan-Ting; Fang, Yan-Yan; Sun, Wen-Xin; Wang, Xing (2022): Systematic review and meta-analysis of the effects of exercise on depression in adolescents. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health* 16 (1), S. 16. DOI: 10.1186/s13034-022-00453-2.

Wolf, S.; Grossmann, N. (2020): Home-Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine Analyse zur Wirksamkeit und möglichen Implementierung in Osterreich. AIHTA Projektbericht Nr.: 129. Hg. v. HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH. Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH. Wien.

Wunram, Heidrun Lioba; Hamacher, Stefanie; Hellmich, Martin; Volk, Maxi; Jänicke, Franziska; Reinhard, Franziska et al. (2018): Whole body vibration added to treatment as usual is effective in adolescents with depression: a partly randomized, three-armed clinical trial in inpatients. In: *European child & adolescent psychiatry* 27 (5), S. 645–662. DOI: 10.1007/s00787-017-1071-2.

Wunram, Heidrun Lioba; Hamacher, Stefanie; Oberste, Max; Neufang, Susanne; Belke, Luisa; Jänicke, Franziska et al. (2022): Influence of motivational placebo-related factors on the effects of exercise treatment in depressive adolescents. In: *European child & adolescent psychiatry* 31 (7), S. 1–14. DOI: 10.1007/s00787-021-01742-5.

Wunram, Heidrun Lioba; Kasparbauer, Anna-Maria; Oberste, Max; Bender, Stephan (2024): Bewegung als Neuromodulator: Wie körperliche Aktivität die Physiologie der adoleszenten Depression reguliert. In: *Zeitschrift fur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (2), S. 77–93. DOI: 10.1024/1422-4917/a000954.

[1] Suchterkrankungen, Traumafolgestörungen und Sozialverhaltensstörungen werden entsprechend der Ausrichtung dieser Leitlinie nicht näher betrachtet, wenngleich auch im Einzelfall schwer beeinträchtigend

14.2 Psychosoziale Therapie für Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung und psychischer Erkrankung

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autor:innen: Prof. Dr. Matthias Schützwohl, Thomas Bergman, Mareike Müller-Cleve & Prof. Dr. Tanja Sappok

Bedeutung

Die **Prävalenz von Störungen der Intelligenzentwicklung** (SIE) wird auf ungefähr 1 Prozent geschätzt, wobei ca. 80 Prozent von einer leichtgradigen Störung betroffen sind. Personen mit einer solchen leichtgradigen SIE können ein relativ unabhängiges Leben führen und zumeist einer Erwerbstätigkeit nachgehen. In ihren emotionalen und sozialen Schwierigkeiten ähneln sie eher der Allgemeinbevölkerung als Personen mit mittelgradiger oder schwergradiger SIE, die kognitiv, im sozialen Bereich und im alltagspraktischen Bereich deutlicher beeinträchtigt sind und auf Unterstützung angewiesen sind (Schützwohl und Sappok 2020).

Angaben zur **Prävalenz psychischer Störungen** bei Menschen mit SIE schwanken erheblich. Die Variabilität der berichteten Prävalenzraten resultiert aus einer Heterogenität der methodologischen Herangehensweisen und variiert nicht nur in Abhängigkeit von der Methodik der Stichprobenziehung, sondern ganz wesentlich in Abhängigkeit vom verwendeten diagnostischen Klassifikationssystem sowie dem Ein- oder Ausschluss von Verhaltensauffälligkeiten. In einer der meistzitierten epidemiologischen Arbeiten (Cooper et al. 2007) landen sich Punktprävalenzen zwischen 15,7 und 40,9 Prozent bzw. zwischen 15,6 und 28,3 Prozent, in Abhängigkeit davon, ob die Diagnosen nach klinischem Eindruck oder nach DSM-IV-TR gestellt wurden und ob Verhaltensauffälligkeiten aus- oder eingeschlossen wurden. Der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen, definiert als ein konsentiertes Cluster von psychopathologischen Phänomenen, und Verhaltensauffälligkeiten, definiert als kulturell unangemessenes Verhalten, das für die Betroffenen bzw. das Umfeld zu Belastungen führt und vielfältig verursacht sein kann (z. B. durch Schmerzen, Umweltfaktoren oder das Vorliegen einer psychischen Störung), ist bislang allerdings unklar, weswegen dafür plädiert wird, strikt zwischen beiden Konzepten zu unterscheiden (z.B. Joint Commissioning Panel for Mental Health 2013). In einer in Deutschland im Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) durchgeführten epidemiologischen Erhebung fanden sich bei einem entsprechenden Vorgehen Punktprävalenzraten

von 10,8 Prozent für das Vorliegen einer psychischen Störung und von 45,3 Prozent für das Vorliegen von Verhaltensauffälligkeiten (Schützwohl et al. 2016).

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass in Deutschland ca. 125.000 bis 200.000 Menschen mit SIE unter einer psychischen Störung leiden und ca. 375.000 Menschen mit SIE Verhaltensauffälligkeiten zeigen, so dass ca. 400.000 Menschen mit SIE psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsbedarf haben.

Internationale Evidenz

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen bei Menschen mit SIE scheint in Teilbereichen vielversprechend, ist aber noch immer zu wenig untersucht (Fynn et al. 2023; Graser et al. 2022; Sappok et al. 2023; Tapp et al. 2023). Psychotherapie ist darüber hinaus häufig gesprächsbasiert und setzt damit ein Maß an Reflexions- und Kommunikationsfähigkeit voraus, welches bei stärker eingeschränkten Menschen mit SIE nicht gegeben ist. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund kommt psychosozialen Interventionen ein besonderer Stellenwert zu. Allerdings ist der Forschungsstand zur Wirksamkeit noch immer nicht ausreichend. Hierauf verweisen zum Beispiel Bruinsma et al. (2020) sowie Groves et al. (2023) in ihren umfassenden Übersichtsarbeiten, in denen sie mit Blick auf das Management von herausfordernden Verhaltensauffälligkeiten einen moderaten Effekt ganz unterschiedlicher nicht-pharmakologischer Interventionen konstatieren.

Am häufigsten untersucht erscheint die Wirksamkeit von **Sport** und körperlicher Aktivierung (Bondár et al. 2020; Jacob et al. 2023; St John et al. 2020; Rana et al. 2024; Scifo et al. 2019). In den Übersichtsarbeiten fand sich insgesamt der Hinweis auf einen moderaten positiven Effekt auf die Lebensqualität sowie auf das Auftreten von depressiven Symptomen und Symptomen einer Angststörung. Die eingeschlossenen Studien untersuchten allerdings ausschließlich Interventionen, die nicht explizit auf die Behandlung psychischer Störungen oder die Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten abzielten.

Ergotherapie für Erwachsene mit SIE zielt vorrangig auf Beschäftigung, Selbstfürsorge, Freizeit und soziale Interaktion sowie soziale Teilhabe (Blaskowitz et al. 2021). Poquérusse et al. (2018) konnten darüber hinaus zeigen, dass Ergotherapie zur Stressreduktion beitragen kann. Bei der **Sensorischen Integrationstherapie** (SIT) werden gezielt sensorische Reize angeboten, um adäquate motorische Anpassungsleistungen hervorzurufen und damit Bewegungsplanung und Exekutivfunktionen zu verbessern. Ein Review zu SIT bei Erwachsenen mit schwerer und schwerster SIE zeigte positive Ergebnisse bzgl. der Verringerung von herausforderndem Verhalten und Stress sowie der Verbesserung von Engagement, Aufmerksamkeit und Kommunikation, wobei nicht auf ein Verzerrungsrisiko aufgrund methodischer Schwächen eingegangen wurde (Humpheson 2024). Insgesamt scheint Ergotherapie für Personen mit SIE sinnvoll zu sein, wobei es an Studien, die sich direkt auf die Symptomatik psychischer Erkrankungen beziehen mangelt und die Evidenz zur Wirksamkeit als schwach zu beurteilen ist.

Musiktherapie hat nachgewiesenermaßen bei verschiedenen klinischen Populationen einen positiven Effekt auf das Auftreten von Aggression und Agitation (vgl. z.B. DGPPN S3-Leitlinie Demenzen, 2023). Ein älterer, nicht-systematischer narrativer Review kommt zu dem Ergebnis, dass Musiktherapie auch bei Menschen mit SIE das Ausmaß von aggressivem und selbstschädigendem Verhalten reduzieren und einen positiven Effekt auf deren Wohlbefinden haben kann (Savarimuthu und Bunnell 2002). Lundqvist et al. (2009) fanden einen positiven Effekt von vibroakustischer Musik auf selbstverletzendes, stereotypes und aggressives Verhalten, während sich ein aktives musikalisches Freizeitangebot mit Blick auf Wohlbefinden und Verhaltensauffälligkeiten als wenig wirksam erwies (Smeets et al. 2023). Insgesamt fehlt es noch immer an hochwertigen Studien, so dass die Evidenz unzureichend ist.

Zur Wirksamkeit anderer Formen **künstlerischer Therapien** (z. B. Kunsttherapie, Tanztherapie, Dramatherapie, Theatertherapie) liegen kaum Untersuchungen mit Menschen mit SIE vor, wobei vor allem **Kunsttherapie** zur Förderung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung weit verbreitet ist (Power et al. 2023). Ein von Dumitru (2025) vorgelegter Scoping Review berichtet auf der Basis an nicht-klinischen Stichproben durchgeführter Studien zur Wirksamkeit von **Tanztherapien** zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. In einer kürzlich vorgelegten Untersuchung erwies sich **Improvisationstheater** bei Menschen mit leicht- oder mittelgradiger SIE und psychischen Problemen als geeignet und sehr gut akzeptiert (Fabian et al. 2024); Studien zur Wirksamkeit stehen allerdings aus.

Eklektische Ansätze verbinden verschiedene künstlerische und andere Methoden mit dem Ziel, über multimodales Lernen die Wirksamkeit zu verbessern. Ein RCT kombinierte Interventionen aus bildender Kunst, Tanz/Bewegung und Musik bei Erwachsenen mit SIE. Es wurden keine signifikanten Gesamtverbesserungen in Bezug auf abweichendes Verhalten, Stimmung oder persönliches Wohlbefinden festgestellt, Interviewergebnisse deuten jedoch auf verbesserten emotionalen Ausdruck und Stabilität hin (Ho et al. 2020). Ein semi-strukturiertes Kompetenztraining für Erwachsene aus dem Autismus-Spektrum und leichter bis mittelgradiger SIE (AutCom; Bergmann et al. 2021) kombiniert erlebnisbasierte Verfahren (Musik, Tanz, Drama) mit edukativen verhaltenstherapeutischen Elementen. In einer kontrollierten Pilotstudie wurde das Training sehr gut angenommen und zeigte im Fragebogen zur Zielerreichung signifikante positive Effekte auf soziale Interaktionsfähigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe und auf emotionale Kompetenzen in der prä-post Selbstbeurteilung.

Ein systematischer Review zu **„Befriending"-Interventionen** (Brand et al. 2024) fand zwar einerseits einen positiven Effekt laufender Interventionen bei Erwachsenen mit SIE, andererseits aber auch den Hinweis, dass dieser nach Beendigung der Interventionen verschwinden kann und die Interventionen sich letztlich auch negativ auf die Stimmung auswirken können.

Vor allem mit Blick auf die Reduktion von herausforderndem Verhalten vielversprechend erscheint der Ansatz der **Positiven Verhaltensunterstützung (PVU)**, der darauf abzielt, Verhaltensauffälligkeiten durch Anpassungen der Lebensumwelt an die Person zu beeinflussen (Theunissen 2021). Ein 2023 vorgelegter Cochrane Review (Prior et al. 2023) ergab, dass PVU sich positiv auf die Auftretenswahrscheinlichkeit von nach außen gerichtetem aggressivem Verhalten auswirken kann. Bruinsma et al. (2024) konnten in einer noch nicht in den Review eingeschlossenen cluster-randomisierten Untersuchung zeigen, dass PVU Reizbarkeit verringern, lethargischem Verhalten entgegenwirken und die Lebensqualität erhöhen kann. Allerdings fand sich in mehreren Studien auch kein signifikanter Effekt von PVU (z. B. (Hassiotis et al. 2018; Hunter et al. 2020; Strydom et al. 2020), so dass die Evidenz uneinheitlich ist und es weiterer Untersuchungen zu Wirkfaktoren und differenzieller Indikationsstellung bedarf. Ein

systematischer Review von Mahon et al. (2022) berichtet in diesem Zusammenhang, dass die Wirksamkeit von PVU erst nach einem umfassenden Training gegeben ist.

In vergleichbarer Form zielt auch die **Nidotherapie** darauf ab, nicht die Person mit SIE zu verändern, sondern die Beziehung zwischen ihr und ihrer Umgebung optimal zu gestalten. In einer von Tyrer et al. (2017) vorgelegten cluster-randomisierten Untersuchung ergab sich im langfristigen Verlauf nach der Implementierung ein vielversprechendes Ergebnis mit Blick auf das Management von aggressivem Verhalten. Die Evidenz ist angesichts weniger vorliegender Studien allerdings sehr begrenzt.

Auch für das **Snoezelen**, definiert als der Aufenthalt in einem speziell gestalteten, gemütlichen, angenehm warmen Raum, in dem bequem liegend oder sitzend, ein den individuellen Bedürfnissen und Vorlieben angepasstes Angebot an visuellen, auditiven, taktilen und olfaktorischen Reizen vorgehalten wird, ist die Evidenz uneinheitlich. Im Ergebnis einer systematischen Übersichtsarbeit wird festgehalten, dass das Vorgehen in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich bzw. häufig nicht konkret beschrieben ist, sich aber insgesamt der Hinweis fand, dass sich Snoezelen bei Menschen mit SIE positiv auf die Stimmung auswirken und herausforderndes Verhalten reduzieren kann (Testerink et al. 2023). Allerdings fand sich in den Einzelstudien nur ein sehr geringer und häufig im Vergleich zu den Kontrollbedingungen nicht signifikanter und nicht überdauernder Effekt.

Die Wirksamkeit **tiergestützter Therapien**, das zeigt ein bereits 2016 vorgelegter systematischer Review (Maber-Aleksandrowicz et al. 2016), ist überwiegend an Kindern und Jugendlichen mit SIE untersucht. In einer sehr kleinen Studie mit insgesamt nur 16 erwachsenen Studieneilnehmenden fanden Bould et al. (2018), dass ein Spaziergang mit einem Hund mit mehr sozialen Begegnungen verbunden war. Scorzato et al. (2017) konnten zeigen, dass Menschen mit SIE von einer hundegestützten Therapie in verschiedenen kognitiven, sozialen und alltagspraktischen Bereichen profitieren konnten. Borioni et al. (2012) fanden, dass Reittherapie dazu beitragen kann, dass Ausmaß sozialer Integration zu erhöhen. Evidenz zur Therapie von psychischen Störungen oder zum Management von problematischen Verhaltensauffälligkeiten liegt, soweit bekannt, nicht vor.

In einer Übersichtsarbeit über Studien, die Erfahrungen und Einstellungen mit **E-Mental Health**, also der Nutzung webbasierter oder computergestützter Interventionen zur Förderung und Verbesserung psychischer Gesundheit, untersuchten, fand sich nach Angaben der Autoren (MacHale et al. 2023), dass E-Mental-Health auch bei Menschen mit SIE in Ergänzung zu persönlichen therapeutischen Kontakten eingesetzt werden kann. Es mangelt allerdings an Studien zur Wirksamkeit sowie zu den potentiellen Nachteilen von E-Mental Health (Oudshoorn et al. 2021), von denen Menschen mit SIE besonders betroffen scheinen (Sheehan und Hassiotis 2017).

Ein systematischer Review von Jacob et al. (2022) berichtet über die Wirksamkeit von ganz unterschiedlichen **Interventionen zur Verbesserung der sozialen Kompetenz** (z. B. Training der emotionalen Intelligenz, Computerspiel zur Emotionsregulation, Puppenspieltherapie). Allerdings wurden neun der zehn eingeschlossenen Studien mit Kindern oder Jugendlichen mit SIE durchgeführt.

Über die Wirksamkeit von **Interventionen zur Verbesserung der Selbstbestimmung** von Menschen mit schwergradiger oder extremer SIE berichtet ein systematischer Review von Kuld et al. (2023). Die meisten der eingeschlossenen Studien untersuchten Interventionen, die darauf abzielten, dass die Studienteilnehmenden lernten, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen (z. B. in Bezug auf die Freizeitgestaltung oder das Essen und Trinken) oder in Bezug auf Freizeit- und Haushaltsaktivitäten mehr Unabhängigkeit zu erlangen. Es fand sich in fast allen Studien ein positiver Effekt der jeweiligen Intervention. Es fehlt aber an ausreichender Evidenz für ein spezifisches Vorgehen.

McCombe et al. (2022) erstellten einen systematischen Review zur Wirksamkeit von **Kriseninterventionen**. Es wurden 46 Studien eingeschlossen, die über ein breites Spektrum von stationären, aufsuchenden und ambulanten Interventionen berichten. Ein positiver Effekt fand sich vor allem für Maßnahmen, die den Umgang mit herausfordernden Verhaltensauffälligkeiten trainieren (vgl. hierzu Royston et al. 2023; Wehmeyer et al. 2021). Die auf die Behandlung von Menschen mit SIE spezialisierten Institutionen erwiesen sich im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Angeboten als effektiver. Ein allgemeingültiges Konzept zur Etablierung von Kriseninterventionen war nicht erkennbar.

Thalen et al. (2022) berichten im Rahmen ihrer Übersichtsarbeit über den **Fokus existierender psychosozialer Interventionen für die Subpopulation der älteren Menschen mit SIE**. Die Autor:innen fanden einerseits Interventionen, die auf die Identifizierung und Erfüllung von Bedürfnissen und Bedarfen abzielten, und andererseits Interventionen, die auf Verhaltensauffälligkeiten, Fertigkeiten und Fähigkeiten abzielten. In fast allen eingeschlossenen Studien fand sich ein positiver Effekt der Interventionen. Die Autoren stellen aber nicht zuletzt angesichts der Heterogenität der untersuchten Interventionen auch hier wieder einen Evidenzmangel fest.

Praxis

Mit Blick auf die im Wesentlichen von Angehörigen oder im heilpädagogischen Versorgungssystem erbrachten basalen Versorgungsleistungen (z. B. bzgl. Ernährung und Wohnen) oder auch mit Blick auf die häufig auftretenden Anfallsleiden scheint der **Versorgungsbedarf** von Menschen mit SIE in Deutschland als in hohem Ausmaß gedeckt. In einer 2016 vorgelegten Untersuchung fand sich jedoch überproportional häufig ein ungedeckter Versorgungsbedarf bei bedeutsamen psychischen Belastungen und schwerwiegenden psychischen Störungen (Schützwohl et al. 2016; Schützwohl et al. 2018). Dieser Befund deckt sich mit in den letzten Jahren wiederholt geäußerter Kritik (vgl. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung 2019): Der Versorgungsbedarf von Menschen mit SIE und zusätzlichen psychischen Beschwerden gilt vielfach als nicht ausreichend beachtet, ein zielgruppenspezifisches Angebot als vor allem im ambulanten Sektor unzureichend ausgebaut und das Regelversorgungssystem als fachlich, organisatorisch und strukturell nicht adäquat ausgestattet. Psychopharmaka seien zwar bei klarer Indikationsstellung ein wesentlicher Bestandteil einer in der Regel multimodalen Behandlung, würden aber trotz weitgehend fehlender Evidenz (vgl. z.B. Tyrer et al. 2008) auch zur Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten verschrieben werden (vgl. Schützwohl et al. 2017). Die Thematik ist allerdings nur selten Gegenstand wissenschaftlicher Studien, so dass der Forschungsstand zu zahlreichen Fragestellungen unbefriedigend ist. Anstrengungen, die Umsetzung vorhandener Leitlinien zur Psychopharmakotherapie bei Menschen mit einer SIE (z.B. Deb et al. 2009) zu fördern, sind zahlreich (z.B. Branford et al. 2019; Deb et al. 2021). Dieses Ziel verfolgt auch ein Maßnahmenkatalog, der sich speziell der Verbesserung der Psychopharmakotherapie von in Wohnstätten lebenden Menschen mit SIE widmet (Schützwohl et al. 2022).

Im Bereich der medizinischen Versorgung kommt vor diesem Hintergrund spezialisierten Versorgungseinrichtungen ein besonderer Stellenwert zu. Im **Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung** von besonderer Bedeutung sind hier die Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB). In diesen erfolgt die Versorgung multidisziplinär und multiprofessionell und das Behandlungsangebot umfasst ein breites Spektrum ärztlicher und nicht-ärztlicher, speziell auch psychotherapeutischer und psychosozialer Leistungen. MZEB sind allerdings noch immer nicht flächendeckend aufgebaut, Zugangskriterien und Fallzahlbegrenzungen schränken den Zugang zur ambulanten Versorgung zusätzlich ein. Im **Bereich der stationären medizinischen Versorgung** existiert ein Versorgungsangebot mit spezialisierten Fachabteilungen oder spezialisierten Fachkliniken, die häufig auch über ein spezialisiertes Angebot in Form Psychiatrischer Institutsambulanzen und in einigen Fällen auch über ein MZEB verfügen. Auch dieses Versorgungsangebot steht allerdings nicht flächendeckend zur Verfügung, so dass die vorhandenen Kapazitäten nicht ausreichend sind und die Versorgung häufig wohnortfern erfolgen muss.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinde und **Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung** sind vor dem Hintergrund häufiger Teilhabeeinschränkungen für Menschen mit SIE, vor allem aber für Menschen mit SIE und einer psychischen Störung oder herausfordernden Verhaltensweisen, ein wesentlicher Versorgungsbaustein. Es existiert daher, auch wenn Menschen mit SIE überwiegend in Privathaushalten leben, ein breites Spektrum an **Wohnangeboten**, das vom institutionellen Wohnen in Wohnstätten bzw. Wohngruppen bis zum ambulant betreuen Wohnen reicht, mit dem Ziel größtmöglicher Selbstständigkeit. Ein besonderes Angebot stellen die sogenannten Intensivpädagogischen Wohneinrichtungen (IPW) dar, die sich an diejenigen Menschen mit SIE richten, die einer individuelleren und intensiveren Betreuung und Versorgung bedürfen.

Die **Wohnbedingungen** in den institutionellen Wohnformen erscheinen im Licht der wenigen hierzu vorliegenden Studien eher kritisch zu bewerten (vgl. Seifert 2016; Trescher 2017). Dies gilt speziell für die IPW und hier mit Blick auf die Verordnung von Psychopharmaka sowie die Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen (Theunissen und Kulig 2019). Sport, Ergotherapie, Musiktherapie oder auch Kunsttherapie werden in Wohnstätten in Verbindung mit tagesstrukturierenden Maßnahmen zwar häufig angeboten, ein Training im Umgang mit herausforderndem Verhalten (z. B. PVU, Nidotherapie) findet jedoch viel zu selten statt (Theunissen 2019).

Menschen mit SIE arbeiten überwiegend in **Werkstätten für behinderte Menschen** (WfbM). Diese verfügen in der Regel über einen Berufsbildungs- und einen Arbeitsbereich und haben häufig einen angegliederten Förderbereich, der speziell Menschen mit schwerer und schwerster kognitiver Behinderung zur Verfügung steht, die nicht in den regulären WfbM-Bereichen beschäftigt werden können. Diese Förderbereiche dienen der externen Tagesstrukturierung nach dem 2-Milieu-Prinzip, die Teilnehmenden sind nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Falls die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, ist die Tätigkeit auf einem an die WfbM angegliederten Außenarbeitsplatz und damit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt möglich (z. B. in Integrationsbetrieben), befristet oder dauerhaft und unter Beibehaltung des WfbM-Status und damit unter rechtlicher und tatsächlicher Verantwortung der WfbM. Die Übergangsquoten von der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sind niedrig (Lindmeier 2006). In Ergänzung zu den WfbM existieren **Zuverdienstfirmen** und **Integrationsunternehmen**; ein ausreichendes Angebot der **Unterstützten Beschäftigung** existiert auch für Menschen mit SIE nicht (Lindmeier 2006).

In Ergänzung zu diesen zentralen Versorgungsbausteinen werden auch für Menschen mit SIE in ganz unterschiedlicher Trägerschaft **Kontakt- und Beratungsstellen**, **Tagesgruppen** oder auch die **Organisation von Freizeitaktivitäten** vorgehalten. Ein inklusives Angebot, z. B. in regionalen Sportvereinen oder Musikschulen, ist noch wenig entwickelt.

Herausforderungen

Der Versorgungsbedarf von Menschen mit SIE ist komplex. Aufgrund ihrer intellektuellen Beeinträchtigung sowie zusätzlicher oft chronischer körperlicher Erkrankungen und psychischer Störungen benötigen sie Hilfen sehr unterschiedlicher Art, die in Deutschland aus sozialrechtlich unterschiedlichen Hilfesystemen erbracht werden. Die **Versorgungsfragmentierung** erfordert, dass sich die handelnden Personen als Versorgungspartner:innen verstehen und sich in ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit bezüglich der Zielstellungen und Ressourcenaufteilung einig sind. Die Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Hilfesystemen ist aber noch immer unzureichend (Schäper 2021). Hier sind Dialogbereitschaft und die Anerkennung der wechselseitigen Expertisen gefordert.

Im Bereich der medizinischen Regelversorgung besteht aufgrund fachlicher, organisatorischer und struktureller Rahmenbedingungen ein erhebliches Versorgungsdefizit. Es fehlt ganz wesentlich an der für die Versorgung von Menschen mit SIE notwendigen spezifischen Qualifikation und Erfahrung, ein deutlich erhöhter Zeit- und Personalaufwand wird nur unzureichend vergütet (Sappok und Steinhart 2021). Dies führt im Ergebnis regelhaft zu einer Unter- und Fehlversorgung, die sich jeweils zum Nachteil der Menschen mit SIE auswirkt und mit unnötigen direkten und indirekten Kosten verbunden ist (Steffen und Blum 2012; Mau et al. 2015). Die Ausbildungscurricula der verschiedenen hier relevanten Professionen sollten daher ein grundlegendes Fachwissen bereits in der Grundausbildung vermitteln und dieses im Rahmen von Aus- und Weiterbildung festigen und vertiefen. Nur unter dieser Bedingung wird es zukünftig möglich sein, Menschen mit SIE und psychiatrisch-psychotherapeutischem Versorgungsbedarf ein angemessenes, zielgerichtetes Angebot machen zu können und die Inanspruchnahme speziell auch psychosozialer Interventionen zu fördern. Die in Kapitel 14.2.2 aufgezeigten Forschungslücken weisen darauf hin, dass es zudem einer intensiveren wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Thematik benötigt. Zur Etablierung neuer therapeutischer Konzepte besteht sowohl ein Bedarf an Wirksamkeitsstudien als auch an begleitender Versorgungsforschung.

Literaturverzeichnis

Bergmann, Thomas; Birkner, Joana; Sappok, Tanja; Schmidt, Maria (2021): The Autism-Competency-Group (AutCom). A promising approach to promote social skills in adults with autism spectrum disorder and intellectual disability. In: *International journal of developmental disabilities* 67 (5), S. 349–365. DOI: 10.1080/20473869.2021.1967697.

Blaskowitz, Meghan G.; Johnson, Khalilah R.; Bergfelt, Theodore; Mahoney, Wanda J. (2021): Evidence to Inform Occupational Therapy Intervention With Adults With Intellectual Disability: A Scoping Review. In: *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 75 (3). DOI: 10.5014/ajot.2021.043562.

Bondár, R. Z.; Di Fronso, S.; Bortoli, L.; Robazza, C.; Metsios, G. S.; Bertollo, M. (2020): The effects of physical activity or sport-based interventions on psychological factors in adults with intellectual disabilities: a systematic review. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 64 (2), S. 69–92. DOI: 10.1111/jir.12699.

Borioni, Nicoletta; Marinaro, Paola; Celestini, Silvia; Del Sole, Flavia; Magro, Rachele; Zoppi, Daniela et al. (2012): Effect of equestrian therapy and onotherapy in physical and psycho-social performances of adults with intellectual disability: a preliminary study of evaluation tools based on the ICF classification. In:*Disability and rehabilitation* 34 (4), S. 279–287. DOI: 10.3109/09638288.2011.605919.

Bould, E.; Bigby, C.; Bennett, P. C.; Howell, T. J. (2018): 'More people talk to you when you have a dog' - dogs as catalysts for social inclusion of people with intellectual disabilities. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 62 (10), S. 833–841. DOI: 10.1111/jir.12538.

Brand, Fiona; Scior, Katrina; Loewenberger, Alana (2024): Psychological and social outcomes of befriending interventions for adults with intellectual disabilities: A systematic review. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 37 (1), e13168. DOI: 10.1111/jar.13168.

Branford, David; Gerrard, David; Saleem, Nigget; Shaw, Carl; Webster, Anne (2019): Stopping over-medication of people with intellectual disability, Autism or both (STOMP) in England part 1 – history and background of STOMP. In: *AMHID* 13 (1), S. 31–40. DOI: 10.1108/AMHID-02-2018-0004.

Bruinsma, E.; van den Hoofdakker, B. J.; Groenman, A. P.; Hoekstra, P. J.; Kuijper, G. M. de; Klaver, M.; Bildt, A. A. de (2020): Non-pharmacological interventions for challenging behaviours of adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 64 (8), S. 561–578. DOI: 10.1111/jir.12736.

Bruinsma, Eke; van den Hoofdakker, Barbara J.; Hoekstra, Pieter J.; Kuijper, Gerda M. de; Bildt, Annelies A. de (2024): Effects of positive behaviour support delivered by direct staff on challenging behaviours and quality of life of adults with intellectual disabilities: A multicentre cluster-controlled trial. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 37 (1), e13164. DOI: 10.1111/jar.13164.

Cooper, Sally-Ann; Smiley, Elita; Morrison, Jillian; Williamson, Andrew; Allan, Linda (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. In: *Br J Psychiatry* 190, S. 27–35. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.022483.

Deb, Shoumitro; Kwok, Henry; Bertelli, Marco; Salvador-Carulla, Luis; Bradley, Elspeth; Torr, Jennifer; Barnhill, Jarret (2009): International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 8 (3), S. 181–186. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00248.x.

Deb, Shoumitro Shoumi; Limbu, Bharati; Unwin, Gemma; Woodcock, Linda; Cooper, Vivien; Fullerton, Michael (2021): Short-Term Psycho-Education for Caregivers to Reduce Overmedication of People with Intellectual Disabilities (SPECTROM): Development and Field Testing. In: *International journal of environmental research and public health* 18 (24). DOI: 10.3390/ijerph182413161.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2019): Problemanzeigen und Forderungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und zusätzlichen psychischen Störungen. Stellungnahme im Dialog des Bundesministeriums für Gesundheit zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen. Berlin. Online verfügbar unter https://www.psychiatriedialog.de/fileadmin/downloads/191001_END_Position_Fachverba__nde_zur_Weiterentwicklung_der_psychiatrischen_Hilfen_S...pdf, zuletzt aktualisiert am 01.10.2019, zuletzt geprüft am 27.03.2025.

Dumitru, Cristina (2025): Exploring the transformative power of dance: A scoping review of dance interventions for adults with intellectual disabilities. In: *Journal of intellectual disabilities : JOID* 29 (1), S. 214–232. DOI: 10.1177/17446295231218781.

Fabian, Regina; Tarasova, Daria; Bergmann, Thomas; Sappok, Tanja (2024): An improvisational theatre intervention in people with intellectual disabilities and mental health problems. In: *International journal of developmental disabilities* 70 (2), S. 278–286. DOI: 10.1080/20473869.2022.2082826.

Fynn, G.; Porter, M.; Borchard, T.; Kazzi, C.; Zhong, Q.; Campbell, L. (2023): The effectiveness of cognitive behavioural therapy for individuals with an intellectual disability and anxiety: a systematic review. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 67 (9), S. 816–841. DOI: 10.1111/jir.13046.

Graser, Johannes; Göken, Jonas; Lyons, Naomi; Ostermann, Thomas; Michalak, Johannes (2022): Cognitive-behavioral therapy for adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology: Science and Practice* 29 (3), S. 227–242. DOI: 10.1037/cps0000077.

Groves, Laura; Jones, Chris; Welham, Alice; Hamilton, Anna; Liew, Ashley; Richards, Caroline (2023): Non-pharmacological and pharmacological interventions for the reduction or prevention of topographies of behaviours that challenge in people with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: *The lancet. Psychiatry* 10 (9), S. 682–692. DOI: 10.1016/S2215-0366(23)00197-9.

Hassiotis, Angela; Poppe, Michaela; Strydom, Andre; Vickerstaff, Victoria; Hall, Ian; Crabtree, Jason et al. (2018): Positive behaviour support training for staff for treating challenging behaviour in people with intellectual disabilities: a cluster RCT. In: *Health Technol Assess* 22 (15), S. 1–110. DOI: 10.3310/hta22150.

Ho, Rainbow T. H.; Chan, Caitlin K. P.; Fong, Ted C. T.; Lee, Pandora H. T.; Lum, Derek S. Y.; Suen, S. H. (2020): Effects of Expressive Arts-Based Interventions on Adults With Intellectual Disabilities: A Stratified Randomized Controlled Trial. In: *Front Psychol* 11, S. 1286. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01286.

Humpheson, Jennifer (2024): Sensory approaches for adults with severe or profound and multiple learning disabilities: A systematic literature review. In: *British Journal of Occupational Therapy* 87 (3), S. 129–142. DOI: 10.1177/03080226231208717.

Hunter, Rachael Maree; Vickerstaff, Victoria; Poppe, Michaela; Strydom, Andre; King, Michael; Hall, Ian et al. (2020): Staff training in positive behaviour support for behaviour that challenges in people with intellectual disability: cost-utility analysis of a cluster randomised controlled trial. In: *BJPsych open* 6 (2), e15. DOI: 10.1192/bjo.2020.1.

Jacob, Udeme Samuel; Edozie, Isioma Sitamalife; Pillay, Jace (2022): Strategies for enhancing social skills of individuals with intellectual disability: A systematic review. In: *Frontiers in rehabilitation sciences* 3, S. 968314. DOI: 10.3389/fresc.2022.968314.

Jacob, Udeme Samuel; Pillay, Jace; Johnson, Ensa; Omoya, Oluwatomilayo Tomi; Adedokun, Adewale Philip (2023): A systematic review of physical activity: benefits and needs for maintenance of quality of life among adults with intellectual disability. In:*Frontiers in sports and active living* 5, S. 1184946. DOI: 10.3389/fspor.2023.1184946.

Joint Commissioning Panel for Mental Health (2013): Guidance for commissioners of mental health services for people with learning disabilities. JCP-MH. London.

Kuld, P. B.; Frielink, N.; Zijlmans, M.; Schuengel, C.; Embregts, P. J. C. M. (2023): Promoting self-determination of persons with severe or profound intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 67 (7), S. 589–629. DOI: 10.1111/jir.13036.

Lindmeier, Christian (2006): Berufliche Bildung und Teilhabe geistig behinderter Menschen am Arbeitsleben. In: Ernst Wüllenweber, Georg Theunissen und Heinz Mühl (Hg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 394–407.

Lundqvist, Lars-Olov; Andersson, Gunilla; Viding, Jane (2009): Effects of vibroacoustic music on challenging behaviors in individuals with autism and developmental disabilities. In: *Research in Autism Spectrum Disorders* 3 (2), S. 390–400. DOI: 10.1016/j.rasd.2008.08.005.

Maber-Aleksandrowicz, Sarah; Avent, Cerian; Hassiotis, Angela (2016): A Systematic Review of Animal-Assisted Therapy on Psychosocial Outcomes in People with Intellectual Disability. In: *Research in developmental disabilities* 49-50, S. 322–338. DOI: 10.1016/j.ridd.2015.12.005.

MacHale, Rosemary; Ffrench, Cathal; McGuire, Brian (2023): The experiences and views of adults with intellectual disabilities accessing digital mental health interventions: A qualitative systematic review and thematic synthesis. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 36 (3), S. 448–457. DOI: 10.1111/jar.13082.

Mahon, Dearbaile; Walsh, Edith; Holloway, Jennifer; Lydon, Helena (2022): A systematic review of training methods to increase staff's knowledge and implementation of positive behaviour support in residential and day settings for individuals with intellectual and developmental disabilities. In: *Journal of intellectual disabilities : JOID* 26 (3), S. 732–757. DOI: 10.1177/17446295211022124.

Mau, V.; Grimmer, A.; Poppele, G.; Felchner, A.; Elstner, S.; Martin, P. (2015): Bessere Versorgung möglich. In: *Deutsches Ärzteblatt* 112, S. 1982.

McCombe, Lindsay Ha; Martin, Toby L.; Curtis, Hannah; Ediger, James; Temple, Beverley (2022): Crisis stabilisation services for people with intellectual disabilities: A systematic review. In: *Journal of intellectual disabilities : JOID* 26 (4), S. 1033–1056. DOI: 10.1177/17446295211033564.

Oudshoorn, Cathelijn E. M.; Frielink, Noud; Nijs, Sara L. P.; Embregts, Petri J. C. M. (2021): Psychological eHealth interventions for people with intellectual disabilities: A scoping review. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 34 (4), S. 950–972. DOI: 10.1111/jar.12877.

Poquérusse, J.; Azhari, A.; Setoh, P.; Cainelli, S.; Ripoli, C.; Venuti, P.; Esposito, G. (2018): Salivary α-amylase as a marker of stress reduction in individuals with intellectual disability and autism in response to occupational and music therapy. In: *J Intellect Disabil Res* 62 (2), S. 156–163. DOI: 10.1111/jir.12453.

Power, Nicki; Harrison, Toni Leigh; Hackett, Simon; Carr, Catherine (2023): Art therapy as a treatment for adults with learning disabilities who are experiencing mental distress: A configurative systematic review with narrative synthesis. In: *The Arts in Psychotherapy* 86, S. 102088. DOI: 10.1016/j.aip.2023.102088.

Prior, David; Win, Soe; Hassiotis, Angela; Hall, Ian; Martiello, Michele A.; Ali, Afia K. (2023): Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 2 (2), CD003406. DOI: 10.1002/14651858.CD003406.pub5.

Rana, D.; Westrop, S.; Jaiswal, N.; Germeni, E.; McGarty, A.; Ells, L. et al. (2024): Lifestyle modification interventions for adults with intellectual disabilities: systematic review and meta-analysis at intervention and component levels. In:*Journal of intellectual disability research : JIDR* 68 (5), S. 387–445. DOI: 10.1111/jir.13098.

Royston, Rachel; Naughton, Stephen; Hassiotis, Angela; Jahoda, Andrew; Ali, Afia; Chauhan, Umesh et al. (2023): Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: A rapid realist review informed by multiple populations. In: *PLoS One* 18 (5), e0285590. DOI: 10.1371/journal.pone.0285590.

Sappok, Tanja; Bayer, Mareike; Helmes, Almut; Gabriel, Anika; Wagner, Jessica; Styp von Rekowski, Anne; Tergeist, Marlene (2023): Psychotherapie bei Störungen der Intelligenzentwicklung – aktuelle Evidenz und praktische Umsetzung. In: *Der Nervenarzt* 94 (5), S. 446–455. DOI: 10.1007/s00115-023-01472-w.

Sappok, Tanja; Steinhart, Ingmar (2021): Leave No One Behind: Kognitiv beeinträchtigt und (psychisch) krank – eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung. In: *Psychiatr Prax* 48 (3), S. 115–118. DOI: 10.1055/a-1400-1746.

Savarimuthu, Darren; Bunnell, Toni (2002): The effects of music on clients with learning disabilities: a literature review. In: *Complementary therapies in nursing & midwifery* 8 (3), S. 160–165. DOI: 10.1054/ctnm.2001.0629.

Schäper, Sabine (2021): Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung und psychischer Störung – Hindernisse und Potentiale an den Schnittstellen der Hilfesystem. In: S. Schäper, D. Domenig und U. Schäfer (Hg.): Hin- und herschieben? An der Schnittstelle von Psychiatrie und sozialen Institutionen. Zürich und Genf: Seismo Verlag.

Schützwohl, M.; Voss, E.; Stiawa, M.; Salize, H-J; Puschner, B.; Koch, A. (2017): Bedingungsfaktoren psychopharmakologischer Behandlung bei leichter oder mittelgradiger Intelligenzminderung. In: *Nervenarzt* 88 (11), S. 1273–1280. DOI: 10.1007/s00115-016-0211-0.

Schützwohl, Matthias; Koch, Andrea; Koslowski, Nadine; Puschner, Bernd; Voß, Elke; Salize, Hans Joachim et al. (2016): Mental illness, problem behaviour, needs and service use in adults with intellectual disability. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 51 (5), S. 767–776. DOI: 10.1007/s00127-016-1197-4.

Schützwohl, Matthias; Krumm, Silvia; Krönke, Indra; Reupert, Annegret; Mayr, Lea; Stasch, Nicole (2022): Maßnahmen zur Förderung einer leitliniengerechten Psychopharmakotherapie von in Wohnheimen lebenden Menschen mit geistiger Behinderung. Empfehlungen und Ideen aus der Praxis. TU Dresden, Universität Ulm. Online verfügbar unter https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/psy/forschung-und-lehre-1/forschungsbereiche-1/forschungsbereich-psychiatrische-versorgungsforschung-1/abgeschlossene-projekte/Manahmenkatalog_LePPID.pdf.

Schützwohl, Matthias; Sappok, Tanja (2020): Psychische Gesundheit bei Personen mit Intelligenzminderung. In:*Der Nervenarzt* 91 (3), S. 271–281. DOI: 10.1007/s00115-020-00878-0.

Schützwohl, Matthias; Voß, Elke; Salize, Hans Joachim; Stiawa, Maja; Puschner, Bernd; Koch, Andrea (2018): Self- and proxy-rated needs in adults with mild to moderate intellectual disabilities: Perspective matters. In: *J Appl Res Intellect disabil* 31 (2), S. 285–295. DOI: 10.1111/jar.12399.

Scifo, Lidia; Chicau Borrego, Carla; Monteiro, Diogo; Matosic, Doris; Feka, Kaltrina; Bianco, Antonino; Alesi, Marianna (2019): Sport Intervention Programs (SIPs) to Improve Health and Social Inclusion in People with Intellectual Disabilities: A Systematic Review. In: *Journal of functional morphology and kinesiology* 4 (3). DOI: 10.3390/jfmk4030057.

Scorzato, Ivano; Zaninotto, Leonardo; Romano, Michela; Menardi, Chiara; Cavedon, Lino; Pegoraro, Alessandra et al. (2017): Effects of Dog-Assisted Therapy on Communication and Basic Social Skills of Adults With Intellectual Disabilities: A Pilot Study. In: *Intellectual and developmental disabilities* 55 (3), S. 125–139. DOI: 10.1352/1934-9556-55.3.125.

Seifert, M. (2016): Wohnen. In: I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger und R. Markowetz (Hg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt UTB, S. 454–458.

Sheehan, Rory; Hassiotis, Angela (2017): Digital mental health and intellectual disabilities: state of the evidence and future directions. In: *Evidence-Based Mental Health* 20 (4), S. 107–111. DOI: 10.1136/eb-2017-102759.

Smeets, Gerianne J. J.; Volkers, Karin M.; Scherder, Erik J. A.; Moonen, Xavier M. H. (2023): Active music making and leisure activities for people with intellectual disabilities: A cluster randomized pilot study. In: *Research in developmental disabilities* 142, S. 104606. DOI: 10.1016/j.ridd.2023.104606.

St John, Laura; Borschneck, Gregory; Cairney, John (2020): A Systematic Review and Meta-Analysis Examining the Effect of Exercise on Individuals With Intellectual Disability. In: *American journal on intellectual and developmental disabilities* 125 (4), S. 274–286. DOI: 10.1352/1944-7558-125.4.274.

Steffen, P.; Blum, K. (2012): Defizite in der Versorgung: Ergebnisse einer explorativen Untersuchung in zwei Hamburger Bezirken. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109, S. 860–862.

Strydom, Andre; Bosco, Alessandro; Vickerstaff, Victoria; Hunter, Rachael; Hassiotis, Angela (2020): Clinical and cost effectiveness of staff training in the delivery of Positive Behaviour Support (PBS) for adults with intellectual disabilities, autism spectrum disorder and challenging behaviour - randomised trial. In: *BMC psychiatry* 20 (1), S. 161. DOI: 10.1186/s12888-020-02577-1.

Tapp, Katherine; Vereenooghe, Leen; Hewitt, Olivia; Scripps, Emma; Gray, Kylie M.; Langdon, Peter E. (2023): Psychological therapies for people with intellectual disabilities: An updated systematic review and meta-analysis. In: *Comprehensive psychiatry* 122, S. 152372. DOI: 10.1016/j.comppsych.2023.152372.

Testerink, Gemma; Brug, Annet ten; Douma, Gerdine; van der Putten, Annette (2023): Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. In: *International journal of nursing studies advances* 5, S. 100152. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2023.100152.

Thalen, Marloes; Volkers, Karin M.; van Oorsouw, Wietske M. W. J.; Embregts, Petri J. C. M. (2022): Psychosocial interventions for older people with intellectual disabilities and the role of support staff: A systematic review. In: *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 35 (2), S. 312–337. DOI: 10.1111/jar.12953.

Theunissen, Georg (2019): Umgang mit schwerwiegendem herausforderndem Verhalten bei Erwachsenen mit komplexen Behinderungen. In: *Teilhabe* 58 (4), 154–160.

Theunissen, Georg (2021): Autismus und herausforderndes Verhalten. Praxisleitfaden Positive Verhaltensunterstützung. 4. aktualisierte und durchesene Auflage. Freiburg: Lambertus-Verlag. Online verfügbar unter https://content-select.com/de/portal/media/view/6034cdb2-0228-4668-b5da-5f49b0dd2d03.

Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram (2019): Menschen mit geistiger oder mehrfach Behinderung und sogenannten herausfordernden Verhaltensweisen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg. Ergebnisbericht. KVJS-Forschung. Stuttgart.

Trescher, Hendrik (2017): Wohnräume als pädagogische Herausforderung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Tyrer, P.; Tarabi, S. A.; Bassett, P.; Liedtka, N.; Hall, R.; Nagar, J. et al. (2017): Nidotherapy compared with enhanced care programme approach training for adults with aggressive challenging behaviour and intellectual disability (NIDABID): cluster-randomised controlled trial. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 61 (6), S. 521–531. DOI: 10.1111/jir.12360.

Tyrer, Peter; Oliver-Africano, Patricia C.; Ahmed, Zed; Bouras, Nick; Cooray, Sherva; Deb, Shoumitro et al. (2008): Risperidone, haloperidol, and placebo in the treatment of aggressive challenging behaviour in patients with intellectual disability: a randomised controlled trial. In: *Lancet* 371 (9606), S. 57–63. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60072-0.

Wehmeyer, Meike; Schweitzer, Jochen; Nagy, Ede; Gaese, Franziska; Nicolai, Elisabeth (2021): Erwachsene mit Intelligenzminderung und psychischer Störung respektive problematischem Verhalten: Systemrelevante Strategien zur Reduktion aggressiver Eskalationen. In: *Psychiatr Prax* 48 (2), S. 73–78. DOI: 10.1055/a-1200-6205.

14.3 Psychosoziale Therapien im höheren Lebensalter

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autor:innen: Prof. Dr. Vjera A. Holthoff & Prof. Dr. Hans Gutzmann

Bedeutung

Demenz und Depression sind die häufigsten psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters. Es liegen bislang noch zu wenige randomisiert-kontrollierte Studien bei alten Menschen mit diesen Erkrankungen vor, die der Frage nachgehen, ob durch Interventionen im sozialen Umfeld oder durch eine Veränderung der Interaktion der Erkrankten mit ihrem Umfeld ein therapeutischer Einfluss auf die Symptome und den Erkrankungsverlauf gelingen kann. Dafür dürften nicht zuletzt methodische Gründe ausschlaggebend sein. Studiendesigns stellen eine komplexe Herausforderung dar, da sowohl bei Menschen mit Demenz als auch bei an einer Depression Erkrankten im höheren Lebensalter mit sehr unterschiedlichen Profilen kognitiver und affektiver Beeinträchtigung, somatischer Komorbidität (z. B. Verschlechterung der Sinneswahrnehmungen,

Schmerzen, Beeinträchtigungen des Allgemeinzustandes), sowie mit Besonderheiten des Wohnumfelds (häusliches Setting, Wohngemeinschaft, stationäre Pflegeeinrichtung) zu rechnen ist (Cohen-Mansfield et al. 2014). Zudem bedarf es der Entwicklung von Instrumentarien, die den Erfolg nichtmedikamentöser Interventionen zielgenauer abbilden (Øksnebjerg et al. 2018). Durch soziotherapeutische Interventionen kann im Kontext von Alter, Demenz und Depression eine Fokussierung auf die Intensivierung der Selbstwahrnehmung, Förderung der sozialen Interaktion und das Erleben von individueller Selbstwirksamkeit durch die Anwendung individueller Ressourcen gelingen. Eine aktuelle europäische Studie weist darauf hin, dass es auch das ist, was sich Menschen mit Demenz selber wünschen (Ziebuhr et al. 2023). Die Aufgabe der Therapeut:innen besteht bei Menschen mit Demenz darin Therapien zu individualisieren, indem sie zentrale Faktoren wie vergangene soziale Rollen, aktuell präsente lebensgeschichtliche Erfahrungen sowie für den Betroffenen wichtige biographische Themen in den Fokus der Behandlung zu stellen. Eine höhere Suizidgefahr konnte bei Menschen mit Demenz im ersten Jahr nach Diagnose nachgewisen werden (Schmutte et al. 2022). Auch die Behandlung der Depression bei älteren Menschen muss auf die spezifischen Bedürfnisse und Einbußen der Erkrankten zugeschnitten sein und erfordert daher auch ein multiprofessionelles Behandlungssystem, das sich am individuellen Lebensumfeld orientiert und die Option der aufsuchenden Intervention systematisch vorhält (Klug et al. 2019). Im höheren Lebensalter sind affektive Erkrankungen gleichermaßen häufig mit kognitiven Einbußen und somatischen Erkrankungen verbunden und bergen neben dem hohen Risiko des Verlustes von Selbständigkeit auch die Gefahr einer erhöhten Mortalität (Beghi et al. 2021).

Evidenz

Evidenz zu psychosozialen Interventionen und Therapien in der Demenzbehandlung

Die **fehlende Standardisierung von Interventionen und die Vielfalt von Behandlungsansätzen** erschwert eine Beurteilung der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen. Daher beschränkt sich die S3-Leitlinie Demenzen- Living Guideline (gültig bis 28.11.2024; https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013) für die Behandlung von psychischen und Verhaltensproblemen allein auf Handlungsempfehlungen hinsichtlich Kognition, Depressionen und Agitiertheit. Zur Dysphagie und Mangelernährung wird im Abschnitt „Geriatrie" Stellung genommen. Keine Empfehlungen werden von der aktuellen S3-Leitlinie dagegen ausgesprochen für häufige Probleme wie Angst, Apathie, Schlafstörungen, Wandern, Vokalisationen, sowie Abwehrverhalten bei der Pflege. Ebenso liegt nach Einschätzung der S3-Leitlinie keine ausreichende Evidenz für Wirksamkeit von technischen Unterstützungssystemen (Roboter, Sensoren) in der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz vor. Angesichts des Fehlens von Studien zu anderen technischen Unterstützungssystemen, sowie des Fehlens verwertbarer Ergebnisse zu den Endpunkten Appetit und Wandering und der niedrigen Qualität der Evidenz hinsichtlich der Endpunkte Angst, Apathie und Schlafstörungen weist die S3 Leitlinie auf einen zukünftigen Forschungsbedarf hin. Auch ohne dezidierte Leitlinienempfehlungen sollen im Folgenden für im Pflegealltag oft auftretende herausfordernde Situationen Hinweise aus der aktuellen Literatur ergänzend vorgestellt werden.

Die stärksten Empfehlungen (⇑⇑ stark dafür (A)) werden von der S3-Leitlinie für **Bewegungstherapie und körperliches Training** (Krafttraining und/oder aerobes Training) gegeben, sowohl hinsichtlich der Behandlung von depressiven Störungen (Watt et al. 2021) wie auch bezogen auf die Verbesserung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Zhou et al. 2022). Gleichstark fällt die Empfehlung für kognitive Verhaltenstherapie als psychotherapeutisches Verfahren in der Behandlung von Depressionssymptomen bei leichter Demenz aus.

Kognitive Stimulations- und Trainingsverfahren bei Menschen mit leichter und moderater Demenz, die gezielt Gedächtnisinhalte, Problemlösefähigkeit, verbale Kommunikation und kreative Aktivitäten aktivieren, können nachhaltige Effekte zeigen (Cafferata et al. 2021; Woods et al. 2012), insbesondere wenn sie vertraute Fähigkeiten aktivieren, die den Patienten aus dem Alltag bekannt sind (Orrell et al. 2017). Dem Begriff Training kommt bei der Demenz eine spezifische Bedeutung zu: auch Demenzerkrankte können mit Aussicht auf Erfolg trainieren, da das prozedurale Gedächtnis sehr viel länger und besser erhalten bleibt als das deklarative. Allerdings sollte das Üben im Alltag stattfinden und an den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der individuellen Lebensrealität orientiert sein. Die S3-Leitlinie gibt jeweils eine schwache Empfehlung für kognitives Training und kognitive Stimulation bei Personen mit leichter und mittelschwerer Demenz zur Verbesserung der Kognition (⇑ schwach dafür (B)). Während der Effekt von kognitiv stimulierenden Verfahren auf Verhaltensparameter auch noch nach wenigen Monaten nachweisbar sein kann (Bahar-Fuchs et al. 2019), sollte auf ein kognitives Training im engeren Sinne im Fortschreiten des Demenzprozesses verzichtet werden. Von selbst durchgeführten, computerbasierten kognitiven Trainingsprogrammen für Menschen mit Demenz, wie sie vermehrt in letzter Zeit angeboten werden, rät die S3-Leitlinie ab (⇓ schwach dagegen (B)).

Neben einer kognitiven Stimulation können Patient:innen auch von der **Anregung zur Kommunikation und sozialen Interaktion** profitieren (Woods et al. 2012). Die Aktivierung von Reminiszenzen kann bei allen Erkrankungsgraden klinisch nutzbare und auch nachhaltige, wenn auch begrenzte, Effekte erzeugen (Pinquart und Forstmeier 2012), dies gilt besonders bei begleitenden Depressionssymptomen (⇑ schwach dafür (B)). Bei der Reminiszenztherapie werden Menschen mit Demenz, auch unter zur Hilfenahme von Erinnerungshilfen wie Gegenständen, Musikstücken und Fotos, ermutigt, sich an Vergangenes zu erinnern, darüber zu sprechen und eine Chronologie ihrer Erinnerungen herzustellen. In einer Metaanalyse über vier sehr heterogene Studien zeigte sich im Follow-up ein Effekt auf Stimmung und Kognition sowie auf lebensqualitätsbezogene Faktoren (Woods et al. 2018).

Individualisierte Ergotherapie führt bei Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz unter Einbezug der Bezugspersonen (Thinnes und Padilla 2011) zum Erhalt von Alltagsfunktionen, indem die Handlungsfähigkeit im individuellen Alltag geübt und gestärkt wird (Braz de Oliveira et al. 2023; Forbes et al. 2015; Graff et al. 2006; Graff et al. 2007; Voigt-Radloff et al. 2011; Gitlin et al. 2010). Darüber hinaus können ergotherapeutische Strategien negative Verhaltensveränderungen reduzieren (Möhler et al. 2020) und die Belastung der Angehörigen minimieren sowie deren Lebensqualität und Stimmung verbessern (Martínez-Campos et al. 2022; Dooley und Hinojosa 2004; Gitlin et al. 2005). Über den gesamten Erkrankungsverlauf zeigt sich die Bedeutung von Schulungen für Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld. Die S3-Leitlinie empfiehlt nachdrücklich (⇑⇑ stark dafür (A)), Angehörigen von Demenzerkrankten bereits bei leichter Depression oder bei Anpassungsstörung kognitive Verhaltenstherapie oder Verhaltensaktivierung oder eine Multikomponenten-Intervention in Kombination mit Beratung anzubieten. Der Effekt einer Psychotherapie bei Patient:innen mit sehr früher Demenzerkrankungen und einem nahem Angehörigen im Gruppentherapiesetting konnte eine signifikante Reduktion depressiver Symptomatik und eine Verbesserung der Lebensqualität bewirken (Logsdon et al. 2010). Die Therapie bestand aus einem personen-zentrierten Ansatz mit multiplen Komponenten und gemeinsamen oder getrennten Sitzungen von Patient:innen und Angehörigen. Im Mittelpunkt stand jeweils der Einzelne mit seiner jeweiligen Lebensgeschichte und seinem Lebensbild. Kognitiv-behaviorale

Interventionen konnten einen signifikanten Effekt auf Angst bei Menschen mit Demenz bewirken (Orgeta et al. 2022; Stanley et al. 2013; Spector et al. 2015).

Eine Analyse der gegenwärtig zur Verfügung stehenden Studien zur **Tanztherapie** konnte einen antidepressiven Effekt in den Interventionsgruppen nachweisen, allerdings liegen gegenwärtig jedoch noch zu wenige Studien dazu vor (Prudente et al. 2024).

Musiktherapie berührt Emotionalität und Kreativität und regt eine nonverbale und verbale Interaktion und Kommunikation mit den Patienten an (van der Steen et al. 2018). Sie zielt auf die Stärkung der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration und aktiven Gestaltung sowie auf die Stimulation visueller, auditiver und taktiler Wahrnehmung und gilt als eine der effektivsten Interventionen zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz (Abraha et al. 2017). Die S3 Leitlinie spricht sich bei agitiertem Verhalten nachdrücklich für eine personalisierte Aktivierung oder Musiktherapie oder Berührungstherapie aus (⇑⇑ stark dafür (A)). Ein Gruppensetting fördert darüber hinaus die soziale Interaktion zwischen den Patient:innen.

In der psychosozialen Behandlung von Menschen mit fortgeschrittener Demenz spielen **sensorische Verfahren** eine bedeutende Rolle (Leng et al. 2020). Bei der multisensorischen Stimulation, als Therapieverfahren „Snoezelen" genannt, werden biographiebezogene Stimuli gezielt zur Verarbeitung von Sinneseindrücken (taktil, vestibulär, propriozeptiv, visuell, akustisch, olfaktorisch) in entspannter Atmosphäre vermittelt. Snoezelen kann innere Ruhe, Freude und Aktivität befördern und somit Apathie entgegenwirken (Chung et al. 2002; van Weert et al. 2005). Bei Schläfrigkeit tagsüber und bei Schlafstörungen kann eine ausgeprägte Tagesstrukturierung mit sozialen und motorischen Aktivitäten in der ersten Tageshälfte eine nachhaltige Akzentverschiebung zugunsten eines erholsamen Nachtschlafes bewirken (Wilfling et al. 2023; Richards et al. 2005).

Studien legen nahe, dass **körperliche Aktivierung** einen positiven Effekt auf kognitive Funktionen, Alltagsfunktionen (Forbes et al. 2015), psychische und Verhaltenssymptome (Holthoff et al. 2015) sowie auf Beweglichkeit und Balance (Toulotte et al. 2003) haben kann. Spezifisches körperliches Training bei Demenzerkrankten kann die Fähigkeit zur geteilten Aufmerksamkeitsleistung steigern und damit auch die Sturzgefahr bei Demenz mindern (Chan et al. 2015; Kemoun et al. 2010; Schwenk et al. 2010). Die S3-Leitlinie gibt für Bewegungstherapie, bevorzugt als Angebot in Gruppen, eine starke Empfehlung ab (⇑⇑ stark dafür (A)). Bei psychomotorischer Unruhe, wie dem sogenannten „Wanderverhalten" bei Demenzerkrankten in der stationären Pflege, weisen Untersuchungen darauf hin, dass Spaziergänge nicht nur die Unruhe, sondern auch die Agitation sowie depressive Symptomatik reduzieren können (Cohen-Mansfield 2001). In der Praxis der stationären Altenpflege stehen sich in dieser Frage oft das Bewegungsbedürfnis der Menschen mit Demenz und das Sicherungsbedürfnis der Institutionen gegenüber (van Liempd et al. 2023). Von Bedeutung scheint besonders bei auf Bewegungsunruhe zielenden Interventionen die individuelle Orientierung zu sein (Leng et al. 2020). Bezüglich einer aktivierenden Tanztherapie spricht die S3-Leitlinie bei Depressionssymptomen bei leichter kognitiver Störung (⇑ schwach dafür (B)) eine schwache Empfehlung aus.

Schließlich sollten auch **tiergestützte Interventionen** trotz einiger ermutigender Resultate (Majić et al. 2013) noch intensiver untersucht werden, bevor eine allgemeine Empfehlung ausgesprochen werden kann (Bernabei et al. 2013). Bemerkenswert erscheint, dass bei einer Metaanalyse kein wesentlicher Unterschied zwischen tiergestützter Therapie und Robot-Pets gesichert werden konnte (Du et al. 2023).

Schließlich ist noch die **Simulated Presebce Therapy** (SPT) zu erwähnen, eine Intervention, die sich Videos oder auch nur Tonkonserven von vertrauten Familienmitgliedern zur Verhaltensmodifikation von Menschen mit Demenz bedient. Ein Cochrane Review (Abraha et al. 2020) konnte keinen überzeugenden Effekt sichern.

Evidenz zu psychosozialen Therapien in der Behandlung von Depression im Alter

Es besteht wissenschaftlicher und versorgungspraktischer Konsens, dass bei Älteren die gleichen Maßnahmen zum Erkennen und zur **Diagnosestellung depressiver Störungen** erfolgen sollen wie bei Jüngeren. Zusätzlich soll bei Älteren eine Depressionsdiagnostik regelhaft mit einem Screening auf kognitive Einschränkungen verbunden sein. Ältere mit depressiven Störungen sollen gemäß den allgemeinen schweregradspezifischen Empfehlungen zur Psychotherapie behandelt werden. Dies gilt auch für Patient:innen mit leichten kognitiven Einschränkungen.

Bei der Behandlung der Altersdepression sollten neben der evidenzbasierten Psychotherapie insbesondere auch **multiprofessionelle psychosoziale Behandlungsstrategien** einen wesentlichen Beitrag leisten (S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression 2023; gültig bis 28.09.2027; http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html). Die Befunde zu Alterspsychotherapie wurden allerdings hauptsächlich auf Basis der Untersuchung „junger" (d. h. 60 bis 80 Jahre) und selbständig lebender alter Menschen generiert, während sehr alte, kognitiv beeinträchtigte, multimorbide bzw. pflegebedürftige Menschen mit Depression bisher nur sehr selten als Patientengruppe berücksichtigt wurden (Jonsson et al. 2016). Es ist bemerkenswert, dass ältere Menschen mit depressiven Störungen Psychotherapie gegenüber pharmakologischen Interventionen präferieren (Gum et al. 2006) wobei ihre Wirksamkeit in Bezug auf Depression als der häufigsten nicht-organischen psychischen Störung im Alter metaanalytisch gut belegt ist (Cuijpers et al. 2020). Allerdings machen Multimorbidität und Immobilität für ältere Patienten oft flexiblere Versorgungsstrategien notwendig, die aufsuchende medizinische und psychosoziale Interventionen einschließen (Apóstolo et al. 2015). Es gibt bereits Evidenz für aufsuchende multiprofessionelle und sektorenübergreifende Behandlungsansätze, die im klinischen Alltag der Depressionsbehandlung im Alter erfolgreiche neue Wege aufzeigen können (Reifler und Bruce 2014; Klug et al. 2019).

Die aktuelle Literatur zu **evidenzbasierten Psychotherapien** für die Behandlung von Depressionen bei älteren Menschen deutet darauf hin, dass aktive, kompetenzbasierte Psychotherapien (kognitive Verhaltenstherapie [CBT] und Problemlösungstherapie [PST]) wirksamer sein könnten als nicht-direktive Verfahren oder unterstützende Beratung. Die PST könnte besonders wichtig sein, um spezifische Fähigkeitsdefizite auszugleichen, so etwa kognitive Beeinträchtigungen (Renn und Areán 2017). Diese umfassen typischerweise Leistungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit und der Exekutivfunktionen (Sheline et al. 2006). In kognitiv-behavioralen Therapien, die die Problemlösefähigkeit der Patienten verbessern, werden adäquate Strategien und Handlungsalternativen zur effektiven Problemlösung in den aufeinander aufbauenden Modulen trainiert, die sich sehr nahe am persönlichen sozialen und räumlichen Umfeld der Patienten orientieren (Liebel et al. 2015; Albert et al. 2016). Zusätzliche Psychotherapie als

Augmentation einer Pharmakotherapie bei Therapieresistenz (Gutzmann 2022) hat kurzfristig einen kleinen bis moderaten Effekt auf die depressive Symptomatik und die Remissionsrate, für Kognitive Verhaltenstherapie fand sich ein längerfristiger Effekt (Ijaz et al. 2018).

Interventionen, deren zentrale Komponenten **Übungs- und Trainingselemente** darstellen, fanden hinsichtlich ihrer potentiellen antidepressiven Wirksamkeit in den letzten Jahren zunehmendes wissenschaftliches Interesse. So konnte der antidepressive Effekt von Ausdauertraining mittlerweile gut belegt werden, auch gibt es Hinweise, dass Sport auch bei Patienten mit therapieresistenter Depression einen Zusatznutzen erbringen kann (Pinquart et al. 2007; Bridle et al. 2012). Allerdings kann es erheblichen Aufwand bedeuten, diese Klientel zu solchen Programmen zu bewegen, wobei Alltagsaktivitäten im Einzelfall als Einstiegsimpuls hilfreich sein können. Die individuellen Präferenzen der Teilnehmenden stellen eine wesentlich Einflussgröße für die Akzeptanz solcher Programme dar (Miller et al. 2020). Es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass regelmäßige sportliche Aktivierungsprogramme pro Woche beim älteren Menschen mit Depression eine gute Wirksamkeit entfalten und aerobe Tätigkeiten, beispielsweise Schwimmen, die besten Ergebnisse erzielten (Bigarella et al. 2022). Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass das kognitive Training bei der Depression sehr hilfreich für die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Erkrankten im Erwachsenenalter im Bereich der Exekutivfunktionen, verbalen Lernfähigkeit und des Arbeitsgedächtnisses ist, wobei diese Analysen sich nicht spezifisch auf das höhere Lebensalter konzentriert haben (Woolf et al. 2022; Mokhtari et al. 2023).

Das notwendige **klinische Management** der Altersdepression beinhaltet eine Vielzahl von Bestandteilen aus psychiatrischer Diagnostik, Klärung psychosozialer Kontextfaktoren und somatischer Komorbidität, Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und Arbeit an der Therapieadhärenz, sowie schließlich strukturell-organisatorische Maßnahmen (Gutzmann und Berghöfer 2017). Die Integration von psychosozialer Expertise (psychosoziale und medizinische Evaluierung, Tagesaktivierung, Psychoedukation) in eine multiprofessionelle und sektorübergreifende Versorgung von Patient:innen mit Altersdepression, sowie das Angebot eines stufenweisen Zugangs zu immer spezifischeren Leistungsangeboten, führte zu signifikanten klinischen Effekten auf depressive Symptome, Lebensqualität, Empowerment und Aktivitäten des täglichen Lebens (van't Veer-Tazelaar et al. 2009; Albert et al. 2016; Areán et al. 2015).

Praxis

Das Ziel der **Behandlung von Menschen mit Demenz** ist es, den Patient:innen mehr Sicherheit und das Gefühl von Selbstbefähigung und Selbstbestimmtheit zu vermitteln und im klinischen Alltag Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität zu fördern. Pflegende Angehörige stellen im klinischen Alltag eine substantielle Säule in der Therapie dar (Smits et al. 2007), etwa bei multimodalen Strategien zur Förderung von Selbständigkeit oder zum Abbau von veränderten und den Alltag erschwerenden Verhalten. Neben der Einbindung und Schulung pflegender Angehöriger haben sich als besonders wichtig folgende Wirkfaktoren herausgestellt: Individualisierung der Therapie, kurze und eindeutige Anleitungen während der Aktivität, räumliche Anpassung sowie der Einsatz von technischen Hilfen, die den spezifischen und individuellen Bedürfnissen angepasst werden (Padilla 2011).

Integraler Bestandteil einer akuten **Depressionsbehandlung im Alter** sollte eine, am individuellen Lebensumfeld orientierte und auch auf kognitive Symptome abzielende, psychosoziale Intervention sein. Auch hier ist der Bezug zur Biographie und gegenwärtigen persönlichen Situation von zentraler Bedeutung. Die Studienlage begründet die Annahme, dass eine kontinuierliche psychosoziale und medizinische Evaluierung und daraus abgeleitete Handlungsstrategien vor Ort einen signifikanten und nachhaltigen Effekt nicht nur auf die Minimierung depressiver Symptome, sondern auch auf den Grad der Behinderung bei der Depression im Alter haben.

Herausforderung

Es ist notwendig, in Deutschland ein nach Schweregraden gestuftes, ambulantes und aufsuchendes multiprofessionelles Versorgungs- und Behandlungsmodell für alte Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen vorzuhalten, das symptombasierte und funktionsorientierte Ziele gleichzeitig verfolgen kann (Holthoff-Detto et al. 2021). **Ursachen für bisher nicht genutzten Therapie- und Versorgungsoptionen** sind wahrscheinlich nicht zuletzt defizitorientierte Altersbilder sowohl seitens der Hausärzte, Psychotherapeuten wie auch der alten Patient:innen und Angehörigen selbst (Gutzmann et al. 2017). So sollten im klinischen Alltag der Behandlung der Depression im Alter auf persistierende kognitive Leistungseinbußen trotz affektiver Remission weitere therapeutische Interventionen folgen, da sie die Patient:innen einer Einbuße ihrer Alltagsaktivitäten und einer zunehmenden Abhängigkeit aussetzen können. Alle therapeutischen Interventionen sollten am persönlichen sozialen und räumlichen Umfeld der Patient:innen orientiert sein und müssen aufsuchend erfolgen können. Abschließend muss daran erinnert werden, dass sich die psychiatrische Versorgung einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen in Deutschland durch wenig Phantasie und innovativen Mut sowie durch unzureichende Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen auszeichnet (Gutzmann et al. 2017). Eine spezifische psychotherapeutische Versorgung dieses Klientels findet praktisch ebensowenig statt, wie eine systematische Nutzung wenigstens derjenigen soziotherapeutischen Interventionen, für die befriedigende bis gute Evidenzen vorliegen.

Literaturverzeichnis

Abraha, Iosief; Rimland, Joseph M.; Lozano-Montoya, Isabel; Dell'Aquila, Giuseppina; Vélez-Díaz-Pallarés, Manuel; Trotta, Fabiana M. et al. (2020): Simulated presence therapy for dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 4 (4), CD011882. DOI: 10.1002/14651858.CD011882.pub3.

Abraha, Iosief; Rimland, Joseph M.; Trotta, Fabiana Mirella; Dell'Aquila, Giuseppina; Cruz-Jentoft, Alfonso; Petrovic, Mirko et al. (2017): Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. In: *BMJ open* 7 (3), S. e012759. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012759.

Albert, Steven M.; King, Jennifer; Dew, Mary Amanda; Begley, Amy; Anderson, Stewart; Karp, Jordan et al. (2016): Design and Recruitment for a Randomized Controlled Trial of Problem-Solving Therapy to Prevent Depression among Older Adults with Need for Supportive Services. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 24 (1), S. 94–102. DOI: 10.1016/j.jagp.2015.11.003.

Apóstolo, João; Queirós, Paulo; Rodrigues, Manuel; Castro, Inês; Cardoso, Daniela (2015): The effectiveness of nonpharmacological interventions in older adults with depressive disorders: a systematic review. In: *JBI database of systematic reviews and implementation reports* 13 (6), S. 220–278. DOI: 10.11124/jbisrir-2015-1718.

Areán, Patricia A.; Raue, Patrick J.; McCulloch, Charles; Kanellopoulos, Dora; Seirup, Joanna K.; Banerjee, Samprit et al. (2015): Effects of Problem-Solving Therapy and Clinical Case Management on Disability in Low-Income Older Adults. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 23 (12), S. 1307–1314. DOI: 10.1016/j.jagp.2015.04.005.

Bahar-Fuchs, Alex; Martyr, Anthony; Goh, Anita My; Sabates, Julieta; Clare, Linda (2019): Cognitive training for people with mild to moderate dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (3), CD013069. DOI: 10.1002/14651858.CD013069.pub2.

Beghi, Massimiliano; Butera, Elisa; Cerri, Cesare Giuseppe; Cornaggia, Cesare Maria; Febbo, Francesca; Mollica, Anita et al. (2021): Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. In: *Neuroscience and biobehavioral reviews* 127, S. 193–211. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.04.011.

Bernabei, V.; Ronchi, D. de; La Ferla, T.; Moretti, F.; Tonelli, L.; Ferrari, B. et al. (2013): Animal-assisted interventions for elderly patients affected by dementia or psychiatric disorders: a review. In: *J Psychiatr Res* 47 (6), S. 762–773. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.12.014.

Bigarella, Lucas Goldmann; Ballotin, Vinicius Remus; Mazurkiewicz, Lucas Ferrazza; Ballardin, Ana Carolina; Rech, Dener Lizot; Bigarella, Roberto Luis; Da Selistre, Luciano Silva (2022): Exercise for depression and depressive symptoms in older adults: an umbrella review of systematic reviews and Meta-analyses. In: *Aging & mental health* 26 (8), S. 1503–1513. DOI: 10.1080/13607863.2021.1951660.

Braz de Oliveira, Marcos Paulo; Moreira Padovez, Roberta de Fátima Carreira; Da Serrão, Paula Regina Mendes Silva; Noronha, Marcos Amaral de; Cezar, Natália Oiring de Castro; Andrade, Larissa Pires de (2023): Effectiveness of physical exercise at improving functional capacity in older adults living with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. In: *Disability and rehabilitation* 45 (3), S. 391–402. DOI: 10.1080/09638288.2022.2037744.

Bridle, Christopher; Spanjers, Kathleen; Patel, Shilpa; Atherton, Nicola M.; Lamb, Sarah E. (2012): Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: *Br J Psychiatry* 201 (3), S. 180–185. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.095174.

Cafferata, Robin M. T.; Hicks, Ben; Bastian, Claudia C. von (2021): Effectiveness of cognitive stimulation for dementia: A systematic review and meta-analysis. In: *Psychological bulletin* 147 (5), S. 455–476. DOI: 10.1037/bul0000325.

Chan, Wai Chi; Yeung, Jerry Wing Fai; Wong, Corine Sau Man; Lam, Linda Chiu Wa; Chung, Ka Fai; Luk, James Ka Hay et al. (2015): Efficacy of physical exercise in preventing falls in older adults with cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 16 (2), S. 149–154. DOI: 10.1016/j.jamda.2014.08.007.

Chung, J. C.; Lai, C. K.; Chung, P. M.; French, H. P. (2002): Snoezelen for dementia. In: *Cochrane Database Syst Rev* (4), S. CD003152. DOI: 10.1002/14651858.CD003152.

Cohen-Mansfield, J. (2001): Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 9 (4), S. 361–381.

Cohen-Mansfield, Jiska; Buckwalter, Kathleen; Beattie, Elizabeth; Rose, Karen; Neville, Christine; Kolanowski, Ann (2014): Expanded review criteria: the case of nonpharmacological interventions in dementia. In: *Journal of Alzheimer's disease : JAD* 41 (1), S. 15–28. DOI: 10.3233/JAD-132357.

Cuijpers, Pim; Karyotaki, Eirini; Eckshtain, Dikla; Ng, Mei Yi; Corteselli, Katherine A.; Noma, Hisashi et al. (2020): Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. In: *JAMA psychiatry* 77 (7), S. 694–702. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.0164.

Dooley, Nancy Robert; Hinojosa, Jim (2004): Improving quality of life for persons with Alzheimer's disease and their family caregivers: brief occupational therapy intervention. In: *Am J Occup Ther* 58 (5), S. 561–569.

Du, Hongdi; Bo, Lin; Lai, Xiaoxing; Zhu, Hongwei; Huo, Xiaopeng (2023): Network meta-analysis of comparative efficacy of animal-assisted therapy vs. pet-robot therapy in the management of dementia. In: *Frontiers in aging neuroscience* 15, S. 1095996. DOI: 10.3389/fnagi.2023.1095996.

Forbes, Dorothy; Forbes, Scott C.; Blake, Catherine M.; Thiessen, Emily J.; Forbes, Sean (2015): Exercise programs for people with dementia. In: *Cochrane Database Syst Rev* (4), S. CD006489. DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub4.

Gitlin, Laura N.; Hauck, Walter W.; Dennis, Marie P.; Winter, Laraine (2005): Maintenance of effects of the home environmental skill-building program for family caregivers and individuals with Alzheimer's disease and related disorders. In: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 60 (3), S. 368–374.

Gitlin, Laura N.; Winter, Laraine; Dennis, Marie P.; Hodgson, Nancy; Hauck, Walter W. (2010): Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (8), S. 1465–1474. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2010.02971.x.

Graff, Maud J. L.; Vernooij-Dassen, Myrra J. M.; Thijssen, Marjolein; Dekker, Joost; Hoefnagels, Willibrord H. L.; Olderikkert, Marcel G. M. (2007): Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. In: *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 62 (9), S. 1002–1009.

Graff, Maud J. L.; Vernooij-Dassen, Myrra J. M.; Thijssen, Marjolein; Dekker, Joost; Hoefnagels, Willibrord H. L.; Rikkert, Marcel G M Olde (2006): Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 333 (7580), S. 1196. DOI: 10.1136/bmj.39001.688843.BE.

Gum, Amber M.; Areán, Patricia A.; Hunkeler, Enid; Tang, Lingqi; Katon, Wayne; Hitchcock, Polly et al. (2006): Depression treatment preferences in older primary care patients. In:*The Gerontologist* 46 (1), S. 14–22. DOI: 10.1093/geront/46.1.14.

Gutzmann, H.; Schäufele, M.; Kessler, E-M; Rapp, M. (2017): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K; Kuhlmey, A; Greß, S; Klauber, J; Schwinger, A (Hrsg): Pflegereport 2017. Stuttgart: Schattauer: S. 107-117.

Gutzmann, Hans (2022): Therapieresistenz aus gerontopsychiatrischer Perspektive. In: Michael Bauer, Anne Berghöfer, Eva-Lotta Brakemeier und Mazda Adli (Hg.): Therapieresistenz bei Depressionen und bipolaren Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 533–550.

Gutzmann, Hans; Berghöfer, Anne (2017): Klinisches Management. In: Andreas Fellgiebel und Martin Hautzinger (Hg.): Altersdepression. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 69–80.

Holthoff, Vjera A.; Marschner, Kira; Scharf, Maria; Steding, Julius; Meyer, Shirin; Koch, Rainer; Donix, Markus (2015): Effects of physical activity training in patients with Alzheimer's dementia: results of a pilot RCT study. In: *PLoS One* 10 (4), S. e0121478. DOI: 10.1371/journal.pone.0121478.

Holthoff-Detto, Vjera; Nienaber, André; Bötel, Nora; Rapp, Michael (2021): Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter – eine Positionsbestimmung. In:*Der Nervenarzt* 92 (9), S. 948–954. DOI: 10.1007/s00115-021-01150-9.

Ijaz, Sharea; Davies, Philippa; Williams, Catherine J.; Kessler, David; Lewis, Glyn; Wiles, Nicola (2018): Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 5 (5), CD010558. DOI: 10.1002/14651858.CD010558.pub2.

Jonsson, Ulf; Bertilsson, Göran; Allard, Per; Gyllensvärd, Harald; Söderlund, Anne; Tham, Anne; Andersson, Gerhard (2016): Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. In: *PLoS One* 11 (8), S. e0160859. DOI: 10.1371/journal.pone.0160859.

Kemoun, Gilles; Thibaud, Marie; Roumagne, Nicolas; Carette, Pierre; Albinet, Cedric; Toussaint, Lucette et al. (2010): Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. In: *Dementia and geriatric cognitive disorders* 29 (2), S. 109–114. DOI: 10.1159/000272435.

Klug, Günter; Gallunder, Manuela; Hermann, Gerhard; Singer, Monika; Schulter, Günter (2019): Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies. In:*BMC psychiatry* 19 (1), S. 382. DOI: 10.1186/s12888-019-2369-z.

Leng, Minmin; Zhao, Yajie; Wang, Zhiwen (2020): Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. In: *Int J Nurs Stud* 102, S. 103489. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103489.

Liebel, Dianne V.; Powers, Bethel Ann; Hauenstein, Emily J. (2015): Home health care nurse interactions with homebound geriatric patients with depression and disability. In: *Res Gerontol Nurs* 8 (3), S. 130–139.

Logsdon, Rebecca G.; Pike, Kenneth C.; McCurry, Susan M.; Hunter, Patricia; Maher, Joanne; Snyder, Lisa; Teri, Linda (2010): Early-stage memory loss support groups: outcomes from a randomized controlled clinical trial. In: *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 65 (6), S. 691–697. DOI: 10.1093/geronb/gbq054.

Majić, Tomislav; Gutzmann, Hans; Heinz, Andreas; Lang, Undine E.; Rapp, Michael A. (2013): Animal-assisted therapy and agitation and depression in nursing home residents with dementia: a matched case-control trial. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 21 (11), S. 1052–1059. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.03.004.

Martínez-Campos, Alberto; Compañ-Gabucio, Laura-María; Torres-Collado, Laura; La Garcia-de Hera, Manuela (2022): Occupational Therapy Interventions for Dementia Caregivers: Scoping Review. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 10 (9). DOI: 10.3390/healthcare10091764.

Miller, Kyle J.; Gonçalves-Bradley, Daniela C.; Areerob, Pinyadapat; Hennessy, Declan; Mesagno, Christopher; Grace, Fergal (2020): Comparative effectiveness of three exercise types to treat clinical depression in older adults: A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. In: *Ageing Res Rev* 58, S. 100999. DOI: 10.1016/j.arr.2019.100999.

Möhler, Ralph; Renom, Anna; Renom, Helena; Meyer, Gabriele (2020): Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 8 (8), CD010515. DOI: 10.1002/14651858.CD010515.pub2.

Mokhtari, Saba; Mokhtari, Asieh; Bakizadeh, Farah; Moradi, Alireza; Shalbafan, Mohammadreza (2023): Cognitive rehabilitation for improving cognitive functions and reducing the severity of depressive symptoms in adult patients with Major Depressive Disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. In: *BMC psychiatry* 23 (1), S. 77. DOI: 10.1186/s12888-023-04554-w.

Øksnebjerg, Laila; Diaz-Ponce, Ana; Gove, Dianne; Moniz-Cook, Esme; Mountain, Gail; Chattat, Rabih; Woods, Bob (2018): Towards capturing meaningful outcomes for people with dementia in psychosocial intervention research: A pan-European consultation. In: *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 21 (6), S. 1056–1065. DOI: 10.1111/hex.12799.

Orgeta, Vasiliki; Leung, Phuong; Del-Pino-Casado, Rafael; Qazi, Afifa; Orrell, Martin; Spector, Aimee E.; Methley, Abigail M. (2022): Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 4 (4), CD009125. DOI: 10.1002/14651858.CD009125.pub3.

Orrell, Martin; Yates, Lauren; Leung, Phuong; Kang, Sujin; Hoare, Zoe; Whitaker, Chris et al. (2017): The impact of individual Cognitive Stimulation Therapy (iCST) on cognition, quality of life, caregiver health, and family relationships in dementia: A randomised controlled trial. In: *PLoS medicine* 14 (3), S. e1002269. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002269.

Padilla, René (2011): Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. In: *Am J Occup Ther* 65 (5), S. 523–531.

Pinquart, M.; Duberstein, P. R.; Lyness, J. M. (2007): Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. In: *Aging Ment Health* 11 (6), S. 645–657. DOI: 10.1080/13607860701529635.

Pinquart, Martin; Forstmeier, Simon (2012): Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: a meta-analysis. In: *Aging Ment Health* 16 (5), S. 541–558. DOI: 10.1080/13607863.2011.651434.

Prudente, Tiago Paiva; Mezaiko, Eleazar; Silveira, Erika Aparecida; Nogueira, Túlio Eduardo (2024): Effect of Dancing Interventions on Depression and Anxiety Symptoms in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)* 14 (1). DOI: 10.3390/bs14010043.

Reifler, Burton V.; Bruce, Martha L. (2014): Home-based mental health services for older adults: a review of ten model programs. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 22 (3), S. 241–247. DOI: 10.1016/j.jagp.2012.12.002.

Renn, Brenna N.; Areán, Patricia A. (2017): Psychosocial Treatment Options for Major Depressive Disorder in Older Adults. In: *Current treatment options in psychiatry* 4 (1), S. 1–12. DOI: 10.1007/s40501-017-0100-6.

Richards, Kathy Culpepper; Beck, Cornelia; O'Sullivan, Patricia S.; Shue, Valorie M. (2005): Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia. In: *J Am Geriatr Soc* 53 (9), S. 1510–1517. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53460.x.

Schmutte, Timothy; Olfson, Mark; Maust, Donovan T.; Xie, Ming; Marcus, Steven C. (2022): Suicide risk in first year after dementia diagnosis in older adults. In: *Alzheimer's & dementia : the journal of the Alzheimer's Association* 18 (2), S. 262–271. DOI: 10.1002/alz.12390.

Schwenk, Michael; Zieschang, Tania; Oster, Peter; Hauer, Klaus (2010): Dual-task performances can be improved in patients with dementia: a randomized controlled trial. In: *Neurology* 74 (24), S. 1961–1968. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e39696.

Sheline, Yvette I.; Barch, Deanna M.; Garcia, Keith; Gersing, Kenneth; Pieper, Carl; Welsh-Bohmer, Kathleen et al. (2006): Cognitive function in late life depression: relationships to depression severity, cerebrovascular risk factors and processing speed. In: *Biol Psychiatry* 60 (1), S. 58–65. DOI: 10.1016/j.biopsych.2005.09.019.

Smits, Carolien H. M.; Lange, Jacomine de; Droes, Rose-Marie; Meiland, Franka; Vernooij-Dassen, Myrra; Pot, Anne Margriet (2007): Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: a systematic review. In:*Int J Geriatr Psychiatry* 22 (12), S. 1181–1193. DOI: 10.1002/gps.1805.

Spector, Aimee; Charlesworth, Georgina; King, Michael; Lattimer, Miles; Sadek, Susan; Marston, Louise et al. (2015): Cognitive-behavioural therapy for anxiety in dementia: pilot randomised controlled trial. In: *Br J Psychiatry* 206 (6), S. 509–516. DOI: 10.1192/bjp.bp.113.140087.

Stanley, Melinda A.; Calleo, Jessica; Bush, Amber L.; Wilson, Nancy; Snow, A. Lynn; Kraus-Schuman, Cynthia et al. (2013): The peaceful mind program: a pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with dementia. In: *Am J Geriatr Psychiatry* 21 (7), S. 696–708. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.01.007.

Thinnes, Andrea; Padilla, René (2011): Effect of educational and supportive strategies on the ability of caregivers of people with dementia to maintain participation in that role. In:*Am J Occup Ther* 65 (5), S. 541–549.

Toulotte, Claire; Fabre, Claudine; Dangremont, Bénédicte; Lensel, Ghislaine; Thévenon, André (2003): Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. In: *Age Ageing* 32 (1), S. 67–73.

van der Steen, Jenny T.; Smaling, Hanneke Ja; van der Wouden, Johannes C.; Bruinsma, Manon S.; Scholten, Rob Jpm; Vink, Annemiek C. (2018): Music-based therapeutic interventions for people with dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 7 (7), CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub4.

van Liempd, Suzan; Verbiest, Marjolein; Stoop, Annerieke; Luijkx, Katrien (2023): Influence of Freedom of Movement on the Health of People With Dementia: A Systematic Review. In: *The Gerontologist* 63 (8), S. 1351–1364. DOI: 10.1093/geront/gnac114.

van Weert, Julia C. M.; van Dulmen, Alexandra M.; Spreeuwenberg, Peter M. M.; Ribbe, Miel W.; Bensing, Jozien M. (2005): Behavioral and mood effects of snoezelen integrated into 24-hour dementia care. In: *J Am Geriatr Soc* 53 (1), S. 24–33. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53006.x.

van't Veer-Tazelaar, Petronella J.; van Marwijk, Harm W J; van Oppen, Patricia; van Hout, Hein P J; van der Horst, Henriëtte E; Cuijpers, Pim et al. (2009): Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. In: *Arch Gen Psychiatry* 66 (3), S. 297–304. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.555.

Voigt-Radloff, Sebastian; Graff, Maud; Leonhart, Rainer; Schornstein, Katrin; Jessen, Frank; Bohlken, Jens et al. (2011): A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. In:*BMJ open* 1 (1), S. e000096. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000096.

Watt, Jennifer A.; Goodarzi, Zahra; Veroniki, Areti Angeliki; Nincic, Vera; Khan, Paul A.; Ghassemi, Marco et al. (2021): Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 372, n532. DOI: 10.1136/bmj.n532.

Wilfling, Denise; Calo, Stella; Dichter, Martin N.; Meyer, Gabriele; Möhler, Ralph; Köpke, Sascha (2023): Non-pharmacological interventions for sleep disturbances in people with dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 1 (1), CD011881. DOI: 10.1002/14651858.CD011881.pub2.

Woods, Bob; Aguirre, Elisa; Spector, Aimee E.; Orrell, Martin (2012): Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. In: *Cochrane Database Syst Rev* (2), S. CD005562. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub2.

Woods, Bob; O'Philbin, Laura; Farrell, Emma M.; Spector, Aimee E.; Orrell, Martin (2018): Reminiscence therapy for dementia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 3 (3), CD001120. DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub3.

Woolf, C.; Lampit, A.; Shahnawaz, Z.; Sabates, J.; Norrie, L. M.; Burke, D. et al. (2022): A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive Training in Adults with Major Depressive Disorder. In: *Neuropsychology review* 32 (2), S. 419–437. DOI: 10.1007/s11065-021-09487-3.

Zhou, Shengwen; Chen, Sitong; Liu, Xiaolei; Zhang, Yanjie; Zhao, Mengxian; Li, Wenjiao (2022): Physical Activity Improves Cognition and Activities of Daily Living in Adults with Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (3). DOI: 10.3390/ijerph19031216.

Ziebuhr, Berit; Zanasi, Michele; Bueno Aguado, Yolanda; Losada Durán, Raquel; Dening, Tom; Tournier, Isabelle et al. (2023): Living Well with Dementia: Feeling Empowered through Interaction with Their Social Environment. In: *International journal of environmental research and public health* 20 (12). DOI: 10.3390/ijerph20126080.

14.4 Die Bedeutung interkultureller Aspekte in Psychiatrie und Psychotherapie

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autor:innen: Prof. Dr. Eckhardt Koch, Prof. Dr. Meryam Schouler-Ocak & Prof. Dr. Iris Tatjana Graef-Calliess

Bedeutung

Laut Statistischem Bundesamt (2024) belief sich der Anteil der Ende 2023 in Deutschland lebenden **Personen mit Migrationsgeschichte** auf 29,7 Prozent der Gesamtbevölkerung und umfasste 24,9 Millionen Menschen (Mediendienst Integration 2024). Der Anteil der Deutschen mit Migrationsgeschichte entsprach mit 14,8 Prozent dem Ausländeranteil (14,9 %). Bei Kindern und Jugendlichen (bis 20 Jahre) liegt ihr Anteil höher, bei 42,2 Prozent.

Bislang wurde meist der **Begriff Migrationshintergrund** genutzt. Dieser schloss Personen ein, die entweder selbst außerhalb von Deutschland geboren waren oder die mindestens ein Elternteil hatten, auf welches dies zutraf. Die von der Bundesregierung eingesetzte Fachkommission Integrationsfähigkeit (IF) sowie die Integrationsministerkonferenz (IntMK) empfehlen, diesen Begriff nicht mehr zu nutzen. Die Fachkommission IF rät, für die statistische Erfassung vorerst die Bezeichnung „Menschen mit Einwanderungsgeschichte und deren direkte Nachkommen" zu verwenden. Die IntMK möchte terminologisch künftig von „Menschen mit Migrationsgeschichte" sprechen. Kritikpunkte am Begriff Migrationshintergrund sind die Subsummierung äußerst heterogener individueller Erfahrungen unter einem globalen Sammelbegriff und die künstliche Migrantisierung von Personen, die selbst in Deutschland geboren wurden und somit keine persönliche Migrationserfahrung gemacht haben. Die Kritik geht auch dahin, dass das Kriterium Migrationshintergrund die „Diskriminierungsdimensionen Rassifizierung und Klassismus" maskieren könne (Will 2022). Die Debatte um mögliche Alternativbezeichnungen ist im Gange.

Von den **24,9 Millionen Menschen mit Migrationsgeschichte**:

- haben rund 12,6 Millionen einen deutschen Pass.
- sind etwa 12,9 Millionen Ausländerinnen und Ausländer.
- haben rund 16,2 Millionen eigene Migrationserfahrung, sind also im Ausland geboren und eingewandert.

Von diesen rund 16,2 Millionen Menschen, die selbst nach Deutschland eingewandert sind, kamen 2023 die meisten aus Europa: rund 64 Prozent aus europäischen Ländern (inklusive Türkei), rund 32 Prozent aus EU-Mitgliedsstaaten (Mediendienst Integration 2024). Damit ist **Europa weiterhin die wichtigste Herkunftsregion** der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte. 11,8 Prozent haben eine türkische Einwanderungsgeschichte (rund 2,5 Millionen) und 9,2 Prozent eine polnische Einwanderungsgeschichte (rund 2 Millionen). 1,4 Millionen haben eine russische Einwanderungsgeschichte (6,5 Prozent) und 6 Prozent eine syrische Einwanderungsgeschichte (1,3 Millionen).

Interessant ist auch, dass Deutschlands **Einwohner:innen mit Migrationsgeschichte deutlich jünger** als diejenigen ohne sind. Diese Gruppe war 2023 im Schnitt 35,5 Jahre alt, diejenigen ohne Migrationsgeschichte hingegen 47,2 Jahre (Mediendienst Integration 2024).

Bei einem interkulturellen Ansatz liegt die Betonung auf dem Austausch. Es werden spezifische Konzepte der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens und Handelns in unterschiedlichen Kulturen und sozialen Kontexten berücksichtigt. Dabei ist es wichtig, **„Kulturen"** nicht zu verdinglichen, denn es handelt sich nicht um statische, unveränderlich tradierte Werte, Haltungen und Praktiken, sondern um sich dynamisch verändernde Einstellungen und Verhaltensweisen. Sie unterliegen Bedingungen wie Alter, Geschlecht, sozialem Kontext wie auch kulturellen Einflüssen und betreffen bestimmte Gruppen von Menschen, ohne sich an ethnische oder nationale Grenzen zu halten (Heinz et al. 2014).

Zusätzlich zu **kulturellen Einflüssen** (v. a. kulturbezogene Einstellungen zu Erkrankungen, ihren Ursachen und den Behandlungsmöglichkeiten sowie Umgang mit der Erkrankung) haben auch **migrationsbezogene** (z. B. Traumatisierungen vor, während und nach der Flucht, Sprachprobleme, Verlust sozialer Bindungen, Diskriminierungs- und Exklusionserfahrungen, Akkulturationsprobleme) und **versorgungsspezifische Faktoren** (z. B. Zugangsbarrieren, mangelnde interkulturelle Fachkompetenz) einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Erkrankungen und die Bewertung und Nutzung von Gesundheitsmaßnahmen (Varchmin et al. 2021; Yolci et al. 2022; Nohr et al. 2024). Menschen, die in andere Länder emigrieren, kommen in Kontakt mit einem Gesundheitssystem, das häufig anders funktioniert, als sie es gewohnt sind (Schenk et al. 2022). Die hieraus resultierenden Diskrepanzen zwischen dem Gesundheitsverhalten einerseits und den Erwartungen seitens des Gesundheitssystems können zu Fehldiagnosen, Chronifizierungen und Fehlbehandlungen führen.

Eine **trans- und interkulturelle Betrachtung psychischer Erkrankungen** berücksichtigt nicht nur kulturell geprägte Einflüsse auf Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln, sondern fördert die Entwicklung eines gemeinsamen Bezugsrahmens auf Augenhöhe zur Bewertung von Symptomen und Funktionsveränderungen.

Bei der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten spielt der ethnisch-kulturelle Hintergrund eine bedeutende Rolle (Alarcon 2009): nicht selten sind subjektive Entstehungsmodelle psychischer Störungen, Krankheitsverständnis und damit auch Behandlungserwartungen von kulturellen Prägungen und Einflüssen abhängig. Nicht zuletzt wirken sich die häufig schwierigen psychosozialen Rahmenbedingungen von Migrant:innen erschwerend auf die erforderlichen adaptiven Prozesse im Aufnahmeland aus. Gleichzeitig ist bekannt, dass eine gelungene Akkulturation in Zusammenhang mit psychischer Stabilität und seelischer Gesundheit steht (Behrens et al. 2015). **Seelische Gesundheit im Rahmen von Migration** kann also als Resultat verschiedener interagierender Entwicklungsprozesse betrachtet werden (Behrens und Calliess 2011). Hier spielt neben kulturbezogenen Aspekten, dem Lebensalter und der Identität mit ihrer biografischen Prägung auch der Prozess der Migration eine Rolle.

Darüber hinaus wirken sich auch **Diskriminierungserfahrungen** auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene negativ auf die psychische Gesundheit von Personen mit Migrations- und Fluchtgeschichte aus und können das Vertrauen und damit den Zugang zum öffentlichen Gesundheitssystem verringern (Penka et al. 2012). Zudem erleben Geflüchtete und Asylsuchende weitere Belastungsfaktoren (z. B. unvertraute Lebensumstände, unsichere Aufenthaltssituation, prekäre Unterbringungen, soziale Exklusion), die den Zugang zum professionellen Hilfesystem zusätzlich belasten. So ist z. B. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine psychiatrische Behandlung nur bei akuten Erkrankungen möglich. Erst

nach 36 Monaten dürfen psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch genommen werden. In diesem Zeitraum können die psychiatrischen Störungen chronifizieren und deren Schwere zunehmen, was die Behandlung verkompliziert.

Im stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssektor sind Personen mit Migrationsgeschichte im Vergleich zu ihrem Gesamtbevölkerungsanteil offenbar mittlerweile adäquat repräsentiert (Schouler-Ocak et al. 2008; Koch 2017a). Die **Inanspruchnahme** von Notfalleinrichtungen werden dagegen stärker, während reguläre ambulante und insbesondere psychotherapeutische Angebote seltener genutzt werden (Schouler-Ocak und Aichberger 2015; Nohr et al. 2024).

Dies könnte auch im Zusammenhang mit der **Sprachbarriere** zu erklären sein. Denn Sprache stellt das Hauptarbeitsinstrument der Psychiatrie und Psychotherapie dar, die auch dolmetschergestützt Diagnostik und Behandlung gewährleisten kann (Bhugra et al. 2014; Schouler-Ocak et al. 2015). Es konnte nachgewiesen werden, dass allein die Sprachbarriere einen signifikanten Risikofaktor für eine Eskalation und Zwangsmaßnahmen in Rettungsstellen darstellt (Cole et al. 2022). Außerdem sind sowohl die Aufenthaltsdauer von Personen mit Migrations- und Fluchtgeschichte in psychiatrischen Krankenhäusern als auch die Behandlungseffektivität, besonders bei Personen mit schlechten Sprachkenntnissen, geringer (Bermejo et al. 2012). Hier ist wiederum die Rolle der Dolmetscher:innen als Sprach- und Kulturmittler zu betonen, die auch helfen können, kulturelle Differenzen in Erklärungsmodellen der Behandelnden und Patient:innen sichtbar zu machen (Storck et al. 2016).

Bei Anamnese und Therapie müssen also familiäre, kulturelle, ethnische, sprachliche, politische und religiöse Einflussfaktoren beachtet werden (Behrens und Calliess 2008). Es besteht daher eine prinzipielle Notwendigkeit zur **interkulturellen Öffnung der Krankenhäuser** sowie der ambulanten und komplementären Behandlungseinrichtungen.

Als wesentlich für **interkulturelle Kompetenz** ist das Wahrnehmen und Hinterfragen des eigenen kulturellen Standorts anzusehen (Schouler-Ocak et al. 2015). Offenheit, Interesse und respektvolle Neugier auf Ungewohntes stellen nach Oesterreich und Hegemann(2010) die Grundpfeiler interkultureller Kompetenz dar. Es geht darum, sich Menschen aus anderen Kulturen nicht schablonenhaft zu nähern, sondern anhand der Biographie des Gegenübers und der Selbstreflektion eigener Werte einen individuellen Zugang zu finden (Graef-Calliess und Schouler-Ocak 2017a).

Das **Cultural Formulation Interview (CFI)** kann zur Erfassung der unterschiedlichen Gesundheits- und Krankheitskonzepte sowie Behandlungserwartungen eingesetzt werden. Es trägt dazu bei, Personen mit Migrationsgeschichte mit ihrer individuellen Biografie, ihren Lebensumständen und Haltungen besser zu verstehen und zu behandeln (Schouler-Ocak und Aichberger 2015). Das CFI liegt in validierter Form vor und hat sich in der kulturellen Einordnung der Erkrankung als hilfreich gezeigt (Lewis-Fernández et al. 2016).

Eine Migration ist eine **„family affair"** (Rumbaut 1997), also eine Familienangelegenheit, denn ein Großteil der Migration erfolgt im Zusammenhang mit Familie. Zudem schafft die Migration oft eine Situation des rapiden kulturellen Wechsels. Für die Familienmitglieder können damit unterschiedliche Herausforderungen einhergehen, die es notwendig machen, sich an eine neue Umgebung zu gewöhnen. Es gilt, eine neue Sprache zu erlernen, in der Heimat erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten können weniger wichtig sein, auch der Verlust von sozialen Ressourcen kann Brüche und Transformationen der Biographien begünstigen (Baykara-Krumme 2020).

Da in vielen traditionellen Kulturen die Familie die Instanz ist, die Einstellungen ausbildet und Entscheidungen trifft, ist es hilfreich, wichtige **Angehörige** möglichst in den Therapieprozess einzubeziehen. Auch die Entscheidungsfindung bezüglich einer Therapie kann in vielen Kulturen eine Familienangelegenheit sein (Kastrup 2008), weshalb eine davon abweichende Entscheidung des Einzelnen dazu führen kann, dass der Patient bzw. die Patientin die Unterstützung der Familie verliert. Die kohäsiven sozialen und familiären Strukturen haben nicht selten protektive oder stabilisierende Auswirkungen.

Im Bereich der **Psychopharmakologie** können Patient:innen mit nicht-westeuropäischem ethnischem Hintergrund einen anderen Medikamentenstoffwechsel aufweisen und bedürfen daher einer spezifischen Therapie und Überwachung (z. B. Therapeutisches Drug Monitoring). Bei Ansprechen auf die Behandlung mit Psychopharmaka bestehen aufgrund pharmakokinetischer und -dynamischer Unterschiede deutliche Schwankungen zwischen verschiedenen Ethnien (Brandl und Eckermann 2017; Bhugra et al. 2014). Eine große Studie mit schwarzen und lateinamerikanischen Ambulanzpatient:innen (Lesser et al. 2007) zeigte, dass Angehörige ethnischer Minderheiten, insbesondere Schwarze, auf die Behandlung mit Antidepressiva (in dieser Studie Citalopram) weniger stark ansprachen. Für einzelne ethnische Gruppen sind inzwischen pharmakogenetische Unterschiede gut bekannt, die bei der Verordnung von Psychopharmaka und bei der klinischen Beurteilung der Response beachtet werden müssen.

Deutschland ist eine Einwanderungsgesellschaft, in der verschiedene Kulturen und Nationalitäten eng zusammenleben. Es gibt eine Vielzahl von kultur- und migrationsbedingten sowie lebensweltbezogenen Einflüssen auf das Erleben von Symptomen sowie hinsichtlich der Behandlungsakzeptanz und des Krankheitsverlaufs. Zudem gibt es Barrieren zum Gesundheitssystem sowie Erfahrungen sozialer Exklusion und Diskriminierung, die die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Erkrankungen beeinflussen können. Diese gilt es in der interkulturellen Arbeit zu berücksichtigen.

Evidenz

Es gibt zunehmende Evidenz für einen **Einfluss psychosozialer Aspekte** - wie beispielsweise migrationsspezifischer Stressoren – auf Manifestation und Verlauf seelischer Erkrankungen bei Personen mit Einwanderungsgeschichte.

In der internationalen Literatur geht man davon aus, dass Migration ein kritisches Lebensereignis ist. **Migrationsprozesse** stellen eine **psychologische Entwicklungsaufgabe** für die Betroffenen dar, die auch als „kulturelle Adoleszenz" konzeptionalisiert werden kann (Machleidt 2007) und gehen mit einer erhöhten Vulnerabilität einher. Es sind in erster Linie ungünstige Kontextfaktoren, die einen Risikofaktor für die Pathogenese psychischer Erkrankungen darstellen können. Für bestimmte Diagnosen wie für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formkreis (Dykxhoorn et al. 2019; Selten et al. 2020; Tortelli et al. 2018), für posttraumatische Belastungsstörungen (Hollander et al. 2016; Priebe et al. 2016) sowie für suizidale Handlungen (Aichberger et al. 2015; Schouler-Ocak und Aichberger 2017) wurden bei bestimmten migrierten Subgruppen in Abhängigkeit von Alter

und Herkunftsland erhöhte Prävalenzen festgestellt. Für Suchterkrankungen hingegen zeigen neue Studien nicht unbedingt eine höhere Prävalenz, sondern z. T. sogar einen protektiven Effekt, vor allem bei Alkohol (van Dorp et al. 2021).

Migration und Erkrankungsrisiko für Psychosen

Der **Zusammenhang zwischen Migration und einem erhöhten Erkrankungsrisiko** für Psychose ist empirisch gut begründet (Dykxhoorn und Kirkbride 2019). Schon 2005 fanden Cantor-Graae und Selten in einer Metaanalyse, dass farbige Migrant:innen ein höheres Schizophrenie-Erkrankungsrisiko haben als weiße Migrant:innen. Als plausibler Faktor für das höhere Erkrankungsrisiko schwarzer Migrant:innen wurde eine aus Diskriminierung, eingeschränkter Lebensgestaltung und sozialen Gratifikationsdefiziten („social defeat") bestehende Trias sozialer Faktoren identifiziert. Bei diesem Erklärungsmodell spielen sowohl soziale Umgebungsfaktoren als auch genetisch-biologische Faktoren im Sinne von psycho- und soziobiologischen Komponenten in der Gen-Umwelt-Interaktion zusammen. In der späteren landesweiten dänischen Kohortenstudie von Cantor-Graae und Pedersen(2013) zur psychiatrischen Krankheitsinzidenz von eingewanderten Personen mit verschiedenen Migrationskonstellationen der Eltern (Mutter, Vater oder beide migriert) fand sich, dass die Inzidenzraten für schizophrene Psychosen bei jeder der Migrationskonstellationen erhöht waren.

In derselben Kohortenstudie (Dykxhoorn et al. 2019; Hollander et al. 2016) wurde auch das **Erkrankungsrisiko bei Personen mit Einwanderungsgeschichte** sowohl für schizophrene als auch für schizoaffektive und bipolare Psychosen im Vergleich zu Einheimischen untersucht. Das Erkrankungsrisiko für Migrant:innen, insbesondere Männer, und ihre Kinder war bei allen Psychoseformen ca. 2-fach erhöht. Das höchste Risiko hatten eingewanderte Personen aus Afrika. Altersbezogen war das Psychoserisiko für diejenigen am höchsten, die in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter migriert waren. Dykxhoorn und Kirkbride (2019) nennen als mögliche Ursachen für diese Ungleichheit zwischen einheimischen und zugewanderten Personen Minderheits- oder Migrationsstatus, soziale Exklusion, Isolation, Traumata, Diskriminierung vor, während und nach der Migration sowie qualitative psychische Faktoren, biologische Ursachen und nicht zuletzt auch Fehldiagnosen.

Das Psychoserisiko einer migrierten Person ist auch davon abhängig, ob sie an seinem Wohnort im Aufnahmeland auf eine ethnische Community ihrer eigenen Herkunft trifft oder in einer ethnischen Diaspora mit einer nur geringen Dichte von Landsleuten leben muss. In der ethnischen Diaspora mit wenig Hilfe von Landsleuten mit Erfahrungen im Aufnahmeland ist das Risiko, an einer nicht affektiven Psychose zu erkranken, erhöht (Veling et al. 2008). Dieser Effekt wurde auch in einer dänischen Kohortenstudie für unterschiedliche Einwanderungsgruppen festgestellt, nämlich eine erhöhte Inzidenz für nicht-affektive Psychosen bei niedrigerer ethnischer Dichte (Schofield et al. 2018). Anhand der Daten der schwedischen Kohortenstudie konnte dieser **Zusammenhang zwischen Nachbarschaftsdichte („own-region density") und Psychoserisiko** weiter konkretisiert werden. War die Nachbarschaftsdichte 5 Prozent niedriger als in der Vergleichspopulation, stellten sie bei erwachsenen Migrant:innen eine Zunahme des Psychoserisikos um 5 bis 7 Prozent, bei ihren Kindern um 3 Prozent fest. Bei einwandernden Personen z. B. aus Afrika und Asien mit auffälligen körperlichen Merkmalen, wie z. B. dunkler Hautfarbe, Augenschnitt etc., waren diese Effekte besonders ausgeprägt. Die Effekte deuten auf soziale Ursachen hin (Dykxhoorn et al. 2020).

Migration und Erkrankungsrisiko für affektive Erkrankungen

Aichberger et al. (2015) sowie Schouler-Ocak und Aichberger(2017) fanden erhöhte Suizidalitätsraten bei jungen türkischen Frauen der 2. Generation. Als mögliche Erklärung werden Generationskonflikte sowie kulturelle Wert- und Normenkonflikte diskutiert. Bei in Deutschland lebenden Menschen mit vietnamesischer und polnischer Abstammung konnten (Wittig et al. 2008) im Verhältnis zu Deutschen **erhöhte Werte für Depressionen und Angst** ausmachen. Populationsbezogene Untersuchungen aus den Beneluxstaaten (Levecque et al. 2007) und den USA (Williams et al. 2007) wiesen auch auf eine höhere Prävalenz der Major Depression (MDD) bei Menschen mit Migrationsgeschichte hin. In anderen Studien (Borges et al. 2008) wurde über erhöhte Depressionsraten durch Akkulturationsstress berichtet. (Behrens et al. 2015) fanden einen Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsstil und dem Ausmaß von Depressivität. Bei einem Vergleich von Einheimischen mit Migrant:innen aus Marokko und der Türkei in den Niederlanden zeigte sich Migrationshintergrund als unabhängiger Risikofaktor für Depressivität, wobei Türkeistämmige die höchsten Depressionsraten aufwiesen (van der Wurff et al. 2004). Speziell die Prävalenz depressiver Symptome war bei Migrant:innen der 1. Generation in der Altersgruppe ab 50 Jahren höher als bei Nicht-Migrant:innen (Aichberger et al. 2010). Diese mitteleuropäischen Studien stützen die Annahme, dass die mit einem Migrationsprozess einhergehenden Belastungen zu depressiven Reaktionen unterschiedlicher Schweregrade führen können. Eine hohe ethnische Dichte am Wohnort im Aufnahmeland hat auch einen protektiven Effekt auf die Inzidenz von affektiven Erkrankungen bei Angehörigen ethnischer Minoritäten (Stafford et al. 2011). Diese europäischen Ergebnisse lassen einen konsistenten Zusammenhang zwischen Migration und Depression im Sinne der Stresshypothese erkennen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen bei psychotischen Störungen.

Asylsuchende und Geflüchtete

Eine besonders vulnerable Gruppe im Hinblick auf psychische Gesundheit stellen **Menschen mit Fluchtgeschichte** dar. Die Gruppe der Geflüchteten und Asylsuchenden ist äußerst heterogen. Darunter befinden sich Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer, verschiedener Generationen und mit unterschiedlichem Bildungshintergrund. Zudem unterscheiden sie sich in Bezug auf die Beweggründe für die Flucht und ihre Erfahrungen auf der Flucht. Sie sind entweder allein, in Gruppen oder mit Familien geflohen, wobei die Dauer der Flucht über Stunden, Wochen, Monate oder sogar Jahre andauerte, über verschiedene Routen und unterschiedliche Drittländer führte und mit Hindernissen verbunden war (Schouler-Ocak et al. 2016). Es ist davon auszugehen, dass Geflüchtete und Asylbewerber multiplen und komplexen Stressoren vor, während und nach der Flucht ausgesetzt waren und auch im Aufnahmeland weiterhin ausgesetzt sind. Das kann ihre psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen (Schouler-Ocak et al. 2015). In diesem Kontext ist es wichtig zu unterstreichen, dass die Raten psychischer Störungen mit der Dauer des Asylverfahrens zunehmen.

Der Verlust wichtiger Bezugspersonen, die Zerstörung von Eigentum und Existenzgrundlagen, Unsicherheit der Lebensbedingungen, Krieg, Folter, Inhaftierung, Terroranschläge, Misshandlungen und sexualisierte Gewalt zählen zu den traumatisierenden Erlebnissen, die von Geflüchteten und Asylbewerbern berichtet werden und die zur Flucht führten. **Auf der Flucht** erleben viele Betroffene Schutz- und Orientierungslosigkeit, mangelnde medizinische Versorgung, Überfälle, Übergriffe und Diskriminierung. Am Zielort führen der Aufenthalt in Sammelunterkünften, Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden wegen sprachlich-kultureller Barrieren, Zuordnung des Wohnorts und eingeschränkte Reisefreiheit, häufig mangelnde

Arbeitserlaubnis, Abhängigkeit von Sozialleistungen, fehlende Zukunftsperspektiven, Diskriminierungen und Anfeindungen, unklarer Aufenthaltsstatus und drohende Abschiebung trotz langjährigen Aufenthalts zu Stress und psychischen Störungen. Bei Kindern und Jugendlichen stellen ein kurzer Aufenthaltsstatus und mangelnde Chancen auf einen Ausbildungsplatz zusätzliche Stressoren dar (Heeren et al. 2012).

Nach der Ankunft sind sie oftmals weiteren, die Gesundung oder Integration im Aufnahmeland erschwerenden Problemen ausgesetzt (Butler et al. 2015). Nach der meist sehr beschwerlichen, oft mit Lebensgefahr verbundenen Flucht finden sich Geflüchtete häufig in einer Gemeinschaftsunterkunft auf engstem Raum wieder, wo sie Tür an Tür mit fremden Menschen anderer Kulturen, Sprachen, Küche und Religion ohne klare Zukunftsperspektive zusammenleben müssen. Oftmals sind sie hier auch Triggern und potenziell (re-)traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt. Daher sind intensive Integrationsmaßnahmen bereits direkt nach der Einreise erforderlich (Koch 2017a). In einer dänischen Kohortenstudie fanden Foverskov et al. (2022) in sozial benachteiligten Wohnvierteln bei Geflüchteten erhöhte Werte für schwere psychische Erkrankungen. Empfohlen wird die Wohneingliederung von Geflüchteten in solide und tragende soziale Umgebungen.

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass die **Prävalenzen für seelische Erkrankungen bei Geflüchteten und Asylsuchenden** erhöht sind (Patanè et al. 2022), allerdings je nach Studie erheblich variieren. Diese Heterogenität an Daten ist methodischen Differenzen geschuldet (Priebe et al. 2016). Die Prävalenzraten betragen 4 bis 44 Prozent für depressive und Angststörungen und 9 bis 36 Prozent für PTBS. Globalen Schätzungen zufolge sind Prävalenzen von mehr als 20 Prozent realistisch. Bei Kindern schwanken die Angaben zwischen 40 und 63 Prozent (PTBS) bzw. 25 und 50 Prozent (Depression). Des Weiteren haben Geflüchtete eine um 66 Prozent höhere Wahrscheinlichkeit, eine Schizophrenie oder eine andere nicht-affektive psychotische Störung zu erleiden als Migrant:innen aus derselben Gegend, die nicht geflüchtet sind. Die Prävalenzen für seelische Erkrankungen sind höher bei Menschen mit Fluchtgeschichte, die über 5 Jahre in den Aufnahmeländern verbleiben, was entweder auf Selektionsphänomene oder naheliegender auf langanhaltende Stressfaktoren in der Phase der Postmigration zurückzuführen ist. Im Ergebnis können traumatische Erfahrungen in Krisengebieten, auf der Flucht und die Stressoren im Aufnahmeland bei den Betroffenen neben einer PTBS oder Anpassungsstörung auch chronische psychische Störungsbilder wie Angst- und depressive Störungen hervorrufen (Belz et al. 2017), die als Traumafolgestörungen oder als komorbide Störungen bezeichnet werden.

Mit der Dauer des Asylverfahrens steigt die Prävalenz für psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme, und es sinken die Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen. Hierauf scheinen insbesondere ein mangelhafter Zugang zum Gesundheitssystem, ein geringer sozioökonomischer Status, wahrgenommene Diskriminierung sowie fehlende Arbeitserlaubnis und finanzielle Sorgen einen wesentlichen Einfluss zu haben.

Praxis

Psychosoziale Therapien können soziale Inklusion und Lebensqualität fördern und die Versorgung verbessern. Dies ist insbesondere für Personen mit Einwanderungsgeschichte im Hinblick auf Behandlungskoordination und Erleichterung von Zugangswegen durch **Case Management** und **soziale Arbeit** relevant. Es gibt vereinzelt Studien, die die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und Einwanderungsgeschichte untersucht haben (Turrini et al. 2019; Uphoff et al. 2020). Bislang fehlen jedoch systematische Untersuchungen in Form von Metaanalysen sowie Fall-Kontroll-Studien in diesem Bereich weitgehend, sodass Evidenz-basierte Leitlinien - auch für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Störungen bei Menschen mit Einwanderungsgeschichte - bisher nicht umfassend formulierbar sind.

Künstlerische Therapien mit einem nonverbalen Therapieansatz können in der Behandlung von Patient:innen mit Einwanderungsgeschichte den therapeutischen Zugang erleichtern (Klöss-Fleischmann 2014; Grube M 2002). Grube M (2002) weist anhand von Fallbeispielen darauf hin, dass Bilder kollektive und archaische Symbole und Bildelemente enthalten, die das sprachfreie Verstehen erweitern könnten. Dieser Zugang weise zwar sprach- und kulturübergreifende Elemente auf, nicht alle Migrant:innen seien jedoch offen für kreativ-gestaltende Ansätze. Das beträfe auch kulturübergreifende musiktherapeutische Ansätze, über die ebenfalls kaum Publikationen vorliegen. Spezifische kunsttherapeutische Ansätze existieren mittlerweile für die Behandlung von Geflüchteten (Meschede 2022) sowie für die Behandlung von Überlebenden von Folter, Misshandlung und systematischer Gewalt (Sack 2022; Baller 2022). Im Bereich der **Ergotherapie** gibt es hingegen bisher kaum Studien zur adaptierten Anwendung im interkulturellen Kontext (Kamps et al. 2015).

Partizipative Peer-Mentoring-Programme können die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Migrationshintergrund verbessern (Gower et al. 2022). **Niedrigschwellige supportive Interventionen**, in denen Strategien zur Stressbewältigung und Problemlösung, zur Verhaltensaktivierung und Stärkung der sozialen Unterstützung vorgesehen sind, können zu verbesserter psychischer Gesundheit und Lebensqualität führen (Knefel et al. 2022). Scheiber et al. (2019) haben ein Resilienztraining für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge entwickelt. Eine sprachreduzierte Ressourcen- und Traumastabilisierungsgruppe haben Özkan und Belz (2019) sowohl für Geflüchtete als auch für Migranten konzipiert.

Auch auf dem Gebiet der **Psychoedukation und interkulturellen Psychotherapie** (Graef-Calliess und Schouler-Ocak 2017b) haben sich mittlerweile diverse Ansätze eines - unter kulturellen Aspekten - modifizierten Vorgehens entwickelt (Brakemeier et al. 2017; Assion et al. 2018; Denkinger et al. 2022; Mewes et al. 2021). Neue Erkenntnisse gibt es inzwischen auch im Hinblick auf störungsspezifische psychotherapeutische Strategien im interkulturellen Kontext, insbesondere bei Traumafolgestörungen, Depression und Psychosen (Schouler-Ocak und Graef-Calliess 2025).

Auf dem Gebiet der **Traumatherapie** ist insbesondere die Narrative Expositionstherapie (NET) nach von Schauer, Neuner und Elbert zu nennen. Sie wurde gezielt für die Situation von Menschen mit Fluchtkontext geschaffen: für prekäre Situationen, in denen Schwer- und Mehrfachtraumatisierte ohne ausreichende psychotherapeutische Versorgung behandelt werden konnten. Unter Berücksichtigung von 16 kontrollierten Studien aus aller Welt unter Einschluss von insgesamt 947 partizipierenden Geflüchteten wurden sowohl im Vergleich zu Wartelisten als auch zu anderen Therapieformen große Effektstärken für die Behandlung von PTSD-Symptomen durch NET, auch im Follow-up, gefunden (Lely et al. 2019). Auf komorbide depressive Symptomatik hatte die NET allerdings keinen signifikanten Effekt. Hingegen konnten Effektstärken auch bei komorbid bestehender emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden. Hier besteht eine gute Evidenz für die Behandlung mithilfe eines Dolmetschenden (Pabst et al. 2012). Die NET ist gut manualisiert und wurde in Somalia und Äthiopien sogar im Kaskadenmodell von ausgebildeten

Laienhelfenden angewendet (Adorjan et al. 2017). Darüber hinaus ist methodenunabhängig die interkulturelle Trauma-fokussierte Psychotherapie unter Einbeziehung von professionellen Dolmetschenden eine sehr gute Behandlungsoption. Sie ermöglicht einen Zugang für traumatisierte Menschen mit Migrations- und Fluchtkontext zur interkulturellen Psychotherapie und kann damit maßgeblich zur Verminderung der Versorgungslücke beitragen.

Für die **Behandlung depressiver Erkrankungen** konnten verschiedentlich kulturelle Anpassungen der kognitiven Verhaltenstherapie für diverse Ethnien vorgenommen werden (bspw. Fleming et al. 2023; Naeem et al. 2011; Phiri et al. 2023; Kananian et al. 2017; Hinton et al. 2012). Trotz der wachsenden Evidenz zugunsten kulturell angepasster KVT bewerten einige Autor:innen die empirischen Ergebnisse als unzureichend. Leitlinien zur Durchführung kulturell angepasster KVT fehlten, ethnische Minderheiten seien in der Literatur unterrepräsentiert, empirische Daten zu kulturell angepasster KVT seien begrenzt und es mangele an einer universellen Definition für kulturelle Kompetenz. Die Gefahr bestünde, dass Therapeut:innen eigenständig kulturelle Anpassungen vornähmen, die den Therapiefortschritt unbeabsichtigt behindern könnten (Huey et al. 2023).

Eine Herausforderung besteht auch in der Entwicklung interkultureller Kompetenz, um eine angemessene psychiatrische, psychotherapeutische und psychoedukative Versorgung zu gewährleisten (Assion 2005; Assion und Koch 2013; Assion et al. 2017; Graef-Calliess und Schouler-Ocak 2017b; Schouler-Ocak und Aichberger 2015; Sue et al. 2019). **Interkulturelle Psychoedukation** spielt hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle, indem sie Betroffene und Therapeut:innen mit der erforderlichen Sensibilität, dem Wissen und den Fähigkeiten ausstattet, kulturelle Besonderheiten und Unterschiede zu berücksichtigen, diese zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren. Interkulturelle Psychoedukation bezieht sich auf die gezielten Kenntnisse, Interventionen und Schulungen, die darauf abzielen, Betroffene und Behandelnde für die Bedeutung von kultureller Vielfalt und Stärke im therapeutischen Setting zu sensibilisieren (Hargreaves et al. 2019; Koch und Assion 2020; Ueberberg et al. 2024). Ziel ist dabei im Wesentlichen, das Bewusstsein für kulturelle Bereicherung zu schärfen, vorschnelle Bewertungen und Vorurteile abzubauen und letztlich die Qualität der Versorgung zu verbessern (Morawa und Erim 2014). Lernziele im Rahmen der interkulturellen Psychoedukation umfassen neben der Sensibilisierung für kulturelle Vielfalt die Vermittlung von Kenntnissen sowie die Entwicklung von Strategien zur kultursensiblen Kommunikation und zum kultursensiblen Handeln (La Roche et al. 2017). Insbesondere Themen wie kulturelle Werte, Normen, Kommunikationsstile, soziale und Gesundheitsstrukturen sowie Krankheitswahrnehmung und –modelle sind hierbei von besonderer Relevanz. Die Vermittlung interkultureller Kompetenzen kann durch Gruppenangebote, interaktive Workshops, Fallstudien oder kulturelle Selbstreflexion erfolgen (Sue et al. 2019). Auch kulturell kompetente Supervision und Peer-to-Peer-Lernen haben sich als wirksame Methoden erwiesen (La Roche et al. 2017; Behrens 2017). Studien zeigen, dass interkulturelle Psychoedukation die interkulturelle Kompetenz von Betroffenen verbessern kann und sich positiv auf Behandlungsergebnisse auswirkt (Ueberberg et al. 2024).

Im Bereich der bisher ungenügend beachteten **Prävention** hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Programm „Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants" für Europa aufgelegt, welches die Mitgliedsstaaten unterstützen soll, Kapazitäten des Gesundheitssektors zu stärken, um evidenz-basierte Antworten auf die Herausforderungen durch die gesundheitliche Lage von Migranten und Geflüchteten zu finden. Das Programm ist im „European health policy framework Health" 2020 angesiedelt.

Eine maßgebliche Veröffentlichung zu **Suizidprävention** (Larkin et al. 2011) beispielsweise fordert einen Zuschnitt präventiver Maßnahmen bezüglich Alter, Bildung, Ethnizität und Sprache. Auch in anderen Studien wird darauf hingewiesen, dass Präventions- und Interventionsmaßnahmen auf die jeweilige Subgruppe gezielt erfolgen sollten (Deren et al. 2011). Dies wurde von Schouler-Ocak et al. (2014) in einem Suizidpräventionsprojekt auf die Zielgruppe junger Frauen mit türkischer Abstammung angewandt, in dem nachgewiesen werden konnte, dass eine kulturspezifische Intervention die Zielgruppe erreichen und präventiv wirken kann (Aichberger et al. 2015).

Das Council of Europe hat sich mittlerweile systematisch mit substanz-bezogenen Herausforderungen bei Migranten, Geflüchteten und Binnenvertriebenen beschäftigt. Interkulturell adaptierte Lösungen wurden insbesondere im Bereich der **Suchtprävention** erarbeitet (Building intercultural competence - Intercultural Cities Programme). Zeef et al. (2011) beschreiben mögliche allgemeine Sucht-Präventionsansätze für Menschen mit Einwanderungsgeschichte. Es wird u. a. betont, dass Aufklärungs- und Informationsmaterial kulturspezifisch gestaltet sein sollte sowie Aufklärungskampagnen mehrsprachig durchgeführt werden sollten. Das Erreichen einzelner Migrationsgruppen kann dabei durch Stigmatisierung zusätzlich erschwert sein (Marwaha und Livingston 2002).

Herausforderungen

Die Notwendigkeit der Verbesserung der Gesundheitsförderung von Migrant:innen wird im Nationalen Integrationsplan explizit betont: „Zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung …. bedarf es …. einer interkulturellen Regelversorgung, einer interdisziplinären Vernetzung, der Erschließung adäquater Zugangswege und der Sicherung der Datenbasis." (Bundesregierung 20027). Das erfordert **interkulturelle Öffnung der Institutionen**, die Sensitivität für und Reflexion von kulturellen Einflüssen und somit interkulturelle Kompetenz als Teil einer integrativen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung (Gün 2009). Kulturell bedingte Unterschiede der Weltbilder, der Wertesysteme und damit der Lebensziele sind nicht selten Ursachen für Missverständnisse in interkulturellen Begegnungen (cultural bias). Dies betrifft nicht nur die Behandlung von Patient:innen, sondern auch den Umgang von Mitarbeitenden und das Leitbild von Institutionen (Tseng und Streltzer 2004; Penka et al. 2015).

Eine nachhaltige und alltagsfähige Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte ist nur gewährleistet, wenn die Einrichtungen verbindliche **Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung** entwickeln. Der Prozess der interkulturellen Öffnung muss nachhaltig in die Abläufe und Organisationsstrukturen von medizinischen Institutionen eingebettet werden. Dies erfordert aktive Unterstützung der Unternehmensleitung auf Verwaltungsebene wie auch bei ärztlicher und pflegerischer Leitung. Die Bestellung einer/eines Migrations- bzw. Integrationsbeauftragten unterstützt nachhaltige interkulturelle Öffnung wesentlich (Koch 2025). Der Einfluss von kultur- und migrationsspezifischen Aspekten auf Ätiologie, Pathoplastik und Schwere psychischer Störungen ist grundsätzlich unbestritten (Alarcon 2009). Erfolgreiche Good-Practice-Beispiele in Deutschland sind publiziert, allerdings bislang nicht ausreichend evaluiert (Koch 2025; Koch et al. 2018).

Alle Institutionen, die sich mit der Versorgung von Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen befassen, müssen auch für Patient:innen mit geringen Kenntnissen der deutschen Sprache eine angemessene Behandlung gewährleisten. Das erfordert Kenntnisse im **Umgang mit Dolmetscher:innen** und deren Verfügbarkeit (gut organisierte und preiswerte Dolmetscherdienste). Dabei kann es sich z. B. um

Gemeindedolmetscherdienste handeln, es sind aber in größeren Kliniken auch Dolmetscherdienste von bilingualem Fachpersonal denkbar (Bahadır 2009). Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittler:innen sollte routinemäßig dann erfolgen, wenn sprachliche Verständigung nicht ausreichend gewährleistet ist (Koch 2017b).

Es gibt mittlerweile Leitfäden für einen professionellen **Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern**, die nicht nur einmalig - z. B. bei der stationären Aufnahme - zugezogen werden sollten, sondern sich auch eignen, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen (z. B. Psychoedukation) kontinuierlich zu begleiten. Einfache Regeln helfen hier, Missverständnisse zu vermeiden und die Möglichkeiten, die in einer dolmetschergestützten Behandlung liegen, zu nutzen (Morina et al. 2010). Auch sollte gewährleistet sein, Manuale und Informationsmaterial in den gängigen Fremdsprachen zur Verfügung zu haben.

Die wesentlichen **Ziele interkultureller Öffnung** wie die Benennung von Migrations-/Integrationsbeauftragten, leicht erreichbare Dolmetscherdienste und deren Nutzung, interkulturelle Fortbildung der Mitarbeitenden oder Supervision mit Berücksichtigung interkultureller Aspekte sind in der psychiatrischen Versorgung bislang noch nicht flächendeckend umgesetzt. Allerdings sind sie für eine angemessene Behandlung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte unverzichtbar. Alle psychiatrischen Institutionen sind verpflichtet, interkulturelle Öffnung umzusetzen und die in diesem Text beschriebenen Anforderungen für Organisation und Personal im Sinne der Patient:innen anzubieten.

Literaturverzeichnis

Adorjan, K.; Kluge, U.; Heinz, A.; Stamm, T.; Odenwald, M.; Dohrmann, K. et al. (2017): Versorgungsmodelle für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. In: *Der Nervenarzt* 88 (9), S. 989–994. DOI: 10.1007/s00115-017-0364-5.

Aichberger, M. C.; Heredia Montesinos, A.; Bromand, Z.; Yesil, R.; Temur-Erman, S.; Rapp, M. A. et al. (2015): Suicide attempt rates and intervention effects in women of Turkish origin in Berlin. In: *European Psychiatry* 30 (4), S. 480–485. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.12.003.

Aichberger, M. C.; Schouler-Ocak, M.; Mundt, A.; Busch, M. A.; Nickels, E.; Heimann, H. M. et al. (2010): Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: *European Psychiatry* 25 (8), S. 468–475. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2009.11.009.

Alarcon, Renato D. (2009): Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. In: *World Psychiatry* 8 (3), S. 131–139.

Assion, H.-J.; Graef-Calliess, I. T.; Koch, E. (2017): Menschen auf der Flucht – Psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsbedarf. In: I. T. Graef-Calliess und M. Schouler-Ocak (Hg.): Migration und Transkulturalität. Stuttgart: Schattauer, S. 97–105.

Assion, H.-J.; Koch, E. (2013): Substance Abuse and Addiction Among Divergent Ethnic Groups. In: S. Barnow und N. Balkir (Hg.): Cultural variations in psychopathology : from research to practice: Hogrefe Pub, S. 206–218.

Assion, Hans-Jörg (Hg.) (2005): Migration und seelische Gesundheit: Springer Berlin Heidelberg.

Assion, Hans-Jörg; Ueberberg, Bianca; Kaaz, Tatjana (2018): Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung. Mit Arbeitsmaterialien auf Türkisch und Arabisch. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Bahadır, Ş. (2009): Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Zimmermann G. Falge C (Hg.): Interkulturelle Öff nung des Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos, S. 171–186.

Baller, F. (2022): Therapeutische Behandlung Überlebender von Folter, Misshandlung und systematischer Gewalt. In: F. von Spreti, M. Rentrop und H. Förstl (Hg.): Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier, S. 201–206.

Baykara-Krumme, H. (2020): Migration und Familie. In: A. Röder und D. Zifonun (Hg.): Handbuch Migrationssoziologie. Wiesbaden: Springer.

Behrens, K. (2017): Tiefenpsychologische interkulturelle Teamsupervision. In: Iris Tatjana Graef-Calliess und Meryam Schouler-Ocak: Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 295–302.

Behrens, K.; Calliess, I. T. (2008): Gleichbehandlung ohne gleiche Behandlung: Zur Notwendigkeit der Modifikation therapeutischer Strategien für die Arbeit mit Migranten. In: *Fortschr Neurol Psychiat* 76, S. 725–733.

Behrens, K.; Calliess, I. T. (2011): Psychotherapeutischer Beziehungsaufbau im interkulturellen Erstkontakt. In: *PTJ*, S. 12–20.

Behrens, Katharina; del Pozo, Melina A.; Großhennig, Anika; Sieberer, Marcel; Graef-Calliess, Iris T. (2015): How much orientation towards the host culture is healthy? Acculturation style as risk enhancement for depressive symptoms in immigrants. In: *Int J Soc Psychiatry* 61 (5), S. 498–505. DOI: 10.1177/0020764014560356.

Belz, Maria; Belz, Michael; Özkan, Ibrahim; Graef-Calliess, Iris T. (2017): Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center. In: *Transcultural psychiatry* 54 (5-6), S. 595–610. DOI: 10.1177/1363461517745473.

Bermejo, Isaac; Nicolaus, Leonhard; Kriston, Levente; Hölzel, Lars; Härter, Martin (2012): Vergleichende Analyse psychosomatischer Beschwerden bei Personen mit spanischem, italienischem, türkischem und russischem Migrationshintergrund. In: *Psychiatr Prax* 39 (4), S. 157–163. DOI: 10.1055/s-0031-1298903.

Bhugra, D.; Gupta, S.; Schouler-Ocak, M.; Graeff-Calliess, I.; Deakin, N. A.; Qureshi, A. et al. (2014): EPA guidance mental health care of migrants. In: *Eur Psychiatry* 29 (2), S. 107–115. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.003.

Borges, Guilherme; Benjet, Corina; Medina-Mora, Maria Elena; Orozco, Ricardo; Nock, Matthew (2008): Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47 (1), S. 41–52. DOI: 10.1097/chi.0b013e31815896ad.

Brakemeier, E. L.; Zimmermann, J.; Erz, E.; et al. (2017): Das Interpersonelle Integrative Modellprojekt für Flüchtlinge (IIMPF) mit psychischen Störungen: Vorstellung des Projektes sowie erster Ergebnisse zur Feasibility und zum Outcome. In: *Psychotherapeut* 62, S. 322–332.

Brandl, E. J.; Eckermann, G. (2017): Ethnische Aspekte in der Psychopharmakologie. In: Iris Tatjana Graef-Calliess und Meryam Schouler-Ocak: Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer, S. 345–357.

Bundesregierung (20027): Der Nationale Integrationsplan. Neue Wege – Neue Chancen. Hg. v. Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/resource/blob/2065474/441038/7bd84041e5fe27490dd06b45cec7db75/2007-08-30-nationaler-integrationsplan-data.pdf?download=1, zuletzt geprüft am 03.11.2025.

Butler, Margaret; Warfa, Nasir; Khatib, Yasmin; Bhui, Kamaldeep (2015): Migration and common mental disorder: an improvement in mental health over time? In: *Int Rev Psychiatry* 27 (1), S. 51–63. DOI: 10.3109/09540261.2014.996858.

Cantor-Graae, Elizabeth; Pedersen, Carsten B. (2013): Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. In: *JAMA psychiatry* 70 (4), S. 427–435. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.441.

Cantor-Graae, Elizabeth; Selten, Jean-Paul (2005): Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. In:*Am J Psychiatry* 162 (1), S. 12–24. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.1.12.

Cole, Celline; Klotz, Eva; Junghanss, Julia; Oster, Anna; Bermpohl, Felix; Vandamme, Angelika; Mahler, Lieselotte (2022): Patient communication ability as predictor of involuntary admission and coercive measures in psychiatric inpatient treatment. In: *J Psychiatr Res* 153, S. 11–17. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.06.048.

Denkinger, J. K.; Rometsch, C.; Murray, K.; Schneck, U.; Brißlinger, L. K.; Rahmani Azad, Z. et al. (2022): Addressing barriers to mental health services: evaluation of a psychoeducational short film for forcibly displaced people. In: *European journal of psychotraumatology* 13 (1), S. 2066458. DOI: 10.1080/20008198.2022.2066458.

Deren, Sherry; Shedlin, Michele; Kang, Sung-Yeon; Cortes, Dharma E. (2011): HIV risk and prevention among Hispanic immigrants in New York: the salience of diversity. In: *Substance use & misuse* 46 (2-3), S. 254–263. DOI: 10.3109/10826084.2011.523215.

Dykxhoorn, J.; Kirkbride, J. B. (2019): Psychoses sans Frontieres: towards an interdisciplinary understanding of psychosis risk amongst migrants and their descendants. In:*Epidemiology and psychiatric sciences* 28 (2), S. 146–152. DOI: 10.1017/S2045796018000501.

Dykxhoorn, Jennifer; Hollander, Anna-Clara; Lewis, Glyn; Dalman, Christina; Kirkbride, James B. (2019): Family networks during migration and risk of non-affective psychosis: A population-based cohort study. In: *Schizophrenia research* 208, S. 268–275. DOI: 10.1016/j.schres.2019.01.044.

Dykxhoorn, Jennifer; Lewis, Glyn; Hollander, Anna-Clara; Kirkbride, James B.; Dalman, Christina (2020): Association of neighbourhood migrant density and risk of non-affective psychosis: a national, longitudinal cohort study. In: *The lancet. Psychiatry* 7 (4), S. 327–336. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30059-6.

Fleming, Paul J.; Stone, Lisa Cacari; Creary, Melissa S.; Greene-Moton, Ella; Israel, Barbara A.; Key, Kent D. et al. (2023): Antiracism and Community-Based Participatory Research: Synergies, Challenges, and Opportunities. In: *American journal of public health* 113 (1), S. 70–78. DOI: 10.2105/AJPH.2022.307114.

Foverskov, Else; White, Justin S.; Frøslev, Trine; Sørensen, Henrik T.; Hamad, Rita (2022): Risk of Psychiatric Disorders Among Refugee Children and Adolescents Living in Disadvantaged Neighborhoods. In: *JAMA pediatrics* 176 (11), S. 1107–1114. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2022.3235.

Gower, Shelley; Jeemi, Zakia; Forbes, David; Kebble, Paul; Dantas, Jaya A. R. (2022): Peer Mentoring Programs for Culturally and Linguistically Diverse Refugee and Migrant Women: An Integrative Review. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (19). DOI: 10.3390/ijerph191912845.

Graef-Calliess, I. T.; Schouler-Ocak, M. (Hg.) (2017a): Migration und Transkulturalität. Stuttgart: Schattauer.

Graef-Calliess, Iris Tatjana; Schouler-Ocak, Meryam (2017b): Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Grube M (2002): Bildnerisches Gestalten als interkulturelle Verständigungsmöglichkeit bei psychiatrisch erkrankten Migranten. In: Freyrear J. L. Hartwig P (Hg.): Kreativität. Das dritte therapeutische Prinzip in der Psychiatrie. Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, S. 85–89.

Gün, A. K. (2009): Erfordernis und Aufgaben von Integrationsbeauftragten in der stationären Versorgung. In: Zimmermann G. Falge C (Hg.): Interkulturelle Öff nung des Gesundheitssystems. Baden-Baden: Nomos, S. 157–170.

Hargreaves, Sally; Rustage, Kieran; Nellums, Laura B.; McAlpine, Alys; Pocock, Nicola; Devakumar, Delan et al. (2019): Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis. In: *The Lancet. Global health* 7 (7), e872-e882. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30204-9.

Heeren, Martina; Mueller, Julia; Ehlert, Ulrike; Schnyder, Ulrich; Copiery, Nadia; Maier, Thomas (2012): Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. In: *BMC psychiatry* 12, S. 114. DOI: 10.1186/1471-244X-12-114.

Heinz, Andreas; Müller, Daniel J.; Krach, Sören; Cabanis, Maurice; Kluge, Ulrike P. (2014): The uncanny return of the race concept. In: *Frontiers in human neuroscience* 8, S. 836. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00836.

Hinton, Ladson; Apesoa-Varano, Ester Carolina; González, Hector M.; Aguilar-Gaxiola, Sergio; Dwight-Johnson, Megan; Barker, Judith C. et al. (2012): Falling through the cracks: gaps in depression treatment among older Mexican-origin and white men. In: *International journal of geriatric psychiatry* 27 (12), S. 1283–1290. DOI: 10.1002/gps.3779.

Hollander, Anna-Clara; Dal, Henrik; Lewis, Glyn; Magnusson, Cecilia; Kirkbride, James B.; Dalman, Christina (2016): Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. In:*BMJ (Clinical research ed.)* 352, i1030. DOI: 10.1136/bmj.i1030.

Huey, Stanley J.; Park, Alayna L.; Galán, Chardée A.; Wang, Crystal X. (2023): Culturally Responsive Cognitive Behavioral Therapy for Ethnically Diverse Populations. In: *Annual review of clinical psychology* 19, S. 51–78. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-080921-072750.

Kamps, I.; Klein, L.; Norris, L. (2015): Occupational Justice – ein Recht für alle?! In: *Ergotherapie und Rehabilitation* 54 (7), S. 23–27.

Kananian, Schahryar; Ayoughi, Sarah; Farugie, Arieja; Hinton, Devon; Stangier, Ulrich (2017): Transdiagnostic culturally adapted CBT with Farsi-speaking refugees: a pilot study. In: *European journal of psychotraumatology* 8 (sup2), S. 1390362. DOI: 10.1080/20008198.2017.1390362.

Kastrup, M. (2008): Staff competence in dealing with traditional approaches. In: *Eur Psychiatry* 23 Suppl 1, S. 59–68. DOI: 10.1016/S0924-9338(08)70063-4.

Klöss-Fleischmann, A. (2014): Transkulturelle Kunsttherapie: Raum, Identität und die Auswirkungen einer Migration im klinischen Kontext. Hamburg: Dipomica Verlag.

Knefel, Matthias; Kantor, Viktoria; Weindl, Dina; Schiess-Jokanovic, Jennifer; Nicholson, Andrew A.; Verginer, Lucia et al. (2022): A brief transdiagnostic psychological intervention for Afghan asylum seekers and refugees in Austria: a randomized controlled trial. In: *European journal of psychotraumatology* 13 (1), S. 2068911. DOI: 10.1080/20008198.2022.2068911.

Koch, E. (2017a): Dolmetscher in der Psychiatrie. In: Graef-Calliess, IT; Schouler-Ocak, M (Hrsg.): Migration und Transkulturalität. Stuttgart: Schattauer, S. 219-230.

Koch, E. (2017b): Psychiatrische Versorgung und interkulturelle Öffnung. In: I. T. Graef-Calliess und M. Schouler-Ocak (Hg.): Migration und Transkulturalität. Stuttgart: Schattauer, S. 85–96.

Koch, E. (2025): Stationäre Psychotherapie von Migranten - das Marburger Modell als Pionier eines interkulturellen Ansatzes. In: M. Schouler-Ocak und I. T. Graef-Calliess (Hg.): Interkulturelle Psychotherapie - Migrations- und Fluchtgeschichte in der therapeutischen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Koch, E.; Assion, H.-J. (2020): Bericht aus dem Arbeitskreis Psychiatrie und Migration. In: *Psychiatr Prax* 47 (05), S. 287.

Koch, E.; Küchenhoff, B.; Schouler-Ocak, M. (2018): Ambulante und stationäre Behandlung. In: Machleidt, W; Kluge, U; Sieberer, M; Heinz, A (Hrsg.): Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier: S. 569-580.

La Roche, M.; Christopher, M. S.; West, L. M.; Casas, J. M. (2017): Toward a cultural evidence-based psychotherapy. In: J. M. Casas, L. A. Suzuki, C. M. Alexander und M. A. Jackson (Hg.): Handbook of multicultural counseling: SAGE Publications, S. 177–187.

Larkin, Gregory Luke; Rivera, Hector; Xu, Hongzhi; Rincon, Edward; Beautrais, Annette L. (2011): Community responses to a suicidal crisis: implications for suicide prevention. In: *Suicide & life-threatening behavior* 41 (1), S. 79–86. DOI: 10.1111/j.1943-278X.2010.00013.x.

Lely, Jeannette C. G.; Smid, Geert E.; Jongedijk, Ruud A.; W Knipscheer, Jeroen; Kleber, Rolf J. (2019): The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. In: *European journal of psychotraumatology* 10 (1), S. 1550344. DOI: 10.1080/20008198.2018.1550344.

Lesser, Ira M.; Castro, Daniel B.; Gaynes, Bradley N.; Gonzalez, Jodi; Rush, A. John; Alpert, Jonathan E. et al. (2007): Ethnicity/race and outcome in the treatment of depression: results from STAR*D. In: *Medical care* 45 (11), S. 1043–1051. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181271462.

Levecque, Katia; Lodewyckx, Ina; Vranken, Jan (2007): Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. In:*Journal of affective disorders* 97 (1-3), S. 229–239. DOI: 10.1016/j.jad.2006.06.022.

Lewis-Fernández, R.; Aggarwal, N. K.; Kirmayer, L. J. (2016): Introduction (xxvii-xxiv). In: R. Lewis-Fernandez, N. Aggarwal, L. Hinton, D. Hinton und I. J. Kirmayer (Hg.): DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview. USA: American Psychiatric Publishing, S. 173–181.

Machleidt, W. (2007): Die »kulturelle Adoleszenz« als Integrationsleistung im Migrationsprozess. In:*Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 9 (2), S. 13–23.

Marwaha, Steven; Livingston, Gill (2002): Stigma, racism or choice. Why do depressed ethnic elders avoid psychiatrists? In: *Journal of affective disorders* 72 (3), S. 257–265.

Mediendienst Integration (2024): Bevölkerung. Online verfügbar unter https://mediendienst-integration.de/en/migration/bevoelkerung.html, zuletzt geprüft am 21.02.2025.

Meschede, E. (2022): Kunsttherapie mit Geflüchteten. In: F. von Spreti, M. Rentrop und H. Förstl (Hg.): Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier, S. 220–227.

Mewes, Ricarda; Giesebrecht, Julia; Weise, Cornelia; Grupp, Freyja (2021): Description of a Culture-Sensitive, Low-Threshold Psychoeducation Intervention for Asylum Seekers (Tea Garden). In: *Clinical psychology in Europe* 3 (Spec Issue), e4577. DOI: 10.32872/cpe.4577.

Morawa, Eva; Erim, Yesim (2014): Acculturation and depressive symptoms among Turkish immigrants in Germany. In: *International journal of environmental research and public health* 11 (9), S. 9503–9521. DOI: 10.3390/ijerph110909503.

Morina, Naser; Maier, Thomas; Schmid Mast, Marianne (2010): Lost in translation?--Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 60 (3-4), S. 104–110. DOI: 10.1055/s-0029-1202271.

Naeem, Farooq; Waheed, Waquas; Gobbi, Mary; Ayub, Muhammad; Kingdon, David (2011): Preliminary evaluation of culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: findings from Developing Culturally-sensitive CBT Project (DCCP). In: *Behavioural and cognitive psychotherapy* 39 (2), S. 165–173. DOI: 10.1017/S1352465810000822.

Nohr, Laura; Dumke, Lars; Klein, Eva M.; Wilker, Sarah (2024): Die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung in Deutschland – Eine Übersicht. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 74 (6), S. 205–213. DOI: 10.1055/a-2304-8902.

Oesterreich, C.; Hegemann, T. (2010): Interkulturelle Systemische Therapie und Beratung. In: *PiD – Psychotherapie im Dialog* 11 (4), S. 319–325.

Özkan, I.; Belz, M. (2019): Sprachreduzierte Ressourcen-und Traumastabilisierungsgruppe: Manuale zur Gruppenpsychotherapie mit Geflüchteten und Migranten: Klett-Cotta.

Pabst, Astrid; Schauer, Maggie; Bernhardt, Kirstin; Ruf, Martina; Goder, Robert; Rosentraeger, Rotraudt et al. (2012): Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using narrative exposure therapy: a feasibility study. In: *Psychother Psychosom* 81 (1), S. 61–63. DOI: 10.1159/000329548.

Patanè, Martina; Ghane, Samrad; Karyotaki, Eirini; Cuijpers, Pim; Schoonmade, Linda; Tarsitani, Lorenzo; Sijbrandij, Marit (2022): Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. In: *Global mental health (Cambridge, England)* 9, S. 250–263. DOI: 10.1017/gmh.2022.29.

Penka, S.; Kluge, U.; Vardar, A.; Borde, T.; Ingleby, D. (2012): The concept of "intercultural opening": the development of an assessment tool for the appraisal of its current implementation in the mental health care system. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 27 Suppl 2, S63-9. DOI: 10.1016/S0924-9338(12)75710-3.

Penka, Simone; Faißt, Hanna; Vardar, Azra; Borde, Theda; Mösko, Mike Oliver; Dingoyan, Demet et al. (2015): Der Stand der interkulturellen Öffnung in der psychosozialen Versorgung--Ergebnisse einer Studie in einem innerstädtischen Berliner Bezirk. In: *Psychother Psychosom Med Psychol* 65 (9-10), S. 353–362. DOI: 10.1055/s-0035-1549961.

Phiri, Peter; Clarke, Isabel; Baxter, Lydia; Zeng, Yu-Tian; Shi, Jian-Qing; Tang, Xin-Yuan et al. (2023): Evaluation of a culturally adapted cognitive behavior therapy-based, third-wave therapy manual. In: *World journal of psychiatry* 13 (1), S. 15–35. DOI: 10.5498/wjp.v13.i1.15.

Priebe, Stefan; Giacco, Domenico; El-Nagib, Rawda (2016): Public Health Aspects of Mental Health Among Migrants and Refugees: A Review of the Evidence on Mental Health Care for Refugees, Asylum Seekers and Irregular Migrants in the WHO European Region. Copenhagen.

Rumbaut, R. G. (1997): Ties that bind: Immigration and immigrant families. In: A. Booth, A. C. Crouter und Landale N.S. (Hg.): Immigration and the family: Research and policy on US immigrants: Lawrence Erlbaum Associates, S. 3–46.

Sack, M. (2022): Klinische Traumatherapie. In: F. von Spreti, M. Rentrop und H. Förstl (Hg.): Kunsttherapie bei psychischen Störungen. München: Elsevier, S. 196–200.

Scheiber, Barbara; Greinz, Gerda; Hillebrand, Jan B.; Wilhelm, Frank H.; Blechert, Jens (2019): Resilienztraining für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. In: *Kindheit und Entwicklung* 28 (3), S. 173–181. DOI: 10.1026/0942-5403/a000287.

Schenk, Liane; Sonntag, Pia-Theresa; Beck, Patricia; Khan, Zohra; Peppler, Lisa; Schouler-Ocak, Meryam (2022): Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. In: *BMC health services research* 22 (1), S. 644. DOI: 10.1186/s12913-022-07947-x.

Schofield, Peter; Thygesen, Malene; Das-Munshi, Jayati; Becares, Laia; Cantor-Graae, Elizabeth; Agerbo, Esben; Pedersen, Carsten (2018): Neighbourhood ethnic density and psychosis - Is there a difference according to generation? In: *Schizophrenia research* 195, S. 501–505. DOI: 10.1016/j.schres.2017.09.029.

Schouler-Ocak, M.; Aichberger, M. C. (2015): Versorgung von Migranten. In: *PSYCH up2date* 9 (3), S. 177–188.

Schouler-Ocak, M.; Bretz, H. J.; Penka, S.; Koch, E.; Hartkamp, N.; Siefen, R. G. et al. (2008): Patients of immigrant origin in inpatient psychiatric facilities. A representative national survey by the Psychiatry and Migration Working Group of the German Federal Conference of Psychiatric Hospital Directors. In: *Eur Psychiatry* 23 Suppl 1, S. 21–27. DOI: 10.1016/S0924-9338(08)70058-0.

Schouler-Ocak, M.; Heredia Montesinos, A.; Aichberger, M. C. (2014): Suizidprävention bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund. In: *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 9 (2), S. 68–73.

Schouler-Ocak, Meryam; Aichberger, Marion C. (2017): Kulturelle Einflussfaktoren in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut* 62 (4), S. 277–284. DOI: 10.1007/s00278-017-0204-x.

Schouler-Ocak, Meryam; Graef-Calliess, Iris T.; Tarricone, Ilaria; Qureshi, Adil; Kastrup, Marianne C.; Bhugra, Dinesh (2015): EPA guidance on cultural competence training. In:*European Psychiatry* 30 (3), S. 431–440. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.012.

Schouler-Ocak, Meryam; Graef-Calliess, Iris Tatjana (Hg.) (2025): Interkulturelle Psychotherapie. Migrations- und Fluchtgeschichte in der therapeutischen Arbeit. W. Kohlhammer GmbH. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schouler-Ocak, Meryam; Wintrob, Ronald; Moussaoui, Driss; Villasenor Bayardo, Sergio J.; Zhao, Xu-Dong; Kastrup, Marianne C. (2016): Background paper on the needs of migrant, refugee and asylum seeker patients around the globe. In: *International Journal of Culture and Mental Health* 9 (3), S. 216–232. DOI: 10.1080/17542863.2016.1176346.

Selten, Jean-Paul; van der Ven, Els; Termorshuizen, Fabian (2020): Migration and psychosis: a meta-analysis of incidence studies. In: *Psychological medicine* 50 (2), S. 303–313. DOI: 10.1017/S0033291719000035.

Stafford, Mai; Newbold, Bruce K.; Ross, Nancy A. (2011): Psychological distress among immigrants and visible minorities in Canada: a contextual analysis. In: *The International journal of social psychiatry* 57 (4), S. 428–441. DOI: 10.1177/0020764010365407.

Storck, Timo; Schouler-Ocak, Meryam; Brakemeier, Eva-Lotta (2016): „Words don't come easy". In: *Psychotherapeut* 61 (6), S. 524–529. DOI: 10.1007/s00278-016-0149-5.

Sue, D. W.; Bernier, J. E.; Durran, A.; Feinberg, L.; Pedersen, P.; Smith, E. J. (2019): Die Therapie kultureller Vielfalt: Ein Handbuch. Weinheim: Beltz.

Tortelli, Andrea; Nakamura, Aurélie; Suprani, Federico; Schürhoff, Franck; van der Waerden, Judith; Szöke, Andrei et al. (2018): Subclinical psychosis in adult migrants and ethnic minorities: systematic review and meta-analysis. In: *BJPsych open* 4 (6), S. 510–518. DOI: 10.1192/bjo.2018.68.

Tseng, Wen-Shing; Streltzer, Jon (2004): Cultural competence in clinical psychiatry. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub (Core competencies in psychotherapy).

Turrini, G.; Purgato, M.; Acarturk, C.; Anttila, M.; Au, T.; Ballette, F. et al. (2019): Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. In: *Epidemiology and psychiatric sciences* 28 (4), S. 376–388. DOI: 10.1017/S2045796019000027.

Ueberberg, B.; Staudt, J.; Kaaz, T.; Bilgin, B.; Goulbourn, A.; Koch, E.; Assion, H. J. (2024): Psychoedukation für Patienten mit Migrationshintergrund. In: *Nervenheilkunde* 43 (03), S. 97–102.

Uphoff, Eleonora; Robertson, Lindsay; Cabieses, Baltica; Villalón, Francisco J.; Purgato, Marianna; Churchill, Rachel; Barbui, Corrado (2020): An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. In:*The Cochrane database of systematic reviews* 9 (9), CD013458. DOI: 10.1002/14651858.CD013458.pub2.

van der Wurff, F. B.; Beekman, A. T. F.; Dijkshoorn, H.; Spijker, J. A.; Smits, C. H. M.; Stek, M. L.; Verhoeff, A. (2004): Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. In: *Journal of affective disorders* 83 (1), S. 33–41. DOI: 10.1016/j.jad.2004.04.009.

van Dorp, Melissa; Boon, Albert; Spijkerman, Renske; Los, Leontien (2021): Substance use prevalence rates among migrant and native adolescents in Europe: A systematic review. In:*Drug and alcohol review* 40 (2), S. 325–339. DOI: 10.1111/dar.13154.

Varchmin, Leonie; Montag, Christiane; Treusch, Yvonne; Kaminski, Jakob; Heinz, Andreas (2021): Traumatic Events, Social Adversity and Discrimination as Risk Factors for Psychosis - An Umbrella Review. In: *Frontiers in psychiatry* 12, S. 665957. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.665957.

Veling, Wim; Susser, Ezra; van Os, Jim; Mackenbach, Johan P.; Selten, Jean-Paul; Hoek, Hans W. (2008): Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. In: *Am J Psychiatry* 165 (1), S. 66–73. DOI: 10.1176/appi.ajp.2007.07030423.

Will, A. K. (2022): Anstelle des Migrationshintergrunds – Eingewanderte erfassen. Online verfügbar unter https://rat-fuer-migration.de/2022/06/07/rfm-debatte-2022/.

Williams, David R.; González, Hector M.; Neighbors, Harold; Nesse, Randolph; Abelson, Jamie M.; Sweetman, Julie; Jackson, James S. (2007): Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. In: *Arch Gen Psychiatry* 64 (3), S. 305–315. DOI: 10.1001/archpsyc.64.3.305.

Wittig, U.; Lindert, J.; Merbach, M.; Brähler, E. (2008): Mental health of patients from different cultures in Germany. In: *European Psychiatry* 23 Suppl 1, S. 28–35. DOI: 10.1016/S0924-9338(08)70059-2.

Yolci, Arda; Schenk, Liane; Sonntag, Pia-Theresa; Peppler, Lisa; Schouler-Ocak, Meryam; Schneider, Anna (2022): Observed and personally experienced discrimination: findings of a cross-sectional survey of physicians and nursing staff. In: *Human resources for health* 20 (1), S. 83. DOI: 10.1186/s12960-022-00779-0.

Zeef, A.; Salman, R.; Krauth, C.; Walter, U.; Machleidt, W. (2011): Prävention bei Migranten am Beispiel der Sucht. In: Machleidt, W; Heinz, A (Hrsg): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. München: Elsevier: S. 541- 550.

14.5 Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen im Maßregelvollzug

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autorin: Prof. Dr. Manuela Dudeck

Bedeutung

Wenn jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen hat, so ordnet das Gericht die **Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB)** an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters (oder der Täterin) und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich erheblich geschädigt oder erheblich gefährdet werden oder schwerer wirtschaftlicher Schaden angerichtet wird, zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.

Hat eine Person hingegen den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird diese wegen einer rechtswidrigen Tat, die überwiegend auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt, kann gemäß § 64 StGB eine **Unterbringung in einer Entziehungsanstalt** angeordnet werden. Dabei muss eine Substanzkonsumstörung vorliegen, die eine dauernde und schwerwiegende Beeinträchtigung der Lebensgestaltung, der Gesundheit, der Arbeits- oder der Leistungsfähigkeit andauernd zur Folge hat.

Beide Unterbringungen dienen der Behandlung der Erkrankung, aber auch der Verhinderung weiterer Straftaten und dem Schutz Dritter.

Darüber hinaus kann eine Person gemäß § 126a StPO im **Maßregelvollzug** untergebracht werden, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21StGB) begangen hat und die Unterbringung gemäß §§ 63 oder 64 StGB wahrscheinlich ist. Damit wird der öffentlichen Sicherheit Genüge getan.

Die letzte **Strafvollzugsstatistik 2013/2014** gibt konkrete Zahlen für das Jahr 2013 an. Danach waren 6.633 Menschen gemäß § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht. Gemäß § 64 StGB wurden 3.686 Menschen in einer Entziehungsanstalt behandelt und 556 Personen waren einstweilig gemäß § 126a StPO untergebracht (Statistisches Bundesamt 2013/2014). Aus der Pressemitteilung der DGPPN vom 25.11.2022 geht hervor, dass 2019 ca. 12.000 Personen im Maßregelvollzug untergebracht waren. Das entspricht 0,06 Prozent der 17,8 Millionen Personen, die jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen sind (DGPPN 2022).

Die Unterbringung gemäß § 63 dauert im Mittel sechs Jahre; die Behandlung in der Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) erfolgt innerhalb von ca. zwei Jahren. Der Maßregelvollzug wird auf Länderebene geregelt und der Umgang mit den Untergebrachten wird durch das jeweilige

Maßregelvollzugsgesetz (MRVG) vorgegeben. Die **häufigsten Erkrankungen** sind therapieresistente Schizophrenien, leicht bis mittelgradige Intelligenzminderungen, schwere Persönlichkeitsstörungen, aber auch schwere Substanzkonsumstörungen mit mindestens einer diagnostizierten komorbiden Persönlichkeitsstörung. Hinzu kommen paraphile Störungen.

Die Unterbringung im Maßregelvollzug ist grundsätzlich geschlossen und psychosoziale Interventionen finden unter Zwang statt. Dennoch soll gemäß den **Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug** nach §§ 63 und 64 StGB den Patient:innen eine sinnvolle Tagesstruktur mit Arbeit, kreativen Elementen und möglichst umfassender Selbstversorgung gewährleistet werden. Wesentlich ist es, dass die Patient:innen durch die Neuorientierung an Selbstachtung und Würde gewinnen sollen, wozu beispielsweise ein im Maßregelvollzug erworbener Schulabschluss oder eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung beitragen können. Hinzu kommt die Ausgestaltung der Freizeit und die Wiederentdeckung von Hobbies über sportliche und erlebnispädagogische Aktivitäten, Gruppenausflüge in die Natur oder kulturelle Angebote wie Musik-, Mal- oder Theaterprojekte (Müller et al. 2017).

Internationale Evidenz

Die Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei schweren psychischen Erkrankungen im forensisch-psychiatrischen Setting ist bislang nicht im Fokus aktueller Forschung.

Der systematische Review von Hassan et al. (2022) konnte vier Studien mit insgesamt 112 Teilnehmenden mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis auswerten, die die Wirkung von Sporttherapie untersucht haben. Unter Sporttherapie kam es zur signifikanten Verbesserung von Negativsymptomen bei an Schizophrenie erkrankten Personen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Allerdings kam es in beiden Gruppen auch zur Reduzierung von psychopathologischen Symptomen. Darüber hinaus wurde eine Gewichtsreduzierung und eine Verminderung des Bauchumfangs nur in den Interventionsgruppen beobachtet.

Zur Effektivität von Kunsttherapie im forensisch-psychiatrischen Setting und deren Wirkmechanismen legten Abbing et al. (2023) eine Metaanalyse vor, die 18 Studien (11 RCTs/CCTs, 7 prä-post Designs) einschloss. Inhaltlich wurden Kunsttherapie, Musik- und Dramatherapie allerdings zusammengefasst. Hierbei zeigten sich in den Interventionsgruppen signifikante Effekte auf psychiatrische und suchtspezifische Symptome. Sowohl das soziale als auch das psychologische Funktionsniveau verbesserten sich und hatten so einen protektiven Effekt auf kriminelles Verhalten generell. Das antisoziale Verhalten konnte mittels dieser Therapien nicht verändert werden. Abbing et al. (2023) wiesen aber darauf hin, dass diese Ergebnisse als lediglich explorativ betrachtet werden können.

Die Rolle von Arbeitstherapie ist bislang am wenigsten untersucht. Dabei dient diese einer guten Strukturierung im Alltag und entdeckt ehemals erworbene Fertigkeiten neu. Lediglich aus Australien und Südafrika kommend liegen insgesamt drei qualitative Studien vor. Darin wird berichtet, dass Arbeitstherapie Hoffnung in Patient:innen initiiert, dadurch der Wert der Arbeit wieder neu erlebt und die Identität als arbeitende Person positiv etabliert wird (Soeker et al. 2021). Andererseits wird auch die Begrenzung von Arbeit unter geschlossenen Bedingungen als limitierend erlebt (Mynard et al. 2024; Lewis et al. 2024).

In den vergangenen 10 Jahren hat das Angebot an Tier- und insbesondere Hundegestützten Interventionen in Gefängnissen weltweit zugenommen. Seit 2016 wird das PAWSitive Support Programm im kanadischen Bundesgefängnis durchgeführt. Die qualitative Auswertung dieses Programms legte nahe, dass die Therapie mit Hunden die Beziehung zwischen Personal und Gefangenen verbessert, die Hunde als Beziehungspartner Trost und Unterstützung gaben und die Gefangenen ihre Gefühle besser ausdrücken konnten. Zusammenfassend wurde die hundegestützte Therapie auch für ein forensisch-psychiatrisches Setting empfohlen (Gibson et al. 2023). Hunde- und Pferdegestützte Therapien haben sich bei therapieresistenten Patient:innen mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Störung, die wegen aggressiver Übergriffe hospitalisiert und länger als zwei Monate behandelt wurden, als sehr hilfreich erwiesen. Es zeigten sich auch hier eine deutliche Verringerung von aggressivem Verhalten und eine Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik (Nurenberg et al. 2015).

Im Maßregelvollzug ist es der juristische Auftrag, die Krankheitssymptome zu bessern, die zur Straftat geführt haben. Der normativ-juristische Begriff der „Besserung" weist durchaus Schnittmengen mit dem Konzept der Genesung auf.Peer-Support-Mitarbeitende sind Personen, die selbst Erfahrungen mit - im Falle der psychischen Gesundheitsversorgung - psychischen Störungen haben und diese Erfahrungen nutzen, um andere bei ihrer persönlichen Genesung zu unterstützen. Die Arbeitsgruppe um Birgit Völlm hat sich in einer qualitativen Studie mit diesem Thema auseinandergesetzt und im Maßregelvollzug untergebrachte Personen in Fokusgruppen über ihre Erfahrungen, die Akzeptanz und die wahrgenommene Wirkung des Peer-Support-Mitarbeitenden befragt. Im Ergebnis zeigte sich eine breite Akzeptanz, da Peer-Support-Mitarbeitende ihre eigenen Erfahrungen dem professionellen Team nahebringen können (Walde et al. 2023). Im Maßregelvollzug tätige Peers benötigen dabei keine besondere Ausbildung, die sie dazu befähigt. Zu beachten bleibt hier aber der strafrechtliche Hintergrund der Peers (Adams und Lincoln 2020). Die Überwindung der Kluft zwischen „uns und ihnen" und die weitere Entwicklung von Dienstleistungen in einem strafrechtlich definierten Rahmen bleibt weiterhin sehr schwierig (Hardy et al. 2024).

Praxis

Die Therapie der im Maßregelvollzug untergebrachten Personen erfolgt entlang von Rehabilitationsmodellen. Das Reasoning and Rehabiltation Programm (R&R) ist das weltweit am häufigsten eingesetzte Modell und zielt auf Veränderung von Denken und Handeln von Straftäter:innen ab und adressiert fast ausschließlich Antisozialität in Denken und Verhalten (Ross et al. 1988).

Das Good Lives Model (GLM) geht davon aus, dass jeder Mensch das Recht hat, ein zufriedenes und glückliches Leben zu führen (Ward et al. 2007). Zwar ist auch hier ein Risikomanagement inkludiert, aber hier geht es auch darum, ein gelingendes und zufriedenes Leben zurückzugewinnen oder erstmals zu etablieren. GLM bedeutet, dass es Grundbedürfnisse in einem Leben gibt, deren Erfüllung für alle Menschen gleichermaßen gelten, und dass Straftäter:innen ihr Recht darauf nicht verwirkt haben. Gemäß diesem Programm sind primäre Güter in einem Leben Dinge, die zu seelischem Wohlbefinden führen, so Straftaten verhindern und deshalb gefördert werden müssen. Dazu gehören:

1. **Leben:** körperliche Bedürfnisse und Faktoren, die für ein gesundes Leben und eine physische Funktionsfähigkeit bedeutsam sind;
2. **Wissen:** das Bedürfnis, bestimmte Dinge, über sich selbst, andere Personen oder die natürliche Umgebung zu verstehen;
3. **Vortrefflichkeit in Spiel und Arbeit:** das Bedürfnis, Aktivitäten aufzunehmen und sich in diesen fortlaufend zu verbessern;
4. **Autonomie:** das Bedürfnis, eigene Ziele zu formulieren und diese in selbstbestimmter Art und Weise zu verfolgen, ohne durch andere hierin beeinträchtigt zu werden;
5. **Innerer Frieden:** das Bedürfnis, mit Gefühlen umzugehen und einen Zustand emotionalen Ausgleichs erreichen zu können;
6. **Verbundenheit:** das Bedürfnis, warme und liebevolle Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und aufrechtzuerhalten;
7. **Gemeinschaft:** das Bedürfnis, sozialen Gruppen anzugehören, die die eigenen Werte, Sorgen und Interessen teilen;
8. **Spiritualität:** das Bedürfnis, im eigenen Leben Bedeutung und Sinn zu finden;
9. **Glück:** das Bedürfnis nach Vergnügen, einschließlich sexueller Zufriedenheit sowie der Erfahrung, mit dem eigenen Leben einverstanden und zufrieden zu sein;
10. **Kreativität:** das Bedürfnis nach Neuem und Erfinderischem, anderen Herangehensweisen von neuen, künstlerischen oder kreativen Werken.

Für diese 10 primären Güter sind die o. g. psychosozialen Interventionen unabdingbar, damit die psychisch kranken Straftäter:innen die Möglichkeit bekommen, ihr Leben neu zu strukturieren und zu denken.

Nach Aufnahme in den Maßregelvollzug wird für jede untergebrachte Person innerhalb von vier Wochen eine Aufnahme- und Diagnostikkonferenz vorbereitet, in deren Folge ein Behandlungs- und Wiedereingliederungsplan erstellt wird. Die Aktualisierung erfolgt alle sechs Monate. Danach wird ein individueller Wochenplan erstellt, der alle psychosozialen Interventionen neben psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen enthält. Neben den etablierten Psychotherapien werden im Maßregelvollzug auch deliktspezifische Therapien wie z. B. das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter angeboten (Rehder et al. 2013). Die sukzessive Erhöhung der Freiheitsgrade erfolgt entlang von Lockerungsstufen. Die Fortschritte in der Therapie werden in gutachterlichen Stellungnahmen festgehalten, die für die Gerichte halb- bzw. einmal im Jahr erstellt werden.

Herausforderungen

Im Maßregelvollzug untergebrachte Personen stellen gemäß der Deklaration von Helsinki eine vulnerable Gruppe dar und sollen besonders bedachten Schutz erhalten (WMA 2013). Deshalb ist medizinische Forschung gemäß Punkt 20 der Deklaration nur dann gerechtfertigt, wenn das Forschungsvorhaben auf die gesundheitlichen Bedürfnisse oder Prioritäten dieser Gruppe reagiert und das Forschungsvorhaben nicht an einer nicht-vulnerablen Gruppe durchgeführt werden kann. Das stellt Forschungsvorhaben in der Versorgungsforschung vor große Herausforderungen und muss darüber hinaus mit dem jeweils zuständigen Referat von Sozial- und Justizministerien abgestimmt werden. Die finanziellen Ressourcen sind sehr begrenzt und zumeist an Einzel- oder Modellprojekte gebunden. Es wäre durchaus wünschenswert, wenn deutlich mehr im Maßregelvollzug untergebrachte Personen an Studien teilnehmen könnten, da sie wenig vergleichbar mit allgemeinpsychiatrischen Patient:innenen sind und eine wesentlich größere Heterogenität aufweisen. Nur so können sie an modernen, ihren Bedarfen entsprechenden, psychosozialen Interventionen partizipieren.

Die Etablierung von Peer-Support-Mitarbeitenden hat sich in den deutschen Maßregelvollzügen bislang nicht durchgesetzt, auch weil aus dem Maßregelvollzug entlassene Personen Führungsaufsicht von bis zu fünf Jahren bekommen, einer Bewährungshelfenden Person unterstehen und die Parallelhaftstrafen in der Regel zur Bewährung ausgesetzt worden sind. Damit unterliegen sie vielen Weisungen. Die „Time at risk" liegt bei ca. drei bis fünf Jahren d. h. die Rückfälligkeit in die Delinquenz bleibt auch bei Peer-Support-Mitarbeitenden ein Thema. Damit ist der Einsatz im Maßregelvollzug begrenzt und die Erweiterung der von Peers geleiteten Interventionen und die Einbeziehung des „flexiblen" Charakters von Peer-Support-Mitarbeitenden bleiben die größte Herausforderung für die Zukunft (Hardy et al. 2024).

Literaturverzeichnis

Abbing, Annemarie; Haeyen, Suzanne; Nyapati, Sashank; Verboon, Peter; van Hooren, Susan (2023): Effectiveness and mechanisms of the arts therapies in forensic care. A systematic review, narrative synthesis, and meta analysis. In: *Frontiers in psychiatry* 14, S. 1128252. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1128252.

Adams, Wallis E.; Lincoln, Alisa K. (2020): Forensic peer specialists: Training, employment, and lived experience. In: *Psychiatric rehabilitation journal* 43 (3), S. 189–196. DOI: 10.1037/prj0000392.

DGPPN (2022): Psychiater fordern bessere Versorgung psychisch erkrankter Straftäter. Berlin. Online verfügbar unter https://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2022/psychisch-erkrankte-straftaeter.html, zuletzt aktualisiert am 25.11.2022, zuletzt geprüft am 21.03.2025.

Gibson, Maryellen; Dell, Colleen Anne; Chalmers, Darlene; Rath, Grace; Mela, Mansfield (2023): Unleashing compassionate care: canine-assisted intervention as a promising harm reduction approach to prisonization in Canada and its relevance to forensic psychiatry. In: *Frontiers in psychiatry* 14, S. 1219096. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1219096.

Hardy, Sarah C.; Alves-Costa, Filipa; Robinson, Georga (2024): Peer Support-Led Interventions in Forensic Settings: Listening to Service Users and Peer Support worker' Perceptions and Experiences. In: *Journal of Forensic Psychology Research and Practice* 24 (5), S. 771–793. DOI: 10.1080/24732850.2023.2251446.

Hassan, Jessica; Shannon, Stephen; Tully, Mark A.; McCartan, Claire; Davidson, Gavin; Bunn, Richard; Breslin, Gavin (2022): Systematic review of physical activity interventions assessing physical and mental health outcomes on patients with severe mental illness (SMI) within secure forensic settings. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 29 (5), S. 630–646. DOI: 10.1111/jpm.12832.

Lewis, Shaniah; Pope, Kirsty; Mynard, Lorrae (2024): Time use of patients in a secure forensic hospital: A mixed methods study. In: *Australian Occupational Therapy Journal* 71 (5), S. 733–745. DOI: 10.1111/1440-1630.12961.

Müller, J. L.; Saimeh, N.; Briken, P.; Eucker, S.; Hoffmann, K.; Koller, M. et al. (2017): Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB : Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. In: *Der Nervenarzt* 88 (Suppl 1), S. 1–29. DOI: 10.1007/s00115-017-0382-3.

Mynard, Lorrae; Joosten, Annette; D'Souza, Ayesha; Ashley, Danielle; Darzins, Susan (2024): Occupational therapy with patients in forensic solitary confinement: A qualitative study. In: *Australian Occupational Therapy Journal* 71 (4), S. 447–460. DOI: 10.1111/1440-1630.12930.

Nurenberg, Jeffry R.; Schleifer, Steven J.; Shaffer, Thomas M.; Yellin, Mary; Desai, Prital J.; Amin, Ruchi et al. (2015): Animal-assisted therapy with chronic psychiatric inpatients: equine-assisted psychotherapy and aggressive behavior. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 66 (1), S. 80–86. DOI: 10.1176/appi.ps.201300524.

Rehder, Ulrich; Wischka, Bernd; Foppe, Elisabeth (2013): Das Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter (BPS). In: Bernd Wischka, Willi Pecher und Hilde van den Boogaart (Hg.): Behandlung von Straftätern, Bd. 26. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media (Studien und Materialien zum Straf- und Massregelvollzug), S. 418–453.

Ross, Robert R.; Fabiano, Elizabeth A.; Ewles, Crystal D. (1988): Reasoning and Rehabilitation. In: *International journal of offender therapy and comparative criminology* 32 (1), S. 29–35. DOI: 10.1177/0306624X8803200104.

Soeker, Mogammad Shaheed; Hare, Saabirah; Mall, Saadia; van der Berg, Jean (2021): The value of occupational therapy intervention for the worker roles of forensic mental healthcare users in Cape Town, South Africa. In: *Work (Reading, Mass.)* 68 (2), S. 399–414. DOI: 10.3233/WOR-203381.

Statistisches Bundesamt (2013/2014): Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrichterlicher Anordnung Untergebrachte (Maßregelvollzug) - 2013/2014. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/krankenhaus-massregelvollzug-5243202149005.html, zuletzt geprüft am 21.03.2025.

Walde, Peggy; Hadala, Julia; Peipe, Verena; Völlm, Birgit Angela (2023): Implementation of a peer support worker in a forensic psychiatric hospital in Germany-Views of patients. In:*Frontiers in psychiatry* 14, S. 1061106. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1061106.

Ward, Tony; Mann, Ruth E.; Gannon, Theresa A. (2007): The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. In: *Aggression and Violent Behavior* 12 (1), S. 87–107. DOI: 10.1016/j.avb.2006.03.004.

WMA (2013): Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. World Medical Association. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_oldfiles/downloads/pdf, zuletzt geprüft am 24.03.2025.

14.6 Pandemic Preparedness: Was wir aus der COVID-19-Pandemie für die psychosoziale Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lernen

Hinweis: Die Referenzen zu diesem Kapitel befinden sich am Ende des Kapitels.

Autorin: Prof. Dr. Steffi G. Riedel-Heller

Bedeutung

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erwiesen sich in der Covid-19-Pandemie als besonders vulnerabel. Sie haben ein **hohes Risiko für direkte COVID-19-Folgen** mit erhöhter Morbidität und Mortalität (Barcella et al. 2021). Die Gründe waren vielschichtig und umfassen somatische Komorbiditäten, dysfunktionale Lebensstile als auch einen weniger guten Zugang zur somatischen Versorgung und zu Präventionsmaßnahmen und eine erhöhte Exposition in Settings mit hoher Kontaminationswahrscheinlichkeit. Gleichsam wurde zeitverzögert deutlich, dass schwer psychisch erkrankte Menschen ein ausgeprägtes Risiko für indirekte Pandemiefolgen haben. Diese basieren insbesondere auf den Maßnahmen des Gesundheitsschutzes mit Kontaktbeschränkungen und deren konkreten Folgen. Informationsunsicherheit und Veränderungen der Alltagsregeln, Lockdown und gegebenenfalls Quarantäne erwiesen sich als zusätzliche Stressoren mit negativen Effekten (Mueller-Stierlin et al. 2022). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung war eingeschränkt. Auswertungen von Kassendaten verwiesen auf ein erhöhtes Suizidrisiko für Menschen mit schweren psychischen Störungen (Engels et al. 2024b). Zudem muss von längerfristigen wirtschaftlichen Folgen mit erhöhter sozialer Ungleichheit für diese besonders vulnerable Gruppe ausgegangen werden (Riedel-Heller und Richter 2020; Ascone et al. 2023).

Psychosoziale Therapien sind neben den somatischen und psychotherapeutischen Interventionen eine wesentliche Säule in der Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen. In diesem Beitrag gehen wir deshalb folgenden Fragen nach: Was wissen wir über die **Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in der Pandemie**, insbesondere mit psychosozialen Therapien? Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen für zukünftige Pandemien und Notlagen? Evidenzgenerierung zu diesem Themenfeld und gelebte Praxis gingen hier zeitlich Hand in Hand beziehungsweise mussten praktische Lösungen gefunden werden für Fragen, zu denen bisher keine wissenschaftliche Evidenz vorlag. Umso wichtiger erscheint eine nachträgliche Reflexion zur Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen unter den Bedingungen einer Pandemie, um für ähnliche Ereignisse besser gewappnet zu sein.

Evidenz & Praxis

International wurden eine Reihe von **Arbeiten zur Versorgung psychisch kranker Menschen in der Pandemie** publiziert. Duden et al. (2022a)stellten in einer breit angelegten internationalen Übersicht diese Veränderungen psychiatrischer Versorgungsangebote während der COVID-19-Pandemie zusammen. Sie zeigten, dass viele Angebote zeitweise geschlossen oder stark reduziert wurden, während telepsychiatrische Leistungen erheblich ausgeweitet wurden. Präsenzangebote nahmen ab, ebenso wie gruppentherapeutische Interventionen. Zahlreiche stationäre Einrichtungen wurden umstrukturiert, um COVID-19-Betroffene aufzunehmen. Während die Digitalisierung der Versorgung den Zugang für einige Personen verbesserte, schränkten restriktive Maßnahmen den Zugang für viele andere erheblich ein. Das medizinische Personal berichtete von erheblichen Belastungen, etwa einer Verschlechterung der eigenen psychischen Gesundheit, zusätzlichem Druck in der Patientenversorgung und unterbrochener fachlicher Weiterbildung.

Eine internationale Übersicht, die sich auf **Angehörige schwer psychisch erkrankter Menschen** bezog, verwies auf eine erhöhte Belastung sowie auf körperliche und psychische Gesundheitsprobleme von Angehörigen infolge der Pandemie (Joung und Shin 2023). Empirische Längsschnittergebnisse aus den USA auf der Grundlage von umfänglichen MediCare-Daten zur Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen detektierten erhebliche Versorgungsunterbrechungen (Busch et al. 2022).

Die **deutsche Versorgungslandschaft** wurde ebenfalls weitestgehend unvorbereitet von der Pandemie getroffen (Richter und Zürcher 2020). Es konnte nicht auf spezifische Monitoring- und Surveillance-Strukturen zurückgegriffen werden, um zeitnah Informationen oder Daten zur Gesundheits- und Versorgungssituation von schwer psychisch erkrankten Menschen zu erhalten (Wittmann et al. 2025). Während des ersten Lockdowns wurden in Deutschland eine Vielzahl von gesundheitsbezogenen Regelungen erlassen, dabei blieben die spezifischen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei weitgehend unberücksichtigt (Fasshauer et al. 2021).

Wie sah die Versorgungssituation schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland in der Pandemie aus? Die **stationäre psychiatrische Versorgung** erfuhr erhebliche Veränderungen unter Pandemiebedingungen. In vielen Regionen wurden psychiatrische Bettenkontingente reduziert, um Kapazitäten für an COVID-19 erkrankte Menschen zu schaffen. Gleichzeitig führten Infektionsschutzmaßnahmen dazu, dass geplante Aufnahmen verzögert oder verhindert wurden, da man Infektionen in Einrichtungen fürchtete. In der Folge kam es zu einem deutlichen Rückgang stationärer Behandlungen in der Psychiatrie. Laut einer Metaanalyse von Erdekian et al. (2025) kam es in Deutschland im ersten Pandemie-Jahr zu einer signifikanten Reduktion stationärer Aufnahmen (RR = 0,74 im 1. Lockdown; RR = 0,78 im 2. Lockdown). Neben den eingeschränkten Aufnahmen in psychiatrische Kliniken gab es drastische Einschränkung von persönlichen Kontakten in therapeutischen und pflegerischen Bereichen und man muss davon ausgehen, dass gerade die gruppenbezogenen psychosozialen Interventionen im stationären Setting deutlich eingeschränkt oder ausgesetzt wurden (Richter und Zürcher 2020). Der Rückgang stationärer Kapazitäten war nicht mit einem Ausbau ambulanter und aufsuchender Angebote für die Patientengruppe verbunden. Angesichts des Infektionsrisikos in Einrichtungen wäre jedoch eine Ausweitung von Home Treatment bzw. stationsäquivalenter Behandlung das Gebot der Stunde gewesen, argumentierten z. B. Richter und Zürcher (2020).

Die vorhandene **ambulante psychiatrische Versorgung** war ebenfalls beeinträchtigt, aber adaptierte schneller (Engels et al. 2024a; Engels et al. 2022). Persönliche Kontakte wurden stark eingeschränkt und auf telefonische oder videobasierte Kontakte umgestellt. Dieser Wechsel konnte zwar in Teilen die Versorgung aufrechterhalten, war jedoch nicht für alle Betroffenen gleich zugänglich. Die Versorgungslücken trafen besonders schwer psychisch erkrankte Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf – etwa bei komorbiden Suchterkrankungen, psychosozialer Instabilität oder chronischen Verläufen. Duden et al. (2022b) und Gersdorf et al. (2023) zeigten für Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, dass die COVID-19-Pandemie zu erheblichen Einschränkungen in der psychosozialen Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen in Deutschland führte. Diese Veränderungen beziehen sich auf die organisatorischen Rahmenbedingungen zur Realisierung der Angebote, aber auch auf das Arbeiten im Team und das Belastungserleben der Mitarbeitenden (Bohlken et al. 2022; Steinhart 2022).

Tagesstrukturierende und rehabilitative Angebote wurden vielerorts ganz eingestellt oder stark reduziert. Dadurch fielen zentrale Elemente der sozialpsychiatrischen Versorgung, die auf soziale Teilhabe, alltagspraktische Unterstützung und therapeutische Stabilisierung zielten, zumindest temporär weg. Digitale Angebote konnten die entfallenen Präsenzformate gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nur teilweise ersetzen. Gleichsam entstanden in der Pandemie auch neue, kreative Angebote wie telefonische Krisendienste, Online-Selbsthilfegruppen oder digitale Therapieplattformen. Bestimmte psychosoziale Interventionsformen wie z. B. wie Kunst- oder Musiktherapie sowie milieuorientierte und alltagsbezogene Ansätze lassen sich digital kaum adäquat abbilden. Technische Schwierigkeiten und eine eingeschränkte digitale Kompetenz wurden gerade zu Beginn der Pandemie als Hürden im Austausch der Behandelnden untereinander und mit anderen Einrichtungen beschrieben. Die Studien demonstrierten jedoch auch die Anpassungsfähigkeit des ambulanten Versorgungssystems (Duden et al. 2022b).

Insgesamt zeigt sich, dass die psychosoziale Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen während der Pandemie nicht nur quantitativ reduziert, sondern auch qualitativ eingeschränkt war – mit potenziell langfristigen Auswirkungen auf Stabilität, Lebensqualität und soziale Integration der Betroffenen.

Herausforderungen

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen waren in besonderem Maße von den direkten und indirekten Auswirkungen der Pandemie betroffen. Für eine zukunftsfähige Krisenresilienz („Pandemic Preparedness“) ergeben sich daraus folgende Schlussfolgerungen:

1. Früherkennung und Risikobewertung vulnerabler Gruppen: Künftige Krisenstrategien müssen psychosoziale Vulnerabilitäten systematisch identifizieren und erfassen. Matrixbasierte Modelle zur Einschätzung kombinierter Risiken – etwa wie im Konzept von Ascone et al. (2023) – können helfen, besonders gefährdete Gruppen, wie Menschen mit schweren psychischen Störungen frühzeitig zu erkennen und zu schützen.

2. Psychosoziale Folgen frühzeitig in den Blick nehmen: Psychische Gesundheit ist ein zentraler Teil der öffentlichen Gesundheit („Public Mental Health“) und muss gleichrangig in Krisenstrategien berücksichtigt werden – und zwar von Beginn an. Das schließt die Implementierung von spezifischen Monitoring- und Surveillance-Systemen für Pandemiefolgen mit ein, insbesondere für vulnerable Gruppen wie schwer psychisch erkrankte Menschen.

3. Kontinuität der Versorgung sicherstellen: Die Psychosoziale Versorgung schwer psychisch kranker Menschen muss als systemrelevant anerkannt und unter Krisenbedingungen abgesichert werden – durch nationale und regionale Notfallpläne, klare Kommunikationswege und digitale Alternativen. Preparedness muss psychosoziale Therapien für diese Gruppe künftig als strukturelle Notwendigkeit begreifen, nicht als Zusatzoption.

4. Gemeindenahe und aufsuchende Versorgung stärken: Die Pandemie hat einmal mehr gezeigt: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen brauchen verlässliche, niedrigschwellige, wohnortnahe Unterstützung. Akute und längerfristige gemeindespsychiatrische

Versorgung von schwer psychisch Erkrankten in ihrem Lebensumfeld (Home Treatment, Assertive Community Treatment) müssen gestärkt und flächendeckend implementiert werden – auch als resiliente Infrastruktur in Krisenzeiten.

5. Digitale Versorgung ausbauen – niedrigschwellig, nutzerorientiert, ergänzend: App-gestützte Interventionen, telemedizinische Angebote und digitale Selbsthilfeformate haben sich als wichtige Ergänzung zur Präsenzversorgung erwiesen – auch für Menschen mit schweren psychischen Störungen. Entscheidend ist, diese Angebote partizipativ weiterzuentwickeln, barrierearm zu gestalten und evidenzbasiert in bestehende Versorgungspfade zu integrieren – nicht als Ersatz, sondern als sinnvolle Erweiterung. Digitale Kompetenzen gilt es bei Mitarbeitenden und Nutzern zu fördern.

6. Angehörige stärken und einbeziehen: Pflegende Angehörige von Menschen mit schweren psychischen Störungen waren in der Pandemie besonders belastet – durch den Wegfall entlastender Angebote, Unsicherheiten im Zugang zur Hilfe und die eigene psychische Beanspruchung. Ihre Rolle in der Versorgung muss künftig weiter systematisch gestärkt werden und in Notsituation mitgedacht werden.

7. Personal schützen und resilient machen: Professionelle Teams in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung waren mit hohen Anforderungen konfrontiert: Infektionsrisiken, ethische Dilemmata, Unsicherheit und Ausfälle im Kollegium. Ihre psychische Gesundheit, Handlungssicherheit und Weiterbildung müssen künftig integraler Bestandteil der Krisenvorbereitung sein – etwa durch Supervision, Schutzkonzepte und interdisziplinäre Schulungen.

Pandemien treffen nicht alle Menschen gleich. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gehören zu denjenigen, die am stärksten betroffen sind – und am wenigsten sichtbar bleiben. Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung müssen als Hochrisikogruppe systematisch im Pandemie-Management berücksichtigt werden – und zwar von Beginn an. Dies betrifft sowohl präventive Maßnahmen (z. B. bevorzugter Impfschutz, Aufklärung) als auch den Ausbau resilienter Versorgungsstrukturen (Stewart und Appelbaum 2020; Moreno et al. 2020). Pandemic Preparedness heißt: Krisenvorsorge inklusiv, evidenzbasiert und psychosozial sensibel zu gestalten. Es geht dabei darum, Resilienz zu schaffen – nicht nur auf individueller Ebene, sondern in Systemen, Strukturen und im gesellschaftlichen Miteinander.

Literaturverzeichnis

Ascone, Leonie; Rohenkohl, Anja Christine; Hurlemann, René; Meisenzahl, Eva; Riedel-Heller, Steffi G.; Becker, Thomas et al. (2023): Erfassung direkter (COVID-19-bezogener) und kollateraler, psychosozialer Folgen für vulnerable Gruppen am Beispiel schwerer psychischer Erkrankungen. In: *Psychiatr Prax* 50 (7), S. 381–388. DOI: 10.1055/a-2051-7613.

Barcella, Carlo Alberto; Polcwiartek, Christoffer; Mohr, Grimur Høgnason; Hodges, Gethin; Søndergaard, Kathrine; Niels Bang, Casper et al. (2021): Severe mental illness is associated with increased mortality and severe course of COVID-19. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 144 (1), S. 82–91. DOI: 10.1111/acps.13309.

Bohlken, Jens; Pabst, Alexander; Schömig, Friedericke; Pumberger, Matthias; Lempert, Thomas; Michalowsky, Bernhard; Riedel-Heller, Steffi (2022): Angsterleben von Hausärzten, Psychiatern und Chirurgen zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Deutschland. In: *Psychiatr Prax* 49 (8), S. 419–427. DOI: 10.1055/a-1522-8174.

Busch, Alisa B.; Huskamp, Haiden A.; Raja, Pushpa; Rose, Sherri; Mehrotra, Ateev (2022): Disruptions in Care for Medicare Beneficiaries With Severe Mental Illness During the COVID-19 Pandemic. In: *JAMA network open* 5 (1), e2145677. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.45677.

Duden, Gesa Solveig; Gersdorf, Stefanie; Stengler, Katarina (2022a): Global impact of the COVID-19 pandemic on mental health services: A systematic review. In: *J Psychiatr Res* 154, S. 354–377. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.08.013.

Duden, Gesa Solveig; Gersdorf, Stefanie; Trautmann, Kai; Steinhart, Ingmar; Riedel-Heller, Steffi; Stengler, Katarina (2022b): LeiP#netz 2.0: mapping COVID-19-related changes in mental health services in the German city of Leipzig. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 57 (8), S. 1531–1541. DOI: 10.1007/s00127-022-02274-2.

Engels, Alexander; Stein, Janine; Konnopka, Claudia; Eichler, Uwe; Riedel-Heller, Steffi G.; König, Hans-Helmut (2022): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die psychiatrische Versorgung – eine Sekundärdatenanalyse auf der Grundlage von AOK-Versichertendaten. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-Report 2022. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 129–146.

Engels, Alexander; Stein, Janine; Riedel-Heller, Steffi G.; König, Hans-Helmut; Konnopka, Claudia (2024a): Temporal and spatial changes in the provision of mental health care during the COVID-19 pandemic in Germany: a claims-based cohort study on patients with severe mental disorders. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 59 (5), S. 789–797. DOI: 10.1007/s00127-023-02571-4.

Engels, Alexander; Stein, Janine; Riedel-Heller, Steffi G.; Konnopka, Claudia; König, Hans-Helmut (2024b): The development of suicide risk in people with severe mental disorders during the first year of the COVID-19 pandemic: a claims-based cohort study. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 59 (7), S. 1193–1200. DOI: 10.1007/s00127-023-02584-z.

Erdekian, Antranik; Glock, Miriam; Huetter, Sophia; Rueb, Mike; Riedinger, Dirk; Stoffers-Winterling, Jutta et al. (2025): Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie – systematischer Review und Metaanalyse. In: *Der Nervenarzt* 96 (3), S. 257–265. DOI: 10.1007/s00115-025-01812-y.

Fasshauer, Jonathan Mathias; Schomerus, Georg; Stengler, Katarina (2021): COVID-19-Pandemie und Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen – Inwieweit wurden die Interessen psychisch erkrankter Menschen in den Schutzverordnungen des Bundes und der Länder berücksichtigt? In: *Psychiatr Prax* 48 (6), S. 309–315. DOI: 10.1055/a-1353-1774.

Gersdorf, Stefanie; Duden, Gesa Solveig; Jenderny, Sarah; Möller, Julia; Steinhart, Ingmar; Stengler, Katarina (2023): Corona-Pandemie-bedingte Auswirkungen auf die psychiatrische und psychosoziale Versorgung im städtischen und ländlichen Raum – Zwei Untersuchungen mit dem Fragebogen PandA-Psy. In: *Psychiatr Prax* 50 (5), S. 270–273. DOI: 10.1055/a-2025-2749.

Joung, Jaewon; Shin, Soyoung (2023): Challenges Experienced by Family Caregivers of Individuals With Severe Mental Illness During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review. In: *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 61 (7), S. 21–28. DOI: 10.3928/02793695-20230110-01.

Moreno, Carmen; Wykes, Til; Galderisi, Silvana; Nordentoft, Merete; Crossley, Nicolas; Jones, Nev et al. (2020): How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. In: *The lancet. Psychiatry* 7 (9), S. 813–824. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2.

Mueller-Stierlin, Annabel Sandra; Meixner, Friedrich; Lehle, Jutta; Kohlmann, Anne; Schumacher, Mara; Woehler, Stefanie et al. (2022): Perceived empowerment and the impact of negative effects of the COVID-19 pandemic on the quality of life of persons with severe mental illness. In: *PLoS One* 17 (10), e0276123. DOI: 10.1371/journal.pone.0276123.

Richter, Dirk; Zürcher, Simeon (2020): Psychiatrische Versorgung während der COVID-19-Pandemie. In: *Psychiatr Prax* 47 (4), S. 173–175. DOI: 10.1055/a-1157-8508.

Riedel-Heller, Steffi; Richter, Dirk (2020): COVID-19-Pandemie trifft auf Psyche der Bevölkerung: Gibt es einen Tsunami psychischer Störungen? In: *Psychiatr Prax* 47 (8), S. 452–456. DOI: 10.1055/a-1290-3469.

Steinhart, I. (2022): Erfassung von Corona-Pandemie-bedingten Auswirkungen auf psychiatrische und psychosoziale Angebote für psychisch erkrankte Menschen und/oder Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten in Mecklenburg-Vorpommern. Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V.; Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. Online verfügbar unter https://sozialpsychiatrie-mv.de/wp-content/uploads/2022/07/finaler-Abschlussbericht-COVID-19_2022-07_01.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2025.

Stewart, Donna E.; Appelbaum, Paul S. (2020): COVID-19 and psychiatrists' responsibilities: a WPA position paper. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 19 (3), S. 406–407. DOI: 10.1002/wps.20803.

Wittmann, Felix G.; Luppa, Melanie; Höhn, Anna; Wege, Natalia; Ascone, Leonie; Lohse, Luzie et al. (2025): Frühe Erfassung von zukünftigen Pandemieeffekten bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen: Können laufende bevölkerungsrepräsentative Kohortenstudien einen Beitrag leisten? In: *Psychiatr Prax* 52 (4), S. 226–230. DOI: 10.1055/a-2500-2379.

15. Leitlinienimplementierung, Qualitätsindikatoren und Desiderate

15.1 Maßnahmen zur Leitlinienimplementierung

Die Bedeutung von Leitlinien ist mittlerweile in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung anerkannt. Leitlinien sind sowohl für die individuelle Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch für die Versorgungsplanung und weitere Ausgestaltung des psychiatrischen Hilfesystems auf der Ebene von Anbietenden von Leistungen, Leistungsträgern, in der Finanzierung und allgemein auf politischer Ebene relevant. Die **Wirksamkeit einer Leitlinie in der Routineversorgung** ist letztendlich entscheidend von der methodischen Qualität der gesamten Leitlinie, aber auch von der Akzeptanz bei Betroffenen, Angehörigen und Anbietenden von Hilfeleistungen und von der Umsetzbarkeit durch die Anwendenden abhängig. Die konsequente Anwendung von Leitlinien und die Umsetzung der Empfehlungen bedeutet oft und insbesondere dann, wenn eine oder mehrere psychosoziale Versorgungsbestandteile oder bestimmte Versorgungsmodule betroffen sind, dass diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen verändert werden müssen. Damit müssen neben der methodischen Qualität der Leitlinie auch die kognitiven und emotionalen Gründe sowohl auf Seiten der Anwendenden als auch politische, ökonomische und gesellschaftliche Faktoren berücksichtigt werden, die der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen entgegenstehen bzw. ihre Anwendung unterstützen. Daher können – beabsichtigte und nicht beabsichtigte – Steuerungswirkungen des Versorgungssystems die Umsetzung behindern oder fördern.

Mittlerweile liegen **Taxonomien, Rahmenwerke und Kriterienkataloge** vor, um Interventionen zur Umsetzung von Leitlinien für die Gesundheitsversorgung zu beschreiben. Bei Damschroder et al. (2009) *[1168]* beispielsweise werden im Consolidated Framework for advancing Implementation Science (CFIR) fünf Bereiche erfasst: Merkmale der Intervention, äußeres sowie inneres Umfeld, Merkmale der beteiligten Personen und der Implementierungsprozess. Andere Rahmenwerke bzw. Kriterienkataloge zur Umsetzung klinischer Innovationen im Bereich gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung wurden von Powell et al. (2012) *[1169]* oder Proctor et al. (2013) *[1170]* entwickelt.

Für den Erfolg einer Leitlinie ist deren Implementierung von ebenso großer Bedeutung wie die Erarbeitung der Leitlinie selbst.

Eine Beobachtungsstudie, in der der **Umsetzungsstand der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“** in der 2. Auflage untersucht wurde, macht das ungenügende Wissen und eine mangelnde Nutzung der Leitlinie unter verschiedenen behandelnden Professionen (N = 657) deutlich. Weniger als die Hälfte (47 %) der Befragten wussten von der Existenz der Leitlinie und lediglich 18 Prozent gaben an, diese zu nutzen. Hindernisse wurden auf verschiedenen Ebenen berichtet (Wissens- und Einstellungsbezogen, externe Barrieren). Deutlich wurden hierbei auch zielgruppenspezifische Erfordernisse *[1171]*.

Die **Umsetzung psychosozialer Therapien** aus Sicht der Patient:innen wurde im Rahmen der IMPPETUS-Studie Teil 1 erfasst *[1172]*. Deutlich wurde auch hier, dass viele der empfohlenen psychosozialen Interventionen nicht entsprechend der Stärke der Empfehlung von der Zielgruppe in Anspruch genommen werden *[1173]*. Auch das Wissen und die Nutzung von Ansätzen der Selbsthilfe sowie von Genesungsbegleitung stellen sich unterschiedlich dar über die verschiedenen Ansätze *[1174]* *[113]*.

Verschiedene Verfahren sind bekannt, welche die **Dissemination** und die **Implementierung von Leitlinien** erleichtern können. So können kognitive Theorien herangezogen werden, die den Wunsch nach Hinzulernen, Kompetenzgewinn und rationalem Handeln nutzen. Außerdem können Verhaltenstheorien (die auf eine Veränderung auf Grund externer Einflüsse und Kontrollen zielen), Sozialtheorien (welche die Reaktion auf sozialen Druck der Leistungsebene oder des Teams untersuchen), Verkaufs- und Marketingtheorien (die Reaktionen auf Aufmerksamkeit schaffende Vermarktungsaktivitäten nutzen) und Organisationstheorien (welche Anpassungen des Handelns an Veränderungen organisatorischer Rahmenbedingungen untersuchen) genutzt werden *[1175]* in Anlehnung an Grol R. (1998) *[1176]* und Grol und Grimshaw (1999) *[1177]*. In Anlehnung an diese Theorien sollten zusätzlich zur passiven Verbreitung (Dissemination) der Leitlinie beispielsweise auch Audits, die den Stand der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen überprüfen, Rückmeldungen (Benchmarks) im Rahmen von Vergleichen zwischen verschiedenen Einrichtungen sowie Maßnahmen der Beteiligung von Betroffenen und ihren Angehörigen zum Einsatz kommen *[1178]*.

Insgesamt ist aber weiterhin auffällig, wie wenig Evidenz es zur **Wirksamkeit der Implementierungsstrategien** psychiatrischer Leitlinien hinsichtlich der Nutzung oder gar des Behandlungsergebnisses gibt *[115]*. Es besteht weiterhin Unklarheit darüber, welche Maßnahmen der Leitlinienimplementierung unter welchen speziellen Umständen wirksam sind. Ein älterer Cochrane Review zur Frage der Auswirkungen einer systematischen Implementierung psychiatrischer Leitlinien auf Behandlungsprozesse und Behandlungsergebnisse (am Beispiel der Schizophrenie) fand kaum klinisch bedeutsame und nachhaltige Auswirkungen einer Implementierung von Leitlinien *[1179]*. Auch das naheliegende Potenzial der Patientenversionen von Leitlinien für deren Implementierung wurde bisher kaum untersucht.

Es gibt aus einer älteren Arbeit Hinweise, dass der **Einsatz multifaktorieller Strategien der Leitlinienimplementierung** (kontinuierliche Unterstützung mit Expertenkonsultationen, Nutzung psychologischer Methoden zum Umgang mit Umsetzungsbarrieren, Techniken sozialen Marketings) mit einer höheren Effektivität verbunden ist als die Anwendung von Einzelstrategien wie reine Fortbildung und Einzelqualitätssicherungsmaßnahmen *[1180]*.

Im Rahmen der **IMMPETUS-Studie Teil 2** wurde eine aus mehreren Modulen bestehende **Implementierungsstrategie** konzeptualisiert, entwickelt und umgesetzt. Diese Strategie zielte auf die Umsetzung der Betroffenenleitlinie. Dafür wurden eine Gruppen-Informationsveranstaltung, jeweils für Betroffene und Angehörige *[1181]*, sowie die Internet-Wissensplattform „TheraPart” (frei zugänglich: TheraPart - Patientenleitlinie "Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen") entwickelt. Weitere Module umfassten die Patienten-/Betroffenenleitlinie in Printform *[1182]* sowie eine Ultrakurzversion der Leitlinie. Alle Module hatten zum Ziel, mit Hilfe verschiedener Zugänge und unterschiedlicher Tiefe über die Inhalte der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien zu informieren und damit Wissen und Empowerment zu erhöhen. In einer **multizentrischen cluster-randomisierten kontrollierten Studie** wurde überprüft, ob eine solche strukturierte Implementierung der Patientenversion einen positiven Effekt auf ein selbstbestimmtes und selbstständiges Handeln (Empowerment) von Patient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen in Bezug auf psychosoziale Therapieangebote hat (primäres Outcome). Des Weiteren wurde überprüft, ob sich dadurch die Inanspruchnahme, die Bedarfsdeckung, die Lebensqualität und die Behandlungszufriedenheit positiv beeinflussen lassen (sekundäre Outcomes). Die Kontrollbedingung

bestand aus der üblichen Standardbehandlung. Zusätzlich wurden Teilnehmende bei Aufnahme und Entlassung mittels des bereits verfügbaren Informationsflyers zur S3-Leitlinie, in dem die wesentlichen Informationen der Leitlinie zusammengefasst sind und auf weitere Informationsquellen verwiesen wird, auf die Leitlinie aufmerksam gemacht *[1183]*. Die Studienpopulation umfasste Patient:innen mit einer schweren psychischen Störung (Alter 18– 65 Jahre). Es gab keinen signifikanten Interventionseffekt auf das **Empowerment** (Effektgröße = 0,13, p = 0,605), welches in beiden Gruppen minimal zunahm. Die durchschnittliche EPAS-Gesamtpunktzahl stieg in der Kontrollgruppe um 0,28 Punkte und in der Interventionsgruppe um 0,35 Punkte. In explorativen Analysen zeigten der EPAS-Score zu Studienbeginn (p = 0,001), das Alter (p = 0,006), der Grad der psychosozialen Beeinträchtigung (GAF) der Patient:innen (p = 0,023) und der Migrationshintergrund (p = 0,025) einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung des EPAS-Gesamtscores. **Wissen**: Die Anzahl der den Teilnehmenden bekannten psychosozialen Interventionen stieg in der Interventionsgruppe jedoch signifikant stärker an. Nach 6 Monaten war der Begriff „psychosoziale Intervention" mehr Teilnehmenden in der Interventions- bekannt als in der Kontrollgruppe (84 % gegenüber 75 %). Über alle psychosozialen Interventionen hinweg verbesserte sich die Anzahl der den Studienteilnehmenden bekannten psychosozialen Interventionen in der Interventions- stärker als in der Kontrollgruppe (mittlere Verbesserung 6,5 (SD = 4,8) bekannte psychosoziale Interventionen gegenüber 2,9 (SD = 4,1; p = 0,013). In explorativen Analysen zeigte sich, dass die Gruppenzugehörigkeit (p < 0,001), das Alter (p = 0,038), die Diagnose einer Depression im Vergleich zu einer Schizophrenie (p = 0,002) sowie eine abgeschlossene Schulbildung im Vergleich zu einer noch laufenden oder nicht abgeschlossenen Ausbildung (hohe Bildung: p = 0,011; mittlerer Bildungsabschluss: p = 0,044, niedriger Bildungsabschluss: p = 0,026) einen Einfluss auf die Verbesserung des Wissens hatte. Die Verbesserung der **Inanspruchnahme** psychosozialer Interventionen unterschied sich zwischen den Gruppen nicht signifikant (mittlere Verbesserung in der Interventionsgruppe 1,1 (SD 2,5) gegenüber 1,3 (SD 2,4) in der Kontrollgruppe). Die Umsetzung einer patientenzentrierten Leitlinie für psychosoziale Interventionen führte folglich nicht zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden, allerdings deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Intervention zu einer Verbesserung des Wissens der Patient:innen über den Inhalt der Leitlinie geführt hat. Ergänzend muss gesagt werden, dass die Verfügbarkeit psychosozialer Interventionen durch die damalige COVID-19-Pandemie erheblich eingeschränkt gewesen war *[1184]*.

Erfahrungen bei der Implementierung evidenzbasierter psychosozialer Interventionen verweisen auf zahlreiche Aspekte, die sich fünf Schlüsselbereichen zuordnen lassen und deren Berücksichtigung entscheidend zum Verständnis und Gelingen beitragen kann. Das betrifft (i) Merkmale der Intervention selbst (z. B. Evidenzgrad, Komplexität, Manualtreue vs. Adaptation an lokale Verhältnisse), (ii) Merkmale aller an der Intervention Beteiligten (z. B. Kompetenzerweiterung durch Trainingsmaßnahmen, persönliche Widerstände) oder auch (iii) Merkmale der Institution, in der die Intervention implementiert werden soll (z. B. Aspekte der Organisation, Unternehmensphilosophie). Beeinflusst wird der Erfolg einer Implementierung auch von (iv) Settingvariablen außerhalb der Institution sowie (v) von Aspekten des Implementierungsprozesses selbst (z. B. Unterstützung, Zusammenarbeit, Monitoring) *[1185]*.

Die vorliegende Leitlinie hat mehrere Bestandteile, die es ermöglichen, dass Nutzende sich in unterschiedlicher Tiefe mit den Empfehlungen beschäftigen können. Sie wird

- im Volltext als PDF-Format mit der zugrundeliegenden Evidenz (zzgl. Leitlinienreport),
- in einer Betroffenen- und Angehörigenversion (TheraPart) sowie
- in einer Wartezimmerversion frei zugänglich, elektronisch zur Verfügung stehen.
- Die vorliegende Leitlinie wird zudem elektronisch in der MAGICapp aufbereitet; hieraus lässt sich perspektivisch eine Kurzversion im PDF-Format erstellen.

Bei der Weiterentwicklung und Anpassung der Materialien an die 3. Auflage der Leitlinie - insbesondere für Betroffene und Angehörige - werden Ergebnisse aus Untersuchungen zur Verbreitung von Betroffenenversionen genutzt *[1186]*.

15.2 Qualitätsindikatoren

Wesentliche Instrumente der Leitlinienimplementierung sind **Qualitätsindikatoren**, welche die Qualität der Behandlung und Versorgung, wie sie in der Leitlinie definiert ist, abbilden sollen. Die Qualität der Behandlung und Versorgung allgemein ist definiert als das „Ausmaß, in dem Gesundheitsdienste für Individuen und Populationen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Outcomes erhöhen und mit dem gegenwärtigen Wissen des Fachgebiets übereinstimmen" *[1459]*. Die Qualität der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ergibt sich daraus, ob die Betroffenen die therapeutischen Maßnahmen erhalten, die sie benötigen, und ob die Maßnahmen so durchgeführt werden (Prozessqualität), dass die Wahrscheinlichkeit der in den Studien beschriebenen positiven Effekte hoch ist (Ergebnisqualität).

Die Beurteilung, ob eine qualitativ hochwertige Behandlung vorliegt, kann in der Routineversorgung nicht generell mittels gesonderter Erhebungen erfolgen, sondern muss sich auf Maße verlassen, die das komplexe Phänomen Behandlungsqualität möglichst gut und vereinfacht abbilden.

Es besteht kein Konsens, wie die Qualität der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu erfassen ist. Qualitätsindikatoren kommen auch in Deutschland einer zunehmenden Rolle als zentrale Elemente der Qualitätssicherung zu. Die Qualitätsindikatoren basieren in der Regel auf den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien. Sie eignen sich somit, den Ist-Zustand der Versorgung mit dem in den Leitlinien formulierten Soll-Zustand abzugleichen. **Die Messbarkeit der Qualität der Behandlung** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist allerdings eines der zentralen Probleme, um die Entwicklung und Anwendbarkeit von Qualitätsindikatoren beurteilen zu können. Wesentliche Ergebnisse einer psychiatrischen Behandlung wie die Symptomreduktion und die subjektive Beeinträchtigung bzw. Lebensqualität der Betroffenen können nicht direkt mittels Routinedaten, sondern nur unter Anwendung spezifischer Messinstrumente erfasst werden. Die Nutzung dieser Instrumente ist jedoch in der Regel mit einem großen personellen Aufwand bei der Datenerhebung und mit hohen Anforderungen an die Analyse und Interpretation der Daten verbunden.

Qualitätsindikatoren für psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen stoßen an **Grenzen der Messbarkeit und der Validität**, da die Gesundheitsoutcomes von individuellen Faktoren der Patient:innen, dem Krankheitsverlauf und soziodemographischen Charakteristika wie Herkunft, soziale Schicht, finanzielle Ressourcen, psychosoziale Einbindung und familiäre Unterstützungssysteme abhängen. Qualität zeigt sich in der Art der Interaktion zwischen Betroffenen und einzelnen Komponenten, Teilsystemen und dem Gesamtbehandlungs- und -versorgungssystem. Die Tatsache, dass eine Intervention, die von der Leitlinie empfohlen wird, stattgefunden hat, kann noch nichts über die Angemessenheit im Einzelfall und die Qualität der Durchführung aussagen. Daher geben Qualitätsindikatoren auf der Ebene der Struktur- und Prozessqualität Hinweise auf die Qualität, insbesondere aber auf Unterschiede zwischen verschiedenen Regionen, Einrichtungen und Versorgungssystemen, die Anlass für eine weitergehende Prüfung sein sollten. Es gibt wenig Literatur zu Indikatoren der Behandlungsqualität *[1188]*. Auch ist die Frage der am besten geeigneten Verfahren der Risikoadjustierung im Bereich psychiatrischer Versorgung noch nicht gelöst.

In den letzten Jahren sind mehrere Initiativen in Deutschland zu nennen, in denen **Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** entwickelt und formuliert wurden. Insbesondere für die Schizophrenie liegen Vorschläge für (teilweise sektorübergreifende) Indikatorensets vor *[1188] [1189] [1190]*. Außerdem wurde das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragt, das vom AQUA vorgelegte Indikatorenset (2015) zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. Das im Auftrag des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vorgelegte Indikatorenset für Menschen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen, welches sich stark am AOK-Indikatorenset orientiert *[1477]*, wird allerdings kaum genutzt (https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-SSchizophrenie_Indikatorenset-1.2_2019-07-31-barrierefrei.pdf). Außerdem liegen zwei weitere Berichte des IQTIQ im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie vor: Ambulante psychotherapeutische Versorgung gesetzlich Krankenversicherter (QS Ambulante Psychotherapie) sowie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (QS PPP).

Qualitätsindikatoren selbst **unterliegen hohen Qualitätsstandards**. Die Indikatorensets basieren auf einer systematischen Recherche von geeigneten Behandlungsempfehlungen und Schlüsselempfehlungen von S3-Leitlinien. Diese wurden dann in Gruppen aus verschiedenen Interessensvertretenden konsentiert. Es erfolgt i.d.R. eine aufwendige Überprüfung. Für zwei Indikatorensets liegen Machbarkeitsstudien vor *[1191]*. Derzeit sind keine geeigneten Untersuchungen verfügbar, die den Zusammenhang von Sammlungen spezifischer Indikatoren oder auch einzelner Qualitätsindikatoren mit dem Behandlungsergebnis bei Menschen mit einer Schizophrenie oder anderer schwerer psychischer Erkrankungen untersuchen. Eine Überprüfung der Validität der Qualitätsindikatoren steht somit noch aus. Aus diesem Grunde kann die Auswahl spezifischer Indikatoren nur vorläufig sein. Für die Beurteilung der psychosozialen Versorgung könnten z. B. folgende Qualitätsindikatoren in Frage kommen:

- Erhebung von individuellen Präferenzen & Bedarfen
- Beteiligung an der Behandlungsplanung und -entscheidung (Partizipative Entscheidungsfindung)
- Mittlere jährliche kumulative Verweildauer in stationär-psychiatrischer Behandlung,
- Krankenhaus-Wiederaufnahmeraten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung,
- Teambasierte gemeindepsychiatrische Behandlung,
- Teambasierte gemeindepsychiatrische aufsuchende Behandlung,
- Peer-Support
- Integration von Angeboten und Hilfen zur Verbesserung der psychischen und der somatischen Gesundheit
- Möglichkeiten psychosozialer Interventionen zu einem frühen Zeitpunkt (Früherkennung und -behandlung)
- Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bzw. Aufnahme & Beendigung einer Ausbildung,
- Unterstützung im Rahmen von Supported Employment,
- Bedarfsdeckung im Wohnbereich bei mobiler Unterstützung im eigenen Wohnraum,
- Einbezug von Angehörigen in die Behandlung,
- Bei Elternschaft: Stärkung elterlicher Kompetenz,
- Unterstützung sinnvoller Aktivitäten und sozialer Kontakte
- Angebote zur Unterstützung von Wissen & Empowerment und deren präferenzbasierte Umsetzung: Teilnahme an Psychoedukation bzw. trialogischen Gruppen, Digitale Anwendungen)
- Besuch einer Selbsthilfegruppe,
- Angebot eines Krankheits-Selbstmanagementprogramms,
- Unterstützung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils durch verschiedene Faktoren (u. a. Bewegung, Ernährung, Schlaf)
- Recovery-Orientierung einzelner Einrichtungen bzw. des gesamten Hilfesystems.

Im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Leitlinie wurden keine Qualitätsindikatoren abgestimmt und konsentiert.

Verwiesen werden soll auf ein **Praxisprojekt**: Seit 2015 werden durch die LVR-Kliniken in einem umfassenden, multidisziplinären und wissenschaftlich begleiteten Prozess Indikatoren für Zwecke der Qualitätsmessung, Qualitätssicherung und des internen Benchmarkings in ihren neun psychiatrischen Kliniken entwickelt und schrittweise eingeführt. Der vollständige LVR-QISatz, besteht aus acht Struktur-, zwölf Prozess- und vier Ergebnisindikatoren sowie einem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit *[1192]*.

15.3 Desiderate für die Forschung

Diese Leitlinie zielt auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Obwohl diese Gruppe zahlenmäßig umschrieben ist, kommt ihr eine große **Bedeutung** zu. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind meist über lange Zeit auf das Versorgungssystem angewiesen. Ein substanzieller Teil der Behandlungsressourcen wird für die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgewandt.

Neben der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung spielen die psychosozialen Interventionen gerade bei dieser Patientengruppe eine besonders große Rolle. Wirksamkeitsforschung ist wichtig. Randomisierte kontrollierte Studiendesigns gelten nach wie vor als Goldstandard, um die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von Interventionen zu untersuchen *[1193][1194]*. Das trifft auch für komplexe psychosoziale Interventionen zu.

Psychosoziale Intervention ist nicht gleich psychosoziale Intervention: Was wird genau angeboten? Durch wen? Mit welcher Qualifikation, in welcher Intensität und Dauer? Treatment as usual (TAU) bedeutet heutzutage nicht mehr das, was es vor 50 Jahren bedeutete. Wenn die Kontrollbedingung, gegen die verglichen wird, besser, komplexer oder zumindest anders wird, kann es schwerer werden, selbst die Effekte innovativer Interventionen aufzuzeigen. Bezogen auf gemeindepsychiatrische Ansätze ist bekannt, dass zunehmend häufiger wesentliche Prinzipien der aufsuchenden, teamorientierten und gemeindepsychiatrischen Behandlung auch im Rahmen der Routinebehandlung zur Anwendung kommen, so dass Effekte der zu untersuchenden Interventionen über die Zeit weniger deutlich werden *[468]*. Diese Herausforderungen müssen in der Aufarbeitung der Evidenz und der Formulierung von Behandlungsempfehlungen berücksichtigt werden.

Zur Beantwortung der Frage: „Was wird genau angeboten" trägt auch die **begriffliche Unterscheidung zwischen Funktion, institutioneller Realisierung und Finanzierung** bei. Eine Funktion kann von verschiedenen Institutionen realisiert werden, eine Institution kann verschiedene Funktionen erfüllen. Eine Funktion kann als Teil einer Institution oder als personenbezogene Leistung, die als Komplexleistung für Personen oder als Funktion einer Einrichtung realisiert wird, finanziert werden.

Die Ergebnisse der Evidenzrecherche zu dieser Leitlinie zeigen, dass sich psychosoziale Einzelinterventionen wie die Psychoedukation oder Ansätze von Bewegung und Sport gut mit dem klassischen RCT-Ansatz untersuchen lassen, auch außerhalb des klassischen klinischen Settings. Dies ist auch für sogenannte Systeminterventionen möglich, d. h. wenn es darum geht, zu zeigen, dass eine bestimmte Organisation der Versorgung – z. B. in den Bereichen Wohnen und Arbeiten - günstiger und wirksamer ist als eine andere. International ist es unstrittig, dass sich nicht nur psychosoziale Einzelinterventionen, sondern die Gestaltung des Versorgungssystems insgesamt auf wissenschaftliche Evidenz stützen muss (Evidence-based Mental Health Services) *[1141] [1195]*. Hier liegen wichtige **Aufgaben der Versorgungsforschung** *[1196] [1197]*. Mehr Augenmerk sollte hierbei u. a. auf Abbruchraten und deren Gründe als auch auf die Erfassung von unerwünschten Wirkungen gelegt werden *[1198]*.

Neben den genannten Interventionen behandelt diese Leitlinie auch die **Grundlagen psychosozialer Interventionen**. Genannt seien hier die Recovery-Orientierung als Grundhaltung im therapeutischen Prozess sowie der Empowerment-Ansatz. Diese Grundhaltungen sind schwer in experimentellen Designs zu untersuchen. Es wird deutlich, dass Versorgungsforschung nicht auf qualitative Forschung verzichten kann und sollte *[1199]*. Gerade das Verständnis komplexer Interventionen, bei denen sich einzelne wirksame Bestandteile und Wirkmechanismen durch randomisierte Studien nur schwer abbilden lassen, kann vom sequentiellen oder gar triangulatorischen Einsatz qualitativer Methoden profitieren *[1199] [1200]*.

Welches Ergebnis sollten gute psychosoziale Interventionen bringen? Was sind die sogenannten **„Outcome-Parameter" oder Zielgrößen**, an denen sie sich messen lassen? Orientierung in der aktuellen Auflage der Leitlinie bot hierbei das Recovery-orientierte Modell. Im Vordergrund stehen dabei Recovery-orientierte Zielgrößen:

- Merkmale klinischer Recovery (u. a. Symptomschwere)
- Merkmale funktionaler Recovery (u. a. berufliche Teilhabe und Beschäftigung, Stabilität im Wohnen, psychosoziales Funktionsniveau)
- Merkmale persönlicher Recovery (u. a. Lebensqualität, Empowerment, Recovery, Hoffnung, Selbstwirksamkeitserleben)

Zudem wurden folgende Merkmale erfasst:

- Behandlungsassoziierte Merkmale (u. a. stationäre Behandlungszeiten, Behandlungszufriedenheit)
- Unerwünschte Ereignisse (Behandlungsabbrüche, Mortalität).
- Wenn vorliegend, wurden Daten zur Kosteneffektivität extrahiert.

Über alle untersuchten Interventionen hinweg wurden die benannten Outcome-Bereiche betrachtet. Die Auswahl der Endpunkte in den zugrundeliegenden Interventionsstudien ist ein entscheidender Faktor für die Synthese von Evidenz. Über die verschiedenen Interventionen bzw. Interventionsbereiche hinweg liegt der Schwerpunkt auf unterschiedlichen Zielgrößen. Folgende Beobachtungen lassen sich ableiten und geben Hinweise für zukünftige Untersuchungen im Bereich psychosozialer Interventionen:

Outcome-bezogene Schwerpunkte

- **Spezifische Recovery-Größen** inkl. Empowerment, Hoffnung, Selbstwerterleben werden bislang selten erfasst, regelhaft im Zusammenhang mit Ansätzen des Peer-supports oder Selbstmanagements.
- **Symptomschwere, psychosoziales Funktionsniveau und Lebensqualität** sind häufig untersuchte Zielgrößen über verschiedene Interventionen und Dimensionen hinweg.
- **Angehörigenbezogene Zielgrößen** werden insgesamt selten erfasst, bisher v. a. im Zusammenhang mit der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld sowie spezifischen Familien- und Angehörigeninterventionen, selbst bei der Bewertung von Familieninterventionen stehen in bisherigen Studien in der Mehrheit der Studien patientenbezogene Outcomes im Vordergrund.
- **Daten zu Merkmalen der Kosteneffektivität** stehen nicht regelhaft zur Verfügung. Hier bleibt ein Übertrag aus internationalen Studien besonders erschwert.

- **Unerwünschte Effekte**, wie Behandlungsabbrüche werden bisher nicht regelhaft erfasst.

Dimensionsbezogene Schwerpunkte

- **Dimension Selbsthilfe & Selbstmanagement-stärkende Interventionen**: Erfassung funktionaler und persönlicher Merkmale von Recovery, auch Symptomschwere und Behandlungszeiten (Selbstmanagementansätze), Verbesserung neurokognitiver Funktionen, psychosozialer Funktionsfähigkeit sowie sozialer Kognitionen (E-Mental-Health-Ansätze)
- **Dimension Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination**: Erfassung von Merkmalen klinischer Recovery sowie Behandlungsassoziierte Merkmale, seltener Merkmale funktionaler oder persönlicher Recovery
- **Dimension soziale und kulturelle Teilhabe**: Erfassung von Merkmalen klinischer, funktionaler und persönlicher Recovery, Angehörigen- und Familienbezogene Merkmale
- **Dimension berufliche Teilhabe & Teilhabe an Bildung**: regelhafte Erfassung von Arbeitsplatzraten und Jobhaltedauer, auch anderer arbeitsbezogene Outcomes, seltener nichtarbeitsbezogener Outcomes
- **Dimensionen Gesundheit und Wohlergehen**: Bisher bleibt der Fokus häufig auf die somatische Gesundheit beschränkt; betrachtet werden müssen auch Recovery-orientierte Outcomes sowie Zufriedenheit und Lebensqualität sowie die psychische Gesundheit.

Viele der genannten Zielgrößen sind sogenannte PROs, Patient-reported Outcomes, also Messgrößen, die auf Patienteneinschätzungen basieren. Eine Konvergenz der Outcome-Parameter und eine Harmonisierung der dahinterstehenden Messinstrumente wären wünschenswert, um insgesamt die Vergleichbarkeit der Studien zu erhöhen. Gleichwohl muss es hier eine Dynamik geben. Waren in Zeiten der Deinstitutionalisierung noch verkürzte stationäre Behandlungszeiten ein zentraler und wichtiger Outcome-Parameter, so treten unter den heutigen Bedingungen mit kurzen stationären Behandlungszeiten und einem ausgebauten ambulanten System andere Parameter, wie z. B. die soziale Inklusion in den Vordergrund. Der Grad der sozialen Inklusion erscheint als Outcome-Parameter psychosozialer Interventionen immer wichtiger, denn trotz gemeindenaher Versorgung sind psychisch kranke Menschen noch immer von Teilbereichen der Gesellschaft ausgeschlossen. Entwicklung von Instrumenten, die genau diese Parameter messen, gelten als wichtige Forschungsaufgaben.

Eine zunehmende Beachtung erfährt die **Patientenrelevanz von Zielgrößen** in Studien. Laut Definition des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) aus dem Jahr 2006 sind patientenrelevante Outcomes an ihrem Einfluss auf gesundheitliche Aspekte sowie auf Entscheidungen der Patient:innen und Behandelnden, mit Ausnahme sog. Surrogatparameter und ökonomischer Ergebnisparameter, zu erkennen. Darüber hinaus umfassen sie alle häufigen und wichtigen unerwünschten Wirkungen der zu untersuchenden Intervention *[1180]*.

Um die **Patientenrelevanz von Studien** zu erhöhen, ist es wünschenswert, Betroffene auch in das Design und die Durchführung von Studien stärker miteinzubeziehen. Partizipative und kollaborative Forschungsansätze wurzeln in unterschiedlichen Forschungstraditionen, in der Aktions- und Praxisforschung, in der konstruktivistischen, feministischen und Empowerment-Forschung sowie den Disability-Studien *[1201]*. Sie nutzen ein breites Methodenarsenal, wobei qualitative Ansätze dominieren. Menschen mit Erfahrungsexpertise werden dabei sowohl bei der Entwicklung von Fragestellung und Studiendesign als auch der Durchführung, Auswertung und Publikation der Daten beteiligt *[302] [1202]*. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Berücksichtigung der Sichtweisen von Psychiatrie-erfahrenen Menschen dazu führt, dass weniger symptomorientierte Ergebnisparameter und mehr Outcome-Kriterien im Bereich der subjektiven Lebensqualität, der sozialen Funktionen und Beeinträchtigungen und der sozialen Inklusion verwendet werden.

Betrachtet man den bisherigen **Erkenntnisstand zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen** bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, so wird deutlich, dass in den einzelnen Bereichen unterschiedlich starke Evidenz vorliegt, die sich zu großen Teilen aus Studien generiert, die nicht in deutschsprachigen Ländern durchgeführt wurden. Differenzierte Fragestellungen, so z. B. zur Intensität und Dauer einer bestimmten Intervention, zu Setting-spezifischen Aspekten (Wo wird die Intervention durchgeführt?) oder zur Wirksamkeit personengruppenspezifischer Modifikationen bestimmter Anwendungen, müssen derzeit oft unbeantwortet bleiben. Die Beobachtungsintervalle sind insbesondere vor dem Hintergrund der chronisch verlaufenden langen Zeiträume schwerer psychischer Erkrankungen viel zur kurz. Auch hier werden weitere Studien Antworten auf die alte Frage finden müssen: „Welche Behandlungsmaßnahme durch wen, zu welchem Zeitpunkt, führt bei diesem Individuum mit diesem spezifischen Problem unter welchen Bedingungen zu welchem Ergebnis in welcher Zeit?“ *[1203] [1204]*.

Es ergeben sich folgende Forschungsbedarfe:

Dimension Selbsthilfe & Selbstmanagement-stärkende Interventionen

- Der Bereich der **Selbsthilfe, v. a. von Selbsthilfegruppen** und mögliche Unterschiede bezüglich der verschiedenen Selbsthilfe-Ansätze ist bisher wenig beforscht. Wünschenswert sind hier geeignete Designs, in denen verschiedene Ansätze und Formate gegenübergestellt werden, Barrieren und förderliche Bedingungen für die Nutzung in den unterschiedlichen Nutzergruppen untersucht werden.
- Hingegen **digitale Anwendungen** im Bereich psychischer Gesundheit in der Breite auch in Deutschland zunehmend entwickelt, evaluiert und zur Verfügung gestellt werden, bleibt das Wissen zur Wirksamkeit bei schwerer psychischer Erkrankung bisher begrenzt. Hier ergibt sich ein breites Forschungsfeld zur Entwicklung spezifischer Ansätze zur Unterstützung des Selbstmanagements aber auch als Assistenz beispielsweise bei aufsuchenden Behandlungen oder zur Behandlungskoordination.
- Untersuchungen zu **Selbstmanagementansätzen** in verschiedenen Settings, für verschiedene Zielgruppen.

Dimension Verbesserung von Behandlungsergebnissen und -koordination

- RCTs zu den **Auswirkungen von partizipativer Entscheidungsfindung** in der Zielgruppe, Untersuchungen zu Barrieren und Herausforderungen sowie förderlichen Bedingungen bei der Umsetzung.
- Im Bereich der **Frühintervention** liegt bisher v. a. Evidenz aus Untersuchungen mit Menschen mit erster Psychoseerfahrung vor. Untersuchungen hinsichtlich der Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei anderen Patientengruppen mit einem hohen Risiko für einen chronischen und schweren Erkrankungsverlauf liegen bislang kaum vor. Die Evidenz hierzu wurde bisher nahezu ausschließlich international generiert. Qualitativ hochwertige Studien aus Deutschland existieren kaum.
- Für **aufsuchende Krisendienste** existiert internationale Evidenz. Auch in Deutschland liegt zunehmend Evidenz vor. Umgesetzt wird die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld hierzulande seit vielen Jahren; sie orientiert sich dabei an den regionalen Gegebenheiten (z. B. im Rahmen der integrierten bzw. besonderen Versorgung nach § 140a SGB V) und geschieht unter Beteiligung verschiedener regionaler Leistungsanbieter. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde die psychiatrische Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld (Stationsäquivalente Behandlung) als Krankenhausleistung eingeführt Seither ist eine verstärkte Implementierung und wissenschaftliche Begleitforschung zu beobachten. Weitere Forschung in diesem Bereich ist erforderlich; dabei sind verschiedene Aspekte zu untersuchen, u. a. die Versorgung in ländlichen Regionen.
- Wirksamkeitsstudien zum **Case Management** leiden unter den verschiedenen Konzeptualisierungen von CM. Für Deutschland bleibt auch die Umsetzungspraxis wenig übersichtlich. Unter der Bedingung einer starken Fragmentierung von Versorgung kann CM hilfreich sein. Wirksamkeitsnachweise für Deutschland liegen bisher kaum vor.
- Wirksamkeitsstudien zu Ansätzen des **Peer-Support** liegen in zunehmende Zahl zu einer Vielzahl unterschiedlicher Formate vor; gleichzeitig fehlen weiterhin qualitativ hochwertige Studien sowie Studien zu deren Implementierung und Umsetzung.

Dimension soziale und kulturelle Teilhabe

- Der **Bereich Wohnen** wurde lange Zeit von Studien dominiert, in denen Menschen mit psychischer Erkrankung in Wohnungslosigkeit im Mittelpunkt standen. Mittlerweile liegen auch Studien zu Personen in festen Wohnverhältnissen (mit Wohnproblemen) vor; gleichzeitig gibt es nach wie vor einen großen Bedarf an Studien in diesem Bereich, v. a. im Hinblick auf die Bedarfe in den verschiedenen Wohnsettings und mit welchen Interventionen sich diesen gezielt begegnen lässt. Bedeutsame Untersuchungsergebnisse zu den Präferenzen schwer psychisch kranker Menschen liegen vor.
- Untersuchungen zu **psychosozialen Interventionen in sozialen Kontexte**n liegen v. a. in Form von psychoedukativ ausgerichteten Familieninterventionen vor. Inhaltlich anders ausgerichtete Interventionen wurden seltener untersucht; hier gibt es Nachholbedarf. Angehörigeninterventionen richten sich häufig an Eltern, insbesondere an Mütter; bzw. werden von Müttern besucht. Es besteht ein dringender Forschungsbedarf an psychosozialen Interventionen, die sich gezielt an bestimmte Personengruppe richten, wie Geschwister von psychisch kranken Menschen oder an Eltern mit einer schweren psychischen Erkrankung. Hier liegen bisher kaum qualitativ hochwertige Studien vor. Bei der Durchführung von Studien zu Familien-/Angehörigeninterventionen sollten zukünftig auch die Auswirkungen auf die An- und Zugehörigen sowie auf der familiären Ebene stärker berücksichtigt werden. Es sind weitere Untersuchungen erforderlich, um verlässliche Aussagen zu unterschiedlichen Modalitäten und der Dauer von Familien- und Angehörigeninterventionen hinsichtlich verbesserter Ergebnisse zu gewinnen. Die Weiterentwicklung und Evaluation von spezifischen Angehörigen-Peer-Ansätzen sind erforderlich; ebenso Untersuchungen zur Umsetzung und Optimierung von Familien- und Angehörigeninterventionen in der Routineversorgung und Forschung zur Implementierung und Anwendbarkeit in Deutschland. Kaum Forschung liegt bisher zu Interventionen in einem erweiterten sozialen Setting (außerhalb der Familie) vor.
- Es besteht ein **Bedarf an maßgeschneiderten trainierenden Ansätzen zur Verbesserung der Selbständigkeit und Lebensqualität** von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch Interventionen, die die Alltagskompetenz stärken und der Untersuchung von deren Wirksamkeit in umfänglichen RCTs. Bei der (Weiter-)Entwicklung von Trainingsansätzen sollte eine Integration von Booster-Sitzungen oder ähnlichen Ansätzen erwogen werden, um die positiven Effekte des Trainings zu verlängern. Ein Fokus sollte auf dem konsequenten Transfer der Inhalte in den Alltag liegen bzw. sollten Ansätze (weiter-)entwickelt und untersucht werden, die im unmittelbaren Lebensumfeld der Teilnehmenden stattfinden.
- Im **Bereich Künstlerischer Therapien** in der Behandlung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung liegen bisher in der Mehrheit Studien zur Beurteilung der Wirksamkeit von Musiktherapie vor. Es sind dringend qualitativ hochwertige Studien in anderen künstlerisch-therapeutischen Bereichen erforderlich auch vor dem Hintergrund settingund personenbezogener Aspekte.
- Erforderlich ist zudem weitere Forschung auf dem Niveau randomisierter kontrollierter Studien mit größeren Stichproben zur **Wirksamkeit von Ergotherapie (ET)** und spezifischer in der ET zur Anwendung kommender Methoden, um die Hinweise auf positive Wirkungen ergotherapeutischer Interventionen, die sich in den kleineren Studien schon gezeigt haben, zu bestätigen. Künftige Evaluationsstudien müssen auch berücksichtigen, dass ergotherapeutische Interventionen komplexe Maßnahmen sind. Sie sollten daher auf der Grundlage von Evaluationsleitfäden für komplexe Interventionen geplant werden *[1205] [1206]*. Die Entwicklung von Ergotherapie-Manualen *[905] [882] [906]* stellt eine wichtige Voraussetzung zur Durchführung künftiger Evaluationsstudien dar. Zudem sollte die möglicherweise unterschiedliche Wirksamkeit von ergotherapeutischen Ansätzen während stationärer Behandlung im artifiziellen Klinikumfeld

im Vergleich zur eher alltagsorientierten ergotherapeutischen Behandlung im sozialen Umfeld untersucht werden. Um eine übergreifende Beurteilung von Effekten zu sichern, sollten den erhobenen Outcomes besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Dimension berufliche Teilhabe & Teilhabe an Bildung

- In Deutschland existieren sehr verschiedene Angebote im Bereich beruflicher Rehabilitation und Teilhabe. Eine Evaluation dieser Maßnahmen auf RCT-Niveau ist bisher kaum erfolgt. Erste Untersuchungen in Deutschland bzw. im deutschsprachigen Raum liegen insbesondere für Ansätze, die dem Paradigma des Supported Employment folgen vor. Weitere Wirksamkeitsnachweise und Möglichkeiten der Adaptation des internationalen Modells an hiesige Rahmen- und Umsetzungsbedingungen sind dringend erforderlich.

Dimensionen Gesundheit und Wohlergehen

- Im Bereich gesundheitsfördernder Interventionen liegt eine in den letzten Jahren stark zunehmende Anzahl von Studien vor. Keine der Studien wurde in Deutschland durchgeführt. Zukünftig sollte eine stärkere Erhebung patientenbezogener Outcomes wie Zufriedenheit und Lebensqualität erfolgen sowie eine Untersuchung von motivationalen Faktoren. Erweiterung des Lebensstilbegriffs in der Entwicklung von Ansätzen und deren Evaluation (auch Schlaf, Stress, digitale Süchte, Naturverbundenheit, …). Bisher bleibt der Fokus häufig auf die somatische Gesundheit beschränkt; betrachtet werden müssen auch psychosoziale Outcomes, wie Empowerment, Social Inclusion, Recovery und die psychische Gesundheit. Stärker untersucht werden sollte auch in diesem Bereich der besondere Stellenwert von Peers bei der Umsetzung der Interventionen. In diesem Bereich zeigt sich in besonderem Maße das Erfordernis nach der Entwicklung und Evaluation Implementierungswissenschaftlicher Ansätze.
- Für Leitlinienempfehlungen im Bereich von Bewegung und Sport ist es erforderlich, dass mit Hilfe zukünftiger Forschung eine optimale Beschreibung wirksamer, sicherer und realisierbarer Bewegungsinterventionen aus den Bereichen aeroben Trainings und Muskelkräftigung ermöglicht werden kann, die auf eine Verbesserung der kardiometabolischen Gesundheit, der Fitness, der psychischen Gesundheit und der Lebensqualität zielen. Für die Messung der Outcomes müssen zuverlässige Instrumente genutzt werden. Es besteht ein dringender Bedarf an der Entwicklung von Strategien, die darauf abzielen, das Engagement von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der körperlichen Aktivität zu erhöhen (z. B durch die Umsetzung von Motivationsstrategien, unterstützt durch E-MentalHealth-Ansätze sowie durch die Identifizierung typischer Hindernisse für körperliche Aktivität und die systematische Erfassung von Abbruchgründen und unerwünschten Ereignissen). Die optimale Art, Dauer und Häufigkeit der körperlichen Betätigung ist bisher nicht erklärbar und muss im Rahmen weiterer Studien zu Bewegungs- und Sportinterventionen untersucht werden. Da die meisten Studien über einen relativ kurzen Interventionszeitraum von 3 bis 4 Monaten durchgeführt wurden und keine Nachbeobachtungen beinhalteten, sollte in künftigen Studien ein längerer Interventions- und Beobachtungszeitraum eingeplant werden.

Allgemein übergreifende Erfordernisse an zukünftige Forschung

- Erfordernis nach qualitativ hochwertigen Studien mit geringem Verzerrungspotenzial und großer Stichprobengröße sowie mittel- und langfristiger Ergebnismessung. Untersuchung der Wirksamkeit über längere Beobachtungszeiträume (kurze Zeiträume werden der Chronizität der Erkrankung nicht gerecht, „Lebensaufgabe“)
- Untersuchungen zur optimalen Behandlungsdauer
- Reduktion von Heterogenität der validierten Messungen mit potenziellen Auswirkungen auf die Reproduzierbarkeit von Studien und den Vergleich hochwertiger psychosozialer Interventionsstudien auf meta-analytischer Ebene
- Mangel an verfügbaren Daten in den eingeschlossenen Studien hinsichtlich der Akzeptanz der Intervention durch die Teilnehmenden und der Therapietreue in einzelnen Studien ausgleichen und stärkerer Fokus auf abbrechende Teilnehmende
- Da die untersuchten psychosozialen Interventionen häufig sehr heterogen in ihrer Zusammensetzung sind, sollten Analysen durchgeführt werden, um die stärksten Komponenten herauszustellen.
- In zukünftigen Studien muss auf die Verwendung einheitlicher und validierter Skalen geachtet werden. Empfehlenswert ist ein Set an Maßen und Skalen.
- Allgemein gilt, den Forschungsstandort Deutschland bezogen auf psychosoziale Ansätze und deren Umsetzung stärker auszubauen.
- Ebenso gilt es, die Partizipative Forschung in diesem Bereich stärker auszubauen.

Referenzen

1. Bauer M, Pfennig A, Schäfer M, Falkai P. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. Langversion, 2019 2020.

2. DGPPN. S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Version 1.0 vom 14.11.2022 (AWMF-Register Nr. 038 - 015). 2022. Website

3. Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie e.V., Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker, Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V., Bundespsychotherapeutenkammer; Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. et al.. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung: Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 2022.

4. DGPPN e. V. S3-Leitlinie Schizophrenie. Langfassung. Hg. v. DGPPN e.V. (Hrsg.) für die Leitliniengruppe. 2019. Website

5. Stengler K, Bechdolf A, Becker T, Döring A, Höhl W, Jäckel D, et al. [Implementation of the principle of supported employment in Germany : Position paper of a task force of the DGPPN]. Der Nervenarzt 2021;92(9):955-962 Pubmed Journal

6. Gühne U, Daszkowski J, Desch M, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T, et al. [Involvement of representatives of patients and relatives in guideline processes : S3 guidelines on psychosocial therapies for severe mental illnesses breaks new ground]. Der Nervenarzt 2025;96(1):66-73 Pubmed Journal

7. Kopp I. Erstellung und Handhabung von Leitlinien aus Sicht der AWMF. MKG-Chirurg 2 2009. Journal

8. Gühne U, Becker T, Salize HJ, Riedel-Heller SG. Wie viele Menschen sind in Deutschland schwer psychisch krank?. Psychiat Prax 42 (8), S. 415–423. 2015. Journal

9. Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G, Bisoffi G, Tansella M. Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2000;177:149-55 Pubmed

10. Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M, Lasalvia A, Leese M. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2006;41(6):457-63 Pubmed

11. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1997;32(4):177-84 Pubmed

12. Conejo Cerón S, Moreno Peral P, Morales Asencio JM, Alot Montes A, García-Herrera JM, González López MJ, et al. [Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness: a qualitative study]. Anales del sistema sanitario de Navarra 2014;37(2):223-33 Pubmed

13. Delespaul PH, . [Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in the Netherlands]. Tijdschrift voor psychiatrie 2013;55(6):427-38 Pubmed

14. Lora A, Bezzi R, Erlicher A. Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). Community mental health journal 2007;43(4):341-57 Pubmed

15. NIMH. National Survey on Drug Use and Health. Hg. v. National Institute of Mental Health. 2012. Website

16. Jacobi F, Höfler M, Strehle J. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85, S. 77–87. 2014.

17. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LA, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. Deutsches Arzteblatt international 2019;116(23-24):405-411 Pubmed Journal

18. Huda AS. The nature of diagnostic constructs. Ahmed Samei Huda (Hg.): The Medical Model in Mental Health: Oxford University Press, S. 34–52. 2019.

19. Konrad M, Weinmann S, Becker T, Armbruster J, Gühne U. Ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation: Eine neue sozialrechtliche Perspektive in der psychiatrischen Versorgung. Psychiatr Prax 51 (2), S. 104–109 2024. Journal

20. DIMDI. DIMDI (2014): DIMDI - ICD-10-WHO Version 2013. 2014. Website

21. DGN e. V., DGPPN e. V.. S3-Leitlinie Demenzen, Version 6.1, 27.04.2026,. 2026. Website

22. Speck A, Steinhart I. Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern;. Psychiatrie Verlag GmbH. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften). 2018.

23. Angermeyer M, Klusmann D. Soziales Netzwerk. Ein neues Konzept für die Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. 1989. Website

24. Wang J, Lloyd-Evans B, Giacco D, Forsyth R, Nebo C, Mann F, et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2017;52(12):1451-1461 Pubmed Journal

25. Beckers T, Maassen N, Koekkoek B, Tiemens B, Hutschemaekers G. Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. Current psychology (New Brunswick, N.J.) 2022;1-11 Pubmed Journal

26. Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. Community mental health journal 2004;40(6):513-23 Pubmed

27. BAGüS. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. 2021. Website

28. DGSP. Eingliederungshilfe auf dem Weg zur Inklusion. Positionspapier des DGSP-Fachausschusses Menschen in Heimen. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. 2012. Website

29. Steinhart I, Speck A, Freyberger H. Blackbox geschlossene Heime. Psychosoziale Umschau (1), S. 6–8. 2013.

30. Jenderny S, Schreiter J, Steinhart I. Psychiatrische Wohnheime in Deutschland – Transparenz und Strukturen. Psychiatr Prax 47 (5), S. 260–266. 2020. Journal

31. Salize HJ, Dillmann-Lange C, Kentner-Figura B, Reinhard I. Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung – Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. Nervenarzt 77 (11), S. 1345–1354. 2006.

32. Schreiter S, Heidrich S, Zulauf J, Saathoff U, Brückner A, Majic T, et al. Housing situation and healthcare for patients in a psychiatric centre in Berlin, Germany: a cross-sectional patient survey. BMJ open 2019;9(12):e032576 Pubmed Journal

33. Schreiter S, Bermpohl F, Krausz M, Leucht S, Rössler W, Schouler-Ocak M, et al. The Prevalence of Mental Illness in Homeless People in Germany. Deutsches Arzteblatt international 2017;114(40):665-672 Pubmed Journal

34. BAG Wohnungslosenhilfe e. V.. Steigende Zahl Wohnungsloser im Wohnungslosensektor, Wohnungslosigkeit anerkannter Geflüchteter sinkt. 2021. Website

35. Gutwinski S, Westerbarkey E, Schouler-Ocak M, Moran JK, Schreiter S. Housing Satisfaction of Psychiatric Patients in Different Forms of Housing-A Cross-Sectional Study in Berlin, Germany. Frontiers in psychiatry 2021;12:652565 Pubmed Journal

36. Richter D, Hoffmann H. Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Adm Policy Ment Health 2017. Journal

37. Kawakami N, Abdulghani EA, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, et al. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. Biological psychiatry 2012;72(3):228-37 Pubmed Journal

38. Levinson D, Lakoma MD, Petukhova M, Schoenbaum M, Zaslavsky AM, Angermeyer M, et al. Associations of serious mental illness with earnings:

results from the WHO World Mental Health surveys. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;197(2):114-21 Pubmed Journal

39. Richardson T, Elliott P, Roberts R. The relationship between personal unsecured debt and mental and physical health: a systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review 2013;33(8):1148-62 Pubmed Journal

40. Schreiter S, Heidrich S, Heinz A, Rössler W, Krausz RM, Schouler-Ocak M. Schulden, Kredite und unbezahlte Rechnungen unter Nutzer*Innen teilstationärer und stationärer psychiatrischer Behandlung in Berlin. Der Nervenarzt 92 (11), S. 1172–1178. 2021. Journal

41. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2004;39(5):337-49 Pubmed

42. Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. [Psychiatric Inpatient Treatment and Return to Work]. Psychiatrische Praxis 2018;45(4):197-205 Pubmed Journal

43. Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J, Leopold K, Bechdolf A. [Patients' Work-Related Participation Impairments and Need for Support in Day Hospital and Inpatient Psychiatric Treatment]. Psychiatrische Praxis 2020;47(5):235-241 Pubmed Journal

44. Gühne U, Pabst A, Löbner M, Breilmann J, Hasan A, Falkai P, et al. Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2021;56(9):1657-1667 Pubmed Journal

45. Schubert M, Parthier K, Kupka P. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II: IAB-Forschungsbericht (12/2013). IAB-Forschungsbericht (12/2013). 2013.

46. Oschmiansky F, Popp S, Riedel-Heller S, Schwarzbach M, Gühne U, Kupka P. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht, 14/2017. Hg. v. IAB. Nürnberg. 2017.

47. DRV. Deutsche Rentenversicherung in Zahlen 2020. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. 2020. Website

48. DRV Bund. Rentenversicherung in Zahlen 2017. Berlin: Deutsche Rentenversicherung. 2017. Website

49. Richter D, Eikelmann B, Reker T. [Work, income, intimate relationships: social exclusion of the mentally ill]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2006;68(11):704-7 Pubmed

50. BAG WfbM. Neue Herausforderungen. Neue Perspektiven. Neue Wege. Jahresbericht 2020. Hg. v. M. Berg, P. Friesenhahn und A. Stratmann. BAG WfbM. Frankfurt am Main. 2020. Website

51. Adamus C, Richter D, Sutor K, Zürcher SJ, Mötteli S. Preference for Competitive Employment in People with Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Proportions. Journal of occupational rehabilitation 2025;35(2):143-158 Pubmed Journal

52. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. Acta psychiatrica Scandinavica 2007;116(5):317-33 Pubmed

53. Vancampfort D, Correll CU, Galling B, Probst M, De Hert M, Ward PB, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2016;15(2):166-74 Pubmed Journal

54. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, De Hert M, Wampers M, Ward PB, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2015;14(3):339-47 Pubmed Journal

55. Correll CU, Solmi M, Veronese N, Bortolato B, Rosson S, Santonastaso P, et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2017;16(2):163-180 Pubmed Journal

56. DE Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, VAN Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2009;8(1):15-22 Pubmed

57. Afzal M, Siddiqi N, Ahmad B, Afsheen N, Aslam F, Ali A, et al. Prevalence of Overweight and Obesity in People With Severe Mental Illness: Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in endocrinology 2021;12:769309 Pubmed Journal

58. Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D, Verdes E, Naidoo N, Arango C, et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. The Journal of clinical psychiatry 2011;72(12):1592-9 Pubmed Journal

59. Ward M, Druss B. The epidemiology of diabetes in psychotic disorders. The lancet. Psychiatry 2015;2(5):431-451 Pubmed Journal

60. Laursen TM. Causes of premature mortality in schizophrenia: a review of literature published in 2018. Current opinion in psychiatry 2019;32(5):388-393 Pubmed Journal

61. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2017;16(1):30-40 Pubmed Journal

62. Zabeen S, Lawn S, Venning A, Fairweather K. Why Do People with Severe Mental Illness Have Poor Cardiovascular Health?-The Need for Implementing a Recovery-Based Self-Management Approach. International journal of environmental research and public health 2021;18(23) Pubmed Journal

63. Compton MT, Daumit GL, Druss BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: a preventive perspective. Harvard review of psychiatry 2006;14(4):212-22 Pubmed

64. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. Archives of general psychiatry 2011;68(6):609-16 Pubmed Journal

65. Newcomer JW, Weiden PJ, Buchanan RW. Switching antipsychotic medications to reduce adverse event burden in schizophrenia: establishing evidence-based practice. The Journal of clinical psychiatry 2013;74(11):1108-20 Pubmed Journal

66. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2009;8(1):1-2 Pubmed

67. Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. Journal of psychiatric research 2013;47(2):197-207 Pubmed Journal

68. Soundy A, Freeman P, Stubbs B, Probst M, Coffee P, Vancampfort D. The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: a systematic review and meta-ethnography. Psychiatry research 2014;220(1-2):11-9 Pubmed Journal

69. Soundy A, Stubbs B, Probst M, Hemmings L, Vancampfort D. Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(5):693-6 Pubmed

70. Casey DE, Haupt DW, Newcomer JW, Henderson DC, Sernyak MJ, Davidson M, et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia. The Journal of clinical psychiatry 2004;65 Suppl 7:4-18; quiz 19-20 Pubmed

71. O'Sullivan J, Gilbert J, Ward W. Addressing the health and lifestyle issues of people with a mental illness: the Healthy Living Programme. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2006;14(2):150-5 Pubmed

72. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventing chronic disease 2006;3(2):A42 Pubmed

73. DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2011;10(1):52-77 Pubmed

74. De Hert M, Mazereel V, Stroobants M, De Picker L, Van Assche K, Detraux J. COVID-19-Related Mortality Risk in People With Severe Mental Illness: A

Systematic and Critical Review. Frontiers in psychiatry 2021;12:798554 Pubmed Journal

75. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J, Zielasek J. Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. Deutsches Arzteblatt international 2013;110(47):799-808 Pubmed Journal

76. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, Gruber M, Sampson N, Aguilar-Gaxiola S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(2):119-124 Pubmed Journal

77. Wiegand HF, Saam J, Marschall U, Chmitorz A, Kriston L, Berger M, et al. Challenges in the Transition from In-Patient to Out-Patient Treatment in Depression. Deutsches Arzteblatt international 2020;117(27-28):472-479 Pubmed Journal

78. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization 2004;82(11):858-66 Pubmed

79. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International journal of methods in psychiatric research 2014;23(3):289-303 Pubmed Journal

80. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2011;21(9):655-79 Pubmed Journal

81. BPtK. BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Hg. v. Bundespsychotherapeutenkammer. Berlin. 2011. Website

82. Rogausch A, Kapmeyer A, Tenbieg A, Himmel W. [Role of the general practitioner in outpatient care for schizophrenic patients from the patients' perspective]. Psychiatrische Praxis 2008;35(4):194-7 Pubmed Journal

83. Deister A, Wilms B. Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie – Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. Psychiat Prax 42, S. 8–10. 2015.

84. Schnyder U, McShine RM, Kurmann J, Rufer M. [Psychotherapy for everyone? On the indications for psychotherapeutic treatment]. Der Nervenarzt 2014;85(12):1529-35 Pubmed Journal

85. Ruggeri M, Salvi G, Perwanger V, Phelan M, Pellegrini N, Parabiaghi A. Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users: a comparison study in South-Verona and South-London. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2006;41(4):302-9 Pubmed

86. Spießl H, Binder H, Cording C. Klinikpsychiatrie unter ökonomischem Druck. In: Dtsch Ärztebl 103 (39), S. 2549. 2006.

87. Schmid P, Steinert T, Borbé R. Systematische Literaturübersicht zur Implementierung der sektorübergreifenden Versorgung (Regionalbudget, integrierte Versorgung) in Deutschland. Psychiat Prax 40, S. 414–424. 2013.

88. Schleuning G, Weschehold M. Schleuning, G.; Weschehold, M. (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement. Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Ges (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 133). 2000.

89. Klie T. Care und Case Management–Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit. In: Pflege-Report, S. 165–176. 2020.

90. Längle G. Neue Modelle der Vernetzung. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 205–212. 2009.

91. Bramesfeld A, Koller M, Salize HJ. Versorgung psychisch kranker Menschen: Steuerung & Umsetzung. Göttingen: Hogrefe 2018.

92. Kuntz A, Vater I. Assertive CommunityTreatment: moderne Versorgungsformen und neue Rollenprofile für die psychiatrische Pflege. PPH 27 (02), S. 88–92. 2021. Journal

93. Greve N. Gemeindepsychiatrische Krisenhilfen. Nervenheilkunde 40 (09), S. 707–711. 2021. Journal

94. Hubble MA, Duncan BL, Miller SD. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund: Modernes Lernen (Systemische Studien, 21) 2001.

95. Grawe K. Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe 1998.

96. Fernandes S, Fond G, Zendjidjian X, Michel P, Lançon C, Berna F, et al. A conceptual framework to develop a patient-reported experience measure of the quality of mental health care: a qualitative study of the PREMIUM project in France. Journal of market access & health policy 2021;9(1):1885789 Pubmed Journal

97. Scheibler F, Pfaff H. Shared decision-making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa (Juventa Materialien) 2003.

98. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. Patient education and counseling 2007;67(3):324-32 Pubmed

99. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patient und Arzt als Team. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 66 (5), S. 195–207 2016. Journal

100. Donner-Banzhoff N. Partizipative Entscheidungsfindung. Pfaff H, Neugebauer E, Glaeske G, Schrappe M (Hg.): Lehrbuch der Versorgungsforschung: Systematik – Methodik – Anwendung. Stuttgart. Schattauer, S. 64–67 2011.

101. WHO. The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding. New Hope. Hg. v. World Health Organization. Geneva. 2002.

102. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies 2014. Hg. v. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Publishing. 2014.

103. Huxley P, Evans S, Madge S, Webber M, Burchardt T, McDaid D, et al. Development of a social inclusion index to capture subjective and objective life domains (Phase II): psychometric development study. Health technology assessment (Winchester, England) 2012;16(1):iii-vii, ix-xii, -1-241 Pubmed Journal

104. Vogt D, Messer M, Quenzel G, Schaeffer D. „Health Literacy“ – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept?. Prävention und Gesundheitsförderung 11 (1), S. 46–52. 2016.

105. WHO. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Geneva (WHO/HPR/HEP/98.1). 1998. Website

106. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. Journal of medical Internet research 2006;8(2):e9 Pubmed

107. Schaeffer D, Pelikan J. Health literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Unter Mitarbeit von Ullrich Bauer. Verlag Hans Huber. 1. Auflage. Bern: Hogrefe. 2017. Website

108. Degan TJ, Kelly PJ, Robinson LD, Deane FP, Smith AM. Health literacy of people living with mental illness or substance use disorders: A systematic review. Early intervention in psychiatry 2021;15(6):1454-1469 Pubmed Journal

109. Takizawa N, Melle I, Barrett EA, Nerhus M, Ottesen AA. The Influence of Mental Health Literacy, Migration, and Education on the Duration of Untreated Psychosis. Frontiers in public health 2021;9:705397 Pubmed Journal

110. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. Journal of general internal medicine 2006;21(8):818-22 Pubmed

111. Lincoln A, Arford T, Doran M, Guyer M, Hopper K. Lincoln, Alisa K.; Arford, Tammi; Doran, Meghan V.; Guyer, Margaret; Hopper, Kim (2015): A PRELIMINARY EXAMINATION OF THE MEANING AND EFFECT OF LIMITED LITERACY IN THE LIVES OF PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS. J. Community Psychol. 43 (3), S. 315–320. 2016. Journal

112. Heimbeck A, Hälter G. Bewegungstherapie und Depression--Evaluationsstudie zu einer unspezifischen und einer störungsorientierten bewegungstherapeutischen Förderung im klinischen Kontext. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 61 (5), S. 200–207. 2011. Journal

113. Gühne U, Richter D, Breilmann J, Täumer E, Falkai P, Kilian R. Genesungsbegleitung: Inanspruchnahme und Nutzenbewertung aus Betroffenenperspektive – Ergebnisse einer Beobachtungsstudie. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 71 (12), S. 499–507. 2021. Journal

114. Puschner B, Repper J, Mahlke C, Nixdorf R, Basangwa D, Nakku J, et al. Using Peer Support in Developing Empowering Mental Health Services (UPSIDES): Background, Rationale and Methodology. Annals of global health 2019;85(1) Pubmed Journal

115. Girlanda F, Fiedler I, Becker T, Barbui C, Koesters M. The evidence-practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(1):24-30 Pubmed Journal

116. Link BG, Phelan JC. Stigma and its public health implications. Lancet (London, England) 2006;367(9509):528-9 Pubmed

117. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M, . Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. Lancet (London, England) 2009;373(9661):408-15 Pubmed Journal

118. Schlier B, Lincoln TM. Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Verhaltenstherapie 26 (4), S. 279–290. 2016.

119. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2009;8(2):75-81 Pubmed

120. Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2013;203(2):146-51 Pubmed Journal

121. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, Corrigan PW, Grabe HJ, Carta MG, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2012;125(6):440-52 Pubmed Journal

122. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychological medicine 2015;45(1):11-27 Pubmed Journal

123. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(4):261-268 Pubmed Journal

124. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. Psychological science in the public interest : a journal of the American Psychological Society 2014;15(2):37-70 Pubmed Journal

125. Stolzenburg S, Freitag S, Evans-Lacko S, Muehlan H, Schmidt S, Schomerus G. The Stigma of Mental Illness as a Barrier to Self Labeling as Having a Mental Illness. The Journal of nervous and mental disease 2017;205(12):903-909 Pubmed Journal

126. Fung KMT, Tsang HWH, Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. Psychiatric rehabilitation journal 2008;32(2):95-104 Pubmed Journal

127. Schomerus G, Angermeyer MC. [Psychiatry - finally de-stigmatized?]. Psychiatrische Praxis 2013;40(2):59-61 Pubmed Journal

128. Zippay AL. Psychiatric residences: notification, NIMBY, and neighborhood relations. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2007;58(1):109-13 Pubmed

129. Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A, Carta MG, Schomerus G. Psychiatric services in the community? The German public's opinion in 1990 and 2011. Epidemiology and psychiatric sciences 2013;22(4):339-44 Pubmed Journal

130. Stadler SM. Einstellungen und Soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken. Positive Wirkung sozialer Kontakte im Umfeld einer

gemeindepsychiatrischen Tagesstätte im Vergleich zu einer Kontrollregion. Z Psychiatr Psychol Psychother 58 (4), S. 265–273. 2010.

131. Link BG, Phelan JO. Stigma power. Social science & medicine (1982) 2014;103:24-32 Pubmed Journal

132. Schomerus G, Bauch A, Elger B. Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. Sucht 63 (5), S. 253–259. 2017.

133. BApK e.V.. Wahnsinnig nah Ein Buch für Familien und Freunde psychisch erkrankter Menschen: Balance. 2021.

134. Schmid R, Spiessl H, Cording C. Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Psychiat Prax 32 (6), S. 272–280. 2005. Journal

135. Jungbauer J, Mory C, Angermeyer MC. [Does caring for a schizophrenic family member increase the risk of becoming ill? Psychological and psychosomatic troubles in caregivers of Schizophrenia patients]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2002;70(10):548-54 Pubmed

136. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Schizophrenia bulletin 2004;30(3):665-75 Pubmed

137. Jungbauer J, Stelling K, Angermeyer MC. "Auf eigenen Beinen wird er nie stehen können": Entwicklungsprobleme in Familien mit schizophrenen Patienten aus Sicht der Eltern. Psychiat Prax 33 (1), S. 14–22. 2006. Journal

138. Jungbauer J, Stelling K, Dietrich S, Angermeyer MC. Schizophrenia: problems of separation in families. Journal of advanced nursing 2004;47(6):605-13 Pubmed

139. Burkhardt A, Rudorf S, Brand C, Rockstroh B, Studer K, Lettke F, et al. [Ambivalences in the relationship of parents towards their schizophrenic or substance dependent adult child: a comparison to their relationships with healthy siblings and to ordinary parent-child-relationships]. Psychiatrische Praxis 2007;34(5):230-8 Pubmed

140. Milliken PJ, Rodney PA. Parents as caregivers for children with schizophrenia: moral dilemmas and moral agency. Issues in mental health nursing 2003;24(8):757-73 Pubmed

141. Peukert R, Julius L. Geschwister psychisch erkrankter Menschen. Übersehen - überhört - übergangen - in den Familien und im Versorgungssystem. 1. Auflage. Norderstedt: BoD – Books on Demand. 2022.

142. Achilles I. "... und um mich kümmert sich keiner!". Die Situation der Geschwister behinderter und chronisch kranker Kinder. 4., überarb. Aufl. München, Basel: Reinhardt. 2005.

143. Avcıoğlu MM, Karanci AN, Soygur H. What is related to the well-being of the siblings of patients with schizophrenia: An evaluation within the Lazarus and Folkman's Transactional Stress and Coping Model. The International journal of social psychiatry 2019;65(3):252-261 Pubmed Journal

144. Schmid R, Schielein T, Binder H, Hajak G, Spiessl H. The forgotten caregivers: Siblings of schizophrenic patients. International journal of psychiatry in clinical practice 2009;13(4):326-37 Pubmed Journal

145. Nechmad A, Fennig S, Ternochiano P, Treves I, Fennig-Naisberg S, Levkovich Y. Siblings of schizophrenic patients--a review. The Israel journal of psychiatry and related sciences 2000;37(1):3-11 Pubmed

146. Schmid R, Schielein T, Spiessl H, Cording C. [Burden of siblings of inpatients with schizophrenia]. Psychiatrische Praxis 2006;33(4):177-83 Pubmed

147. Jungbauer J, Bischkopf J, Angermeyer MC. ["The illness has totally changed our lives"--stress in partners of schizophrenic patients at the onset of illness]. Psychiatrische Praxis 2001;28(3):133-8 Pubmed

148. Jungbauer J, Angermeyer MC. Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects parents and spouses. Psychiatry 2002;65(2):110-23 Pubmed

149. Lenz A. Ressourcen fördern. Materialien für die Arbeit mit Kindern und ihren psychisch kranken Eltern. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag,

Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen, Stockholm: Hogrefe 2010.

150. Heitmann D, Bauer U. Kinder psychisch erkrankter Eltern – Forschungsdesiderata und psychiatrischer Interventionsbedarf. Z Pflegewiss psych Gesundh 1 (1), S. 5–16. 2007.

151. Nordh E-LW, Priebe G, Grip K, Afzelius M, Axberg U. Mental health in children of parents being treated by specialised psychiatric services. Scandinavian journal of public health 2022;50(8):1113-1123 Pubmed Journal

152. Jungbauer J, Kuhn J, Lenz A. [On prevalence of parenthood in schizophrenia patients]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2011;73(5):286-9 Pubmed Journal

153. Lenz A. Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise im Rahmen des 13. Kinder - und Jugendberichts der Bundesregierung. 2009. Website

154. McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. Acta psychiatrica Scandinavica 1999;99(6):441-6 Pubmed

155. Craig T, Bromet EJ. Parents with psychosis. Annals of clinical psychiatry : official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists 2004;16(1):35-9 Pubmed

156. Stambaugh LF, Forman-Hoffman V, Williams J, Pemberton MR, Ringeisen H, Hedden SL, et al. Prevalence of serious mental illness among parents in the United States: results from the National Survey of Drug Use and Health, 2008-2014. Annals of epidemiology 2017;27(3):222-224 Pubmed Journal

157. Kluth S, Stern K, Trebes J, Freyberger HJ. Psychisch kranke jugendliche und erwachsene Mütter im Vergleich: Erste Ergebnisse aus dem Modellprojekt „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“. In: Bundesgesundheitsbl 53 (11), S. 1119–1125. 2010.

158. AGJ. Kinder von psychisch erkrankten und suchtkranken Eltern. Diskussionspapier der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe. Berlin. 2010. Website

159. BPtK. BPtK_Newsletter. Hg. v. Bundespsychotherapeutenkammer (1). 2007. Website

160. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: an integrative review. Psychological bulletin 1990;108(1):50-76 Pubmed

161. Robins LN, Da Regier. Psychiatric disorders in America. New York: The Free Press. 1991.

162. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönnqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. Schizophrenia research 2003;60(2-3):239-58 Pubmed

163. Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, et al. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. Archives of general psychiatry 1987;44(10):847-53 Pubmed

164. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. Psychological medicine 1984;14(4):853-80 Pubmed

165. Sameroff A, Seifer R, Zax M, Barocas R. Early indicators of developmental risk: Rochester Longitudinal Study. Schizophrenia bulletin 1987;13(3):383-94 Pubmed

166. Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe. 2005.

167. Nevriana A, Pierce M, Dalman C, Wicks S, Hasselberg M, Hope H, et al. Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: nationwide register based cohort study in Sweden. BMJ (Clinical research ed.) 2020;369:m853 Pubmed Journal

168. Jäckel D, Hoffmann H, Weig W. Praxisleitlinien. Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag (Fachwissen). 2010.

169. Davidson L, Lawless MS, Leary F. Concepts of recovery: competing or complementary?. Current opinion in psychiatry 2005;18(6):664-7 Pubmed

170. Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. Pharmacopsychiatry 2006;39(5):161-70 Pubmed

171. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. The American journal of psychiatry 2005;162(3):441-9 Pubmed

172. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2005;56(6):735-42 Pubmed

173. Jaeger M, Hoff P. Recovery: conceptual and ethical aspects. Current opinion in psychiatry 2012;25(6):497-502 Pubmed Journal

174. Schrank B, Amering M. „Recovery" in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie 21 (1), S. 45–50. 2007.

175. Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible?. Current opinion in psychiatry 2018;31(3):246-255 Pubmed Journal

176. Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, Schirmbeck F, de Haan L. The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia bulletin 2018;44(3):631-642 Pubmed Journal

177. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosoc Rehab J 11 (4), S. 11–19. 1988.

178. Cranach MV. Von Rehabilitation zu Recovery – zur Weiterentwicklung des Rehabilitationsbegriff. In: Becker T, Bäuml J, Pitschel-Walz G, Weig W (Hg.):. Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Köln: Ärzteverlag, S. 333–339. 2007.

179. Zipursky RB, Agid O. Recovery, not progressive deterioration, should be the expectation in schizophrenia. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2015;14(1):94-6 Pubmed Journal

180. Amering M. Recovery und seine Bedeutung für unsere wissenschaftliche Verantwortung. Psychiatria Danubina 24, S. 422–428 2012.

181. Whitley R, Drake RE. Recovery: a dimensional approach. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2010;61(12):1248-50 Pubmed Journal

182. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2011;199(6):445-52 Pubmed Journal

183. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. Journal of mental health (Abingdon, England) 2017;26(3):291-304 Pubmed Journal

184. Reichhart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J. [Patient participation in german psychiatry - a critical review]. Psychiatrische Praxis 2008;35(3):111-21 Pubmed Journal

185. Knuf A. Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag. 2004.

186. Prins S. Empowerment und Rehabilitation schizophren Erkrankter aus Betroffenensicht. In: Becker, T; Bäuml, J; Pitschel-Walz, G; Weig, W (Hrsg.). Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Köln: Ärzteverlag; S. 17-22. 2007.

187. Lauber C, Rössler W. Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe. Rössler, W (Hrsg.). Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer; S. 146-156. 2004.

188. Stevenson C, Jackson S, Barker P. Finding solutions through empowerment: a preliminary study of a solution-orientated approach to nursing in acute psychiatric settings. Journal of psychiatric and mental health nursing 2003;10(6):688-96 Pubmed

189. Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung. Hg. v. BZgA. 2016. Website

190. Loss J. Der Empowerment-Ansatz: unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. In: Gesundheitswesen 70, S. 713–714. 2008.

191. Kliche T, Kröger G. Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung – Eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. Gesundheitswesen 70, S. 715–720. 2008.

192. Corrigan PW, Faber D, Rashid F, Leary M. The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. Schizophrenia research 1999;38(1):77-84 Pubmed

193. Hansson L, Björkman T. Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. Scandinavian journal of caring sciences 2005;19(1):32-8 Pubmed

194. Lloyd C, King R, Moore L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. The International journal of social psychiatry 2010;56(3):220-9 Pubmed Journal

195. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. The Journal of nervous and mental disease 1999;187(7):406-13 Pubmed

196. Borras L, Boucherie M, Mohr S, Lecomte T, Perroud N, Huguelet PH. Increasing self-esteem: efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2009;24(5):307-16 Pubmed Journal

197. United Nations. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006 – Zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmte Übersetzung. Institut für Menschenrechte. Berlin. 2008.

198. Stickley T, Felton A. Promoting recovery through therapeutic risk taking. Ment Health Pract 9, S. 26–30. 2006.

199. Burr C, Richter D. [Negotiating the Space Between Openness and Rejection - Mental Health Nurses' Attitudes Towards Risk Behaviour of their Patients - A Qualitative Study]. Psychiatrische Praxis 2017;44(6):348-355 Pubmed Journal

200. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strate-gies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. Soc Sci Med 74 (4), S. 554–564. 2012;74(4):554-64 Pubmed Journal

201. Schrank B, Woppmann A, Grant Hay A, Sibitz I, Zehetmayer S, Lauber C. Validation of the Integrative Hope Scale in people with psychosis. Psychiatry research 2012;198(3):395-9 Pubmed Journal

202. Chen S-P, Krupa T, Lysaght R, McCay E, Piat M. The development of recovery competencies for in-patient mental health providers working with people with serious mental illness. Administration and policy in mental health 2013;40(2):96-116 Pubmed Journal

203. Whitley R, Harris M, Fallot R, Berley R. The active ingredients of intentional recovery communities: Focur group evaluation. J Ment Health 17, S. 173–182. 2008.

204. Lakeman R. Mental health recovery competencies for mental health workers: a Delphi study. Journal of mental health (Abingdon, England) 2010;19(1):62-74 Pubmed Journal

205. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Frontiers in psychiatry 2017;8:100 Pubmed Journal

206. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annual review of clinical psychology 2013;9:465-97 Pubmed Journal

207. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2014;13(1):12-20 Pubmed Journal

208. Winsper C, Crawford-Docherty A, Weich S, Fenton S-J, Singh SP. How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. Clinical psychology review 2020;76:101815 Pubmed Journal

209. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. Current opinion in psychiatry 2009;22(4):374-80 Pubmed Journal

210. Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery. A model for mental health practice. Edinburgh, New York: Baillière Tindall. 2003.

211. Knuf A, Bridler S. Recovery konkret. Psychiat Prax, S. 26–29. 2008.

212. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. J Ment Health 13 (5), S. 493–505. 2004.

213. Coleman R. Recovery. An alien concept. Gloucester: Handsell Publishing. 1999.

214. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2011;62(12):1470-6 Pubmed Journal

215. Le Boutillier C, Chevalier A, Lawrence V, Leamy M, Bird VJ, Macpherson R, et al. Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. Implementation science : IS 2015;10:87 Pubmed Journal

216. Badu E, O'Brien AP, Mitchell R. An Integrative Review of Recovery Services to Improve the Lives of Adults Living with Severe Mental Illness. International journal of environmental research and public health 2021;18(16) Pubmed Journal

217. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2009;2009(1):CD005963 Pubmed Journal

218. Kemp K, Zelle H, Bonnie RJ. Embedding advance directives in routine care for persons with serious mental illness: implementation challenges. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2015;66(1):10-4 Pubmed Journal

219. Redahan M, Kelly BD, Gergel T. Advance healthcare directives and advance choice documents in psychiatry: New resources, new legislation, new opportunities. International journal of law and psychiatry 2024;97:102030 Pubmed Journal

220. Doughty C, Tse S, Duncan N, McIntyre L. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2008;16(6):450-6 Pubmed Journal

221. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. BMC psychiatry 2011;11:185 Pubmed Journal

222. Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rosen A. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2011;45(4):267-80 Pubmed Journal

223. Slade M. 100 Wege um Recovery zu unterstützen. Ein Leitfaden für psychiatrische Fachpersonen. Unter Mitarbeit von Deutsche Übersetzung und Bearbeitung: Zuaboni, G, M. Schulz, S. Ventling, P. Krause und M. Löhr (Rethink Mental Illness-Serie Recovery: Band 1 von Mike Slade). 2009. Website

224. Zuaboni G, Abderhalden C, Schulz M, Winter A. Recovery praktisch! Schulungsunterlagen. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD). 2012. Website

225. 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.

226. Barker P, Buchanan-Barker P. Das Gezeitenmodell. Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. 1. Auflage. Hg. v. Gianfranco Zuaboni, Christian Burr und Michael Schulz. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege). 2013.

227. Miesen M. Berufsprofil Ergotherapie. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner. 2004.

228. Borgetto B. Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven in der Schweiz und in Deutschland. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums 2004. Website

229. Watson E. The mechanisms underpinning peer support: a literature review. Journal of mental health (Abingdon, England) 2019;28(6):677-688 Pubmed Journal

230. Peck CKH, Thangavelu DP, Li Z, Goh YS. Effects of peer-delivered self-management, recovery education interventions for individuals with severe and enduring mental health challenges: A meta-analysis. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(1):54-73 Pubmed Journal

231. Scott AJ, Webb TL, Rowse G. Self-help interventions for psychosis: a meta-analysis. Clinical psychology review 2015;39:96-112 Pubmed Journal

232. Ernstmann N, Bauer U, Berens E, Bitzer E, Bollweg T, Danner M. DNVF Memorandum Gesundheitskompetenz (Teil 1) – Hintergrund, Relevanz, Gegen-stand und Fragestellungen in der Versorgungsforschung: Kurzfassung. Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 82 (7), S. 639–645. 2020. Journal

233. Borgetto B, Dick G. Gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland. Stand der Forschung. Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 147) 2002.

234. Kofahl C. Gemeinschaftliche Selbsthilfe und Gesundheitskompetenz – der Beitrag der Selbsthilfe zur Gesundheitsbildung des Einzelnen und der Bevölkerung. In: Katharina Rathmann, Kevin Dadaczynski, Orkan Okan und Melanie Messer (Hg.): Ge-sundheitskompetenz. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit), S. 1–12. 2020.

235. Gaber E, Hundertmark-Mayser J. [Health related self-help groups--participation and information level in Germany. Results of the German telephone health survey 2003]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2005;67(8-9):620-9 Pubmed

236. Hundertmark-Mayser J, Helms U. Unterstützung von Selbsthilfegruppen – gesellschaftliche Herausforderungen für Selbsthilfekontaktstellen und aktuelle Ansätze. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (1), S. 32–39. 2019. Journal

237. Borgetto B. Wirkungen und Nutzen von Selbsthilfegruppen. Pub Health Forum 2007.

238. Jones S, Deville M, Mayes D, Lobban F. Self-management in bipolar disorder: the story so far. Journal of mental health (Abingdon, England) 2011;20(6):583-92 Pubmed Journal

239. Taylor AC, Bond GR. Employment specialist competencies as predictors of employment outcomes. Community mental health journal 2014;50(1):31-40 Pubmed Journal

240. Kanfer F, Reinecker H, Schmelzer D. Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4., durchgesehene Aufl. Heidelberg: Springer Me-dizin. 2006.

241. Gliddon E, Barnes SJ, Murray G, Michalak EE. Online and mobile technologies for self-management in bipolar disorder: A systematic review. Psychiatric rehabilitation journal 2017;40(3):309-319 Pubmed Journal

242. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL, Clancy R, Clancy DM, Salyers MP. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. Schizophrenia bulletin 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S32-43 Pubmed

243. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J, Lorenzo J, Bradford-Watt D, Barbosa A, et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2009;60(12):1629-36 Pubmed Journal

244. Färdig R, Lewander T, Melin L, Folke F, Fredriksson A. A randomized controlled trial of the illness management and recovery program for persons with schizophrenia. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2011;62(6):606-12 Pubmed Journal

245. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2007;58(11):1461-6 Pubmed

246. McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, Salyers MP. Illness management and recovery: a review of the literature. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(2):171-9 Pubmed Journal

247. Beentjes TAA, van Gaal BGI, van Achterberg T, Goossens PJJ. Self-Management Support Needs From the Perspectives of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Research. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2020;26(5):464-482 Pubmed Journal

248. van Schie D, Castelein S, van der Bijl J, Meijburg R, Stringer B, van Meijel B. Systematic review of self-management in patients with schizophrenia: psychometric assessment of tools, levels of self-management and associated factors. Journal of advanced nursing 2016;72(11):2598-2611 Pubmed Journal

249. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;214(5):260-268 Pubmed Journal

250. Hsieh W-L, Li I-H, Liu W-I. Effects of empowerment-based illness management on the medication adherence and recovery of persons with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. International journal of mental health nursing 2023;32(4):1008-1024 Pubmed Journal

251. DGBS e.V., DGPPN e.V.. S3-Leitlinie - Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. 2019. Website

252. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. Psychological medicine 2007;37(9):1217-28 Pubmed

253. Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller H-J, Falkai P. A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. Schizophrenia bulletin 2016;42 Suppl 1(Suppl 1):S71-80 Pubmed Journal

254. Scheidhauer H. Entwicklung eines Selbstmanagement-Trainingsprogramms für Menschen in Selbsthilfegruppen mit bipolaren Störungen. Dissertation. Pädagogische Hochschule Freiburg, Freiburg. 2005. Website

255. Whiteman KL, Naslund JA, DiNapoli EA, Bruce ML, Bartels SJ. Systematic Review of Integrated General Medical and Psychiatric Self-Management Interventions for Adults With Serious Mental Illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2016;67(11):1213-1225 Pubmed

256. Siantz E, Aranda MP. Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: a systematic review of the literature. General hospital psychiatry 2014;36(3):233-44 Pubmed Journal

257. Fanner D, Urquhart C. Bibliotherapy for mental health service users Part 1: a systematic review. Health information and libraries journal 25 (4), S. 237–252. 2008. Journal

258. Morgan AJ, Jorm AF. Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. Annals of general psychiatry 2008;7:13 Pubmed Journal

259. Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, et al. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice?. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 2005;55(514):387-92 Pubmed

260. Gregory RJ, Canning SS, Lee TW, Wise JC. Cognitive bibliotherapy for depression: a meta-analysis. Professional Psychol Res Prax, S. 275–280. 2004.

261. Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2016;50(5):410-72 Pubmed Journal

262. Moshe I, Terhorst Y, Philippi P, Domhardt M, Cuijpers P, Cristea I, et al. Digital interventions for the treatment of depression: A meta-analytic review. Psychological bulletin 2021;147(8):749-786 Pubmed Journal

263. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C, Bohus M, Meisenzahl E, Kersting A. Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. Der Nervenarzt 87 (11), S. 1185–1193. 2016. Journal

264. Huguet A, Rao S, McGrath PJ, Wozney L, Wheaton M, Conrod J, et al. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. PloS one 2016;11(5):e0154248 Pubmed Journal

265. Nicholas J, Larsen ME, Proudfoot J, Christensen H. Mobile Apps for Bipolar Disorder: A Systematic Review of Features and Content Quality. Journal of medical Internet research 2015;17(8):e198 Pubmed Journal

266. Karyotaki E, Riper H, Twisk J, Hoogendoorn A, Kleiboer A, Mira A, et al. Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms: A Meta-analysis of Individual Participant Data. JAMA psychiatry 2017;74(4):351-359 Pubmed Journal

267. Stein J, Röhr S, Luck T, Löbner M, Riedel-Heller SG. [Indication and Evidence of Internationally Developed Online Coaches as Intervention for Mental Illness - a Meta-Review]. Psychiatrische Praxis 2018;45(1):7-15 Pubmed Journal

268. Sander L, Ebert D, Baumeister H. Internet- und mobilebasierte Psychotherapie der Depression. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 85 (1), S. 48–58 2017. Journal

269. Karyotaki E, Efthimiou O, Miguel C, Bermpohl FMG, Furukawa TA, Cuijpers P, et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis. JAMA psychiatry 2021;78(4):361-371 Pubmed Journal

270. Weitzel EC, Quittschalle J, Welzel FD, Löbner M, Hauth I, Riedel-Heller SG. [E-Mental Health and healthcare apps in Germany]. Der Nervenarzt 2021;92(11):1121-1129 Pubmed Journal

271. Klein JP, Knaevelsrud C, Bohus M, Ebert D, Gerlinger G, Günther K. Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen : Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. Der Nervenarzt 89 (11), S. 1277–1286. 2018. Journal

272. Albrecht UV, Nothacker M, Kopp I, Wagner W, Kreienberg R. Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zu Qualitätsprinzipien für Gesundheits-Apps. Hg. v. AWMF. Berlin. 2019. Website

273. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. Journal of anxiety disorders 2018;55:70-78 Pubmed Journal

274. Alber CS, Krämer LV, Rosar SM, Mueller-Weinitschke C. Internet-Based Behavioral Activation for Depression: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of medical Internet research 2023;25:e41643 Pubmed Journal

275. Killikelly C, He Z, Reeder C, Wykes T. Improving Adherence to Web-Based and Mobile Technologies for People With Psychosis: Systematic Review of New Potential Predictors of Adherence. JMIR mHealth and uHealth 2017;5(7):e94 Pubmed Journal

276. Löbner M, Stein J, Rost T, Förster F, Dorow M, Keller J. Innovative E-Health-Ansätze für komorbide Depressionen bei Patienten mit Adipositas: Nutzungsakzeptanz aus Patienten- und Expertenperspektive. Psychiatrische Praxis 44 (5), S. 286–295. 2017. Journal

277. Berry N, Lobban F, Emsley R, Bucci S. Acceptability of Interventions Delivered Online and Through Mobile Phones for People Who Experience Severe Mental Health Problems: A Systematic Review. Journal of medical Internet research 2016;18(5):e121 Pubmed Journal

278. Kalckreuth S, Trefflich F, Rummel-Kluge C. Mental health related Internet use among psychiatric patients: a cross-sectional analysis. BMC psychiatry 2014;14:368 Pubmed Journal

279. Trefflich F, Kalckreuth S, Mergl R, Rummel-Kluge C. Psychiatric patients' internet use corresponds to the internet use of the general public. Psychiatry research 2015;226(1):136-41 Pubmed Journal

280. Colder Carras M, Mojtabai R, Furr-Holden CD, Eaton W, Cullen BAM. Use of mobile phones, computers and internet among clients of an inner-city community psychiatric clinic. Journal of psychiatric practice 2014;20(2):94-103 Pubmed Journal

281. Ben-Zeev D, Davis KE, Kaiser S, Krzsos I, Drake RE. Mobile technologies among people with serious mental illness: opportunities for future services. Administration and policy in mental health 2013;40(4):340-3 Pubmed Journal

282. Tobitt S, Percival R. Switched on or switched off? A survey of mobile, computer and Internet use in a community mental health rehabilitation sample. Journal of mental health (Abingdon, England) 2019;28(1):4-10 Pubmed Journal

283. Young AS, Cohen AN, Niv N, Nowlin-Finch N, Oberman RS, Olmos-Ochoa TT, et al. Mobile Phone and Smartphone Use by People With Serious

Mental Illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(3):280-283 Pubmed Journal

284. Islam S, Appleton R, Hutchings-Hay C, Lloyd-Evans B, Johnson S. A systematic review of influences on implementation of supported self-management interventions for people with severe mental health problems in secondary mental health care settings. PloS one 2023;18(2):e0282157 Pubmed Journal

285. Etzelmueller A, Vis C, Karyotaki E, Baumeister H, Titov N, Berking M, et al. Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of medical Internet research 2020;22(8):e18100 Pubmed Journal

286. Morales-Pillado C, Fernández-Castilla B, Sánchez-Gutiérrez T, González-Fraile E, Barbeito S, Calvo A. Efficacy of technology-based interventions in psychosis: a systematic review and network meta-analysis. Psychological medicine 2023;53(13):6304-6315 Pubmed Journal

287. Xie Q, Torous J, Goldberg SB. E-Mental Health for People with Personality Disorders: A Systematic Review. Current psychiatry reports 2022;24(10):541-552 Pubmed Journal

288. McBain H, Mulligan K, Haddad M, Flood C, Jones J, Simpson A. Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2016;4(4):CD011361 Pubmed Journal

289. Oliveira ACN, Guariente SMM, Zazula R, Mesas AE, Oliveira CEC, Reiche EMV, et al. Hybrid and Remote Psychosocial Interventions Focused on Weight and Sedentary Behavior Management Among Patients with Severe Mental Illnesses: a Systematic Review. The Psychiatric quarterly 2022;93(3):813-840 Pubmed Journal

290. Orsolini L, Longo G, Volpe U. Psychosocial Interventions in the Rehabilitation and the Management of Psychosis and Schizophrenia: A Systematic Review on Digitally-Delivered Interventions. Actas espanolas de psiquiatria 2025;53(2):379-421 Pubmed Journal

291. Pang Y, Zhang X, Gao R, Xu L, Shen M, Shi H, et al. Efficacy of web-based self-management interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC psychiatry 2021;21(1):398 Pubmed Journal

292. Schrank B, Seyringer M-E, Berger P, Katschnig H, Amering M. [Schizophrenia and psychosis on the internet]. Psychiatrische Praxis 2006;33(6):277-81 Pubmed

293. Wenzel J. Vertraulichkeit und Anonymität im Internet. Problematik von Datensicherheit und Datenschutz mit Lösungsansätze. In: Etzersdorfer E, Fiedler G, Witte M (Hg.): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 56–70. 2003.

294. Becker K, El-Faddagh M, Schmidt MH. Cybersuizid oder Werther-Effekt online: Suizidchatrooms und -foren im Internet. Kindheit und Entwicklung, S. 14–25. 2004.

295. Schielein T, Schmid R, Dobmeier M, Spießl H. Selbsthilfe aus dem Cyberspace?. Psychiatr Prax, S. 28–32. 2008.

296. Haker H, Lauber C, Rössler W. Internet forums: a self-help approach for individuals with schizophrenia?. Acta psychiatrica Scandinavica 2005;112(6):474-7 Pubmed

297. Highton-Williamson E, Priebe S, Giacco D. Online social networking in people with psychosis: A systematic review. The International journal of social psychiatry 2015;61(1):92-101 Pubmed Journal

298. Jakubowska A, Kaselionyte J, Priebe S, Giacco D. Internet Use for Social Interaction by People with Psychosis: A Systematic Review. Cyberpsychology, behavior and social networking 2019;22(5):336-343 Pubmed Journal

299. Välimäki M, Athanasopoulou C, Lahti M, Adams CE. Effectiveness of Social Media Interventions for People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of medical Internet research 2016;18(4):e92 Pubmed Journal

300. Schaefer M, Selo M, Stehlin N, Wagenblast B, Bock T. Development and Structures of Trialogue for Bipolar Disorders in Germany and Guidelines of the German Society for Bipolar Disorders. Medicina (Kaunas, Lithuania) 2021;57(11) Pubmed Journal

301. Schladitz K, Weitzel EC, Löbner M, Soltmann B, Jessen F, Pfennig A, et al. Experiencing (Shared) Decision Making: Results from a Qualitative Study of People with Mental Illness and Their Family Members. Healthcare (Basel, Switzerland) 2023;11(16) Pubmed Journal

302. Peter S. Partizipative und kollaborative Forschungsansätze in der Psychiatrie. Psychiatr Prax 44 (8), S. 431–433 2017. Journal

303. Rose D. The contemporary state of service-user-led research. The lancet. Psychiatry 2015;2(11):959-60 Pubmed Journal

304. Glueck RK, Peter S. Lost in Collaboration. Über die (Un-)Möglichkeiten von kollaborativen Entscheidungs-prozessen. Sozialpsychiatrische Informationen 53 (1), S. 9–12 2023.

305. Bock T. Erst schnell, dann langsam. Ein persönlicher Rückblick auf EmPeeRie Hambrug. Sozialpsychiatrische Informationen 53 (1), S. 6–8. 2023.

306. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. Psychiatric services (Washington, D.C.) 56 (11), S. 1441–1443. 2005. Journal

307. Uebele G. Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie. Ein Ratgeber. Hg. v. Deutsche Gesell-schaft für Soziale Psychiatrie e. V. Köln. 2007. Website

308. Janse J, Kulke D. Unabhängige Beschwerdestellen für die Psychiatrie in Deutschland. Psychiatr Prax 50 (3), S. 137–144 2023. Journal

309. Amering M, Mikus M, Steffen S. Recovery in Austria: mental health trialogue. International review of psychiatry (Abingdon, England) 2012;24(1):11-8 Pubmed Journal

310. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. International journal of surgery (London, England) 2007;5(1):57-65 Pubmed

311. Jørgensen K, Rendtorff JD. Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. Scandinavian journal of caring sciences 2018;32(2):490-501 Pubmed Journal

312. Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M. Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen: Effekte der Partizipativen Ent-scheidungsfindung aus systematischen Reviews. Dtsch Arztebl (21), S. 53–81 2007.

313. Buedo P, Luna F. Shared decision making in mental health: a novel approach. Medicina y etica : Revista Internacional de Bioetica, Deontologia y Etica Medica 2021;32(4):1111-1133 Pubmed Journal

314. Gurtner C, Schols JMGA, Lohrmann C, Halfens RJG, Hahn S. Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2021;28(4):531-548 Pubmed Journal

315. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. The New England journal of medicine 2012;366(9):780-1 Pubmed Journal

316. Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. The Cochrane database of systematic reviews 2010;2010(1):CD007297 Pubmed Journal

317. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane database of systematic reviews 2014;(1):CD001431 Pubmed Journal

318. Aoki Y, Yaju Y, Utsumi T, Sanyaolu L, Storm M, Takaesu Y, et al. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. The Cochrane database of systematic reviews 2022;11(11):CD007297 Pubmed Journal

319. Alguera-Lara V, Dowsey MM, Ride J, Kinder S, Castle D. Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2017;25(6):578-582 Pubmed Journal

320. Crawford J, Petrie K, Harvey SB. Shared decision-making and the implementation of treatment recommendations for depression. Patient education and counseling 2021;104(8):2119-2121 Pubmed Journal

321. Kaminskiy E, Zisman-Ilani Y, Morant N, Ramon S. Barriers and Enablers to Shared Decision Making in Psychiatric Medication Management: A Qualitative Investigation of Clinician and Service Users' Views. Frontiers in psychiatry 2021;12:678005 Pubmed Journal

322. Lauriello J. Patient-Centered Psychopharmacology and Psychosocial Interventions: Treatment Selection and Shared Decision-Making to Enhance Chances for Recovery. The Journal of clinical psychiatry 2020;81(3) Pubmed Journal

323. Cosh S, Zenter N, Ay E-S, Loos S, Slade M, De Rosa C, et al. Clinical Decision Making and Mental Health Service Use Among Persons With Severe Mental Illness Across Europe. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2017;68(9):970-974 Pubmed Journal

324. Beyene LS, Severinsson E, Hansen BS, Rørtveit K. Patients' Experiences of Participating Actively in Shared Decision-Making in Mental Care. Journal of patient experience 2019;6(4):311-317 Pubmed Journal

325. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, et al. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. Annals of internal medicine 1996;125(8):640-5 Pubmed

326. Dahlqvist Jönsson P, Schön U-K, Rosenberg D, Sandlund M, Svedberg P. Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. Journal of psychiatric and mental health nursing 2015;22(9):688-97 Pubmed Journal

327. Ramos-García V, Rivero-Santana A, Duarte-Díaz A, Perestelo-Pérez L, Peñate-Castro W, Álvarez-Pérez Y, et al. Shared Decision-Making and Information Needs among People with Generalized Anxiety Disorder. European journal of investigation in health, psychology and education 2021;11(2):423-435 Pubmed Journal

328. Bradley E, Green D. Involved, inputting or informing: "Shared" decision making in adult mental health care. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 2018;21(1):192-200 Pubmed Journal

329. Doody O, Butler MP, Lyons R, Newman D. Families' experiences of involvement in care planning in mental health services: an integrative literature review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2017;24(6):412-430 Pubmed Journal

330. Ashoorian DM, Davidson RM. Shared decision making for psychiatric medication management: a summary of its uptake, barriers and facilitators. International journal of clinical pharmacy 2021;43(3):759-763 Pubmed Journal

331. Castillo H, Ramon S. “Work with me”: service users’ perspectives on shared decision making in mental health. MHRJ 22 (3), S. 166–178. 2017. Journal

332. 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 education and counseling 2014;94(3):291-309 Pubmed Journal

333. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. The Cochrane database of systematic reviews 2018;7(7):CD006732 Pubmed Journal

334. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment?. The American journal of psychiatry 2005;162(12):2382-4 Pubmed

335. Hamann J, Langer B, Winkler V, Busch R, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. Acta psychiatrica Scandinavica 2006;114(4):265-73 Pubmed

336. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. Patient education and counseling 2006;61(3):319-41 Pubmed

337. Vollmann J. Ethik in der Psychiatrie. Ein Praxisbuch. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen). 2017.

338. Tolle B, Stoy T. Unterstützte Entscheidungsfindung in sozialen Berufen. Theorie und Praxis. Stuttgart: UTB; MSD Sharp & Dohme 2023.

339. Zinkler M, Mahlke C, Marschner R. Selbstbestimmung und Solidarität. Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatri-schen Praxis. Köln: Psychiatrie Verlag 2019.

340. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;197(5):350-6 Pubmed Journal

341. Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Luedecke D, 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 intervention in psychiatry 2018;12(1):96-106 Pubmed Journal

342. Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F. EU COMPASS FOR ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING. ACCESS TO MENTAL HEALTH CARE IN EUROPE. Scientific Paper. Hg. v. Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme (2014-2020). 2016.

343. Häfner H, Bechdolf A, Klosterkötter J. Psychosen – Früherkennung und Frühintervention. Stuttgart: Schattauer. 2012.

344. Bechdolf A, Ratheesh A, Cotton SM, Nelson B, Chanen AM, Betts J, et al. The predictive validity of bipolar at-risk (prodromal) criteria in help-seeking adolescents and young adults: a prospective study. Bipolar disorders 2014;16(5):493-504 Pubmed Journal

345. Chanen A, Sharp C, Hoffman P, . Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2017;16(2):215-216 Pubmed Journal

346. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, et al. Early Intervention in Bipolar Disorder. The American journal of psychiatry 2018;175(5):411-426 Pubmed Journal

347. Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The Bipolar Prodrome: Meta-Analysis of Symptom Prevalence Prior to Initial or Recurrent Mood Episodes. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2016;55(7):543-55 Pubmed Journal

348. Benasi G, Fava GA, Guidi J. Prodromal Symptoms in Depression: A Systematic Review. Psychotherapy and psychosomatics 2021;90(6):365-372 Pubmed Journal

349. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. Schizophr Res 60, S. 21–32 2003.

350. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Archives of general psychiatry 2001;58(2):158-64 Pubmed

351. Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S, Harrigan S, Putzfeld V, Pukrop R, et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2012;200(1):22-9 Pubmed Journal

352. Hartmann JA, Nelson B, Spooner R, Paul Amminger G, Chanen A, Davey CG, et al. Broad clinical high-risk mental state (CHARMS): Methodology of a cohort study validating criteria for pluripotent risk. Early intervention in psychiatry 2019;13(3):379-386 Pubmed Journal

353. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, Somjee L, Markovich PJ, Stein K, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. The American journal of psychiatry 2002;159(5):863-5 Pubmed

354. Salazar de Pablo G, Radua J, Pereira J, Bonoldi I, Arienti V, Besana F, et al. Probability of Transition to Psychosis in Individuals at Clinical High Risk: An Updated Meta-analysis. JAMA psychiatry 2021;78(9):970-978 Pubmed Journal

355. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Amer Psychiatric Pub Incorporated. 2013.

356. Solmi M, Soardo L, Kaur S, Azis M, Cabras A, Censori M, et al. Meta-analytic prevalence of comorbid mental disorders in individuals at clinical high risk of psychosis: the case for transdiagnostic assessment. Molecular psychiatry 2023;28(6):2291-2300 Pubmed Journal

357. Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, Cannon TD, McGlashan TH, Perkins DO, et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. The American journal of psychiatry 2011;168(8):800-5 Pubmed Journal

358. Lin A, Wood SJ, Nelson B, Beavan A, McGorry P, Yung AR. Outcomes of nontransitioned cases in a sample at ultra-high risk for psychosis. The American journal of psychiatry 2015;172(3):249-58 Pubmed Journal

359. Salazar de Pablo G, Soardo L, Cabras A, Pereira J, Kaur S, Besana F, et al. Clinical outcomes in individuals at clinical high risk of psychosis who do not transition to psychosis: a meta-analysis. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e9 Pubmed Journal

360. McGorry PD, Tanti C, Stokes R, Hickie IB, Carnell K, Littlefield LK, et al. headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation--where young minds come first. The Medical journal of Australia 2007;187(S7):S68-70 Pubmed

361. Malla A, Iyer S, McGorry P, Cannon M, Coughlan H, Singh S, et al. From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2016;51(3):319-26 Pubmed Journal

362. McGorry P, Bates T, Birchwood M. Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. The British journal of psychiatry. Supplement 2013;54:s30-5 Pubmed Journal

363. Bechdolf A, Pützfeld BH, Güttgemanns J, Gross S. Kognitive Verhaltenstherapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko: Ein Behandlungsmanual. Bern: Huber. 2010.

364. Iyer SN, Boksa P, Lal S, Shah J, Marandola G, Jordan G, et al. Transforming youth mental health: a Canadian perspective. Irish journal of psychological medicine 2015;32(1):51-60 Pubmed Journal

365. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and manage-ment - Updated edition 2014. National Clinical Guideline Number 178. Hg. v. National Collaborating Centre for Mental Health. 2014. Website

366. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RKR, Riecher-Rössler A, et al. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2015;30(3):388-404 Pubmed Journal

367. van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, French P, Linszen DH, Yung AR, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. Schizophrenia research 2013;149(1-3):56-62 Pubmed Journal

368. Zheng Y, Xu T, Zhu Y, Li C, Wang J, Livingstone S, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Prodromal Stage of Psychosis-Outcomes for Transition, Functioning, Distress, and Quality of Life: A Systematic Review and Meta-analysis. Schizophrenia bulletin 2022;48(1):8-19 Pubmed Journal

369. Mei C, van der Gaag M, Nelson B, Smit F, Yuen HP, Berger M, et al. Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. Clinical psychology review 2021;86:102005 Pubmed Journal

370. Bosnjak Kuharic D, Kekin I, Hew J, Rojnic Kuzman M, Puljak L. Interventions for prodromal stage of psychosis. The Cochrane database of systematic reviews 2019;2019(11) Pubmed Journal

371. Fusar-Poli P, Radua J, Jauhar S. Lack of robust meta-analytic evidence to favour cognitive behavioural therapy for prevention of psychosis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2021;20(3):443-444 Pubmed Journal

372. Saraf G, Moazen-Zadeh E, Pinto JV, Ziafat K, Torres IJ, Kesavan M, et al. Early intervention for people at high risk of developing bipolar disorder: a systematic review of clinical trials. The lancet. Psychiatry 2021;8(1):64-75 Pubmed Journal

373. Valmaggia LR, Byrne M, Day F, Broome MR, Johns L, Howes O, et al. Duration of untreated psychosis and need for admission in patients who engage with mental health services in the prodromal phase. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2015;207(2):130-134 Pubmed Journal

374. Hauser M, Lautenschlager M, Gudlowski Y, Ozgürdal S, Witthaus H, Bechdolf A, et al. Psychoeducation with patients at-risk for schizophrenia--an exploratory pilot study. Patient education and counseling 2009;76(1):138-42 Pubmed Journal

375. Byrne R, Morrison AP. Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. Early intervention in psychiatry 2010;4(2):162-8 Pubmed Journal

376. Jones WT, Peters S, Byrne RE, Shiers D, Law H, Parker S. "It felt very special, it felt customised to me"-A qualitative investigation of the experiences of participating in a clinical trial of CBT for young people at risk of bipolar disorder. Psychology and psychotherapy 2021;94(3):686-703 Pubmed Journal

377. Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RMC, Kraan T, et al. Four-Year Cost-effectiveness of Cognitive Behavior Therapy for Preventing First-episode Psychosis: The Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial. Schizophrenia bulletin 2017;43(2):365-374 Pubmed Journal

378. Phillips L, Cotton S, McGorry P, Yuen H, Mihalopoulos C, Shih S, et al. 05-05 Cost-effectiveness of a preventive intervention for young people at ultrahigh risk of developing psychosis. Acta neuropsychiatrica 2006;18(6):326 Pubmed Journal

379. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry 2005;62(6):603-13 Pubmed

380. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Archives of general psychiatry 2005;62(9):975-83 Pubmed

381. Norman RMG, Malla AK, Verdi MB, Hassall LD, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. Psychological medicine 2004;34(2):255-66 Pubmed

382. Scott J, Graham A, Yung A, Morgan C, Bellivier F, Etain B. A systematic review and meta-analysis of delayed help-seeking, delayed diagnosis and duration of untreated illness in bipolar disorders. Acta psychiatrica Scandinavica 2022;146(5):389-405 Pubmed Journal

383. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2014;205(2):88-94 Pubmed Journal

384. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders 2014;152-154:45-51 Pubmed Journal

385. Howes OD, Whitehurst T, Shatalina E, Townsend L, Onwordi EC, Mak TLA, et al. The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2021;20(1):75-95 Pubmed Journal

386. Hegelstad WTV, Larsen TK, Auestad B, Evensen J, Haahr U, Joa I, et al. Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. The American journal of psychiatry 2012;169(4):374-80 Pubmed Journal

387. Lloyd-Evans B, Crosby M, Stockton S, Pilling S, Hobbs L, Hinton M, et al. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2011;198(4):256-63 Pubmed Journal

388. Oliver D, Davies C, Crossland G, Lim S, Gifford G, McGuire P, et al. Can We Reduce the Duration of Untreated Psychosis? A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventional Studies. Schizophrenia bulletin 2018;44(6):1362-1372 Pubmed Journal

389. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. The British journal of psychiatry. Supplement 1998;172(33):53-9 Pubmed

390. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1997;170:2-5 Pubmed

391. Lieberman JA, Fenton WS. Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. The American journal of psychiatry 2000;157(11):1727-30 Pubmed

392. Karson C, Duffy RA, Eramo A, Nylander A-G, Offord SJ. Long-term outcomes of antipsychotic treatment in patients with first-episode schizophrenia: a systematic review. Neuropsychiatric disease and treatment 2016;12:57-67 Pubmed Journal

393. Burkhardt E, Leopold K, Laier S, Jäckel D, Kallenbach M, Müller H, et al. Was tun, bevor es losgeht? FRITZ – Das Frühinterventions- und Therapiezentrum in Ber-lin. ZPPP 65 (2), S. 105–112 2017.

394. Fancourt D, Finn S. No title. 2019. Pubmed

395. Erikson EH. Identity: Youth and Crisis. New York: W. Norton & Co. 1968.

396. Lester H, Birchwood M, Bryan S, England E, Rogers H, Sirvastava N. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2009;194(5):446-50 Pubmed Journal

397. Doyle R, Turner N, Fanning F, Brennan D, Renwick L, Lawlor E, et al. First-episode psychosis and disengagement from treatment: a systematic review. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(5):603-11 Pubmed Journal

398. Tindall RM, Simmons MB, Allott K, Hamilton BE. Essential ingredients of engagement when working alongside people after their first episode of psychosis: A qualitative meta-synthesis. Early intervention in psychiatry 2018;12(5):784-795 Pubmed Journal

399. Hansen H, Stige SH, Davidson L, Moltu C, Veseth M. How Do People Experience Early Intervention Services for Psychosis? A Meta-Synthesis. Qualitative health research 2018;28(2):259-272 Pubmed Journal

400. Noiriel A, Verneuil L, Osmond I, Manolios E, Revah-Levy A, Sibeoni J. The Lived Experience of First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative Studies. Psychopathology 2020;53(5-6):223-238 Pubmed Journal

401. Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Crisp K, Newman B, et al. Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. The Journal of clinical psychiatry 2010;71(4):475-83 Pubmed Journal

402. McCann TV, Lubman DI, Cotton SM, Murphy B, Crisp K, Catania L, et al. A randomized controlled trial of bibliotherapy for carers of young people with first-episode psychosis. Schizophrenia bulletin 2013;39(6):1307-17 Pubmed Journal

403. Lenior ME, Dingemans PMAJ, Schene AH, Hart AAM, Linszen DH. The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study. Schizophrenia research 2002;57(2-3):183-90 Pubmed

404. Napa W, Tungpunkom P, Pothimas N. Effectiveness of family interventions on psychological distress and expressed emotion in family members of individuals diagnosed with first-episode psychosis: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2017;15(4):1057-1079 Pubmed Journal

405. Ruggeri M, Lasalvia A, Santonastaso P, Pileggi F, Leuci E, Miceli M, et al. Family Burden, Emotional Distress and Service Satisfaction in First Episode Psychosis. Data from the GET UP Trial. Frontiers in psychology 2017;8:721 Pubmed Journal

406. Selick A, Durbin J, Vu N, O'Connor K, Volpe T, Lin E. Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: A systematic review. Early intervention in psychiatry 2017;11(5):365-374 Pubmed Journal

407. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, 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 Pubmed Journal

408. Frawley E, Cowman M, Lepage M, Donohoe G. Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions. Psychological medicine 2023;53(5):1787-1798 Pubmed Journal

409. Miley K, Hadidi N, Kaas M, Yu F. Cognitive Training and Remediation in First-Episode Psychosis: A Literature Review. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2020;26(6):542-554 Pubmed Journal

410. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. The Cochrane database of systematic reviews 2020;11(11):CD013288 Pubmed Journal

411. Ratheesh A, Hett D, Ramain J, Wong E, Berk L, Conus P, et al. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention. International journal of bipolar disorders 2023;11(1):1 Pubmed Journal

412. Miklowitz DJ, George EL, Richards JA, Simoneau TL, Suddath RL. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Archives of general psychiatry 2003;60(9):904-12 Pubmed

413. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. Archives of general psychiatry 2008;65(9):1053-61 Pubmed Journal

414. Miklowitz DJ, Schneck CD, George EL, Taylor DO, Sugar CA, Birmaher B, et al. Pharmacotherapy and family-focused treatment for adolescents with bipolar I and II disorders: a 2-year randomized trial. The American journal of psychiatry 2014;171(6):658-67 Pubmed Journal

415. Kessing LV, Hansen HV, Hvenegaard A, Christensen EM, Dam H, Gluud C, et al. Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2013;202(3):212-9 Pubmed Journal

416. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I, Popovic D, Mazzarini L, Martínez-Arán A, et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post hoc analysis. Acta neuropsychiatrica 2010;22(2):50-3 Pubmed Journal

417. Alvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, McGorry PD, Gleeson JF. Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. Schizophrenia bulletin 2011;37(3):619-30 Pubmed Journal

418. Behan C, Masterson S, Clarke M. Systematic review of the evidence for service models delivering early intervention in psychosis outside the stand-alone centre. Early intervention in psychiatry 2017;11(1):3-13 Pubmed Journal

419. Rokita KI, Dauvermann MR, Donohoe G. Early life experiences and social cognition in major psychiatric disorders: A systematic review. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2018;53:123-133 Pubmed Journal

420. Eack SM, Greenwald DP, Hogarty SS, Cooley SJ, DiBarry AL, Montrose DM, et al. Cognitive enhancement therapy for early-course schizophrenia: effects of a two-year randomized controlled trial. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2009;60(11):1468-76 Pubmed Journal

421. Fernandez-Gonzalo S, Turon M, Jodar M, Pousa E, Hernandez Rambla C, García R, et al. A new computerized cognitive and social cognition training specifically designed for patients with schizophrenia/schizoaffective disorder in early stages of illness: A pilot study. Psychiatry research 2015;228(3):501-9 Pubmed Journal

422. Ueland T, Rund BR. A controlled randomized treatment study: the effects of a cognitive remediation program on adolescents with early onset psychosis. Acta psychiatrica Scandinavica 2004;109(1):70-4 Pubmed

423. Camacho-Gomez M, Castellvi P. Effectiveness of Family Intervention for Preventing Relapse in First-Episode Psychosis Until 24 Months of Follow-up: A Systematic Review With Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Schizophrenia bulletin 2020;46(1):98-109 Pubmed Journal

424. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. The Cochrane database of systematic reviews 2011;(6):CD004718 Pubmed Journal

425. Chien W-T, Leung S-F. A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up. International journal of nursing practice 2013;19 Suppl 1:3-13 Pubmed Journal

426. Chien W-T, Bressington D. A randomized controlled clinical trial of a nurse-led structured psychosocial intervention program for people with first-onset mental illness in psychiatric outpatient clinics. Psychiatry research 2015;229(1-2):277-86 Pubmed Journal

427. Alvarez-Jiménez M, Martínez-García O, Pérez-Iglesias R, Ramírez ML, Vázquez-Barquero JL, Crespo-Facorro B. Prevention of antipsychotic-induced weight gain with early behavioural intervention in first-episode psychosis: 2-year results of a randomized controlled trial. Schizophrenia research 2010;116(1):16-9 Pubmed Journal

428. Lovell K, Wearden A, Bradshaw T, Tomenson B, Pedley R, Davies LM, et al. An exploratory randomized controlled study of a healthy living intervention in early intervention services for psychosis: the INTERvention to encourage ACTivity, improve diet, and reduce weight gain (INTERACT) study. The Journal of clinical psychiatry 2014;75(5):498-505 Pubmed Journal

429. Chien WT, Bressington D, Chan SWC. A Randomized Controlled Trial on Mutual Support Group Intervention for Families of People With Recent-Onset Psychosis: A Four-Year Follow-Up. Frontiers in psychiatry 2018;9:710 Pubmed Journal

430. Chien WT, Ho LK, Gray R, Bressington D. A randomized controlled trial of a peer-facilitated self-management program for people with recent-onset psychosis. Schizophrenia research 2022;250:22-30 Pubmed Journal

431. Halverson TF, Meyer-Kalos PS, Perkins DO, Gaylord SA, Palsson OS, Nye L, et al. Enhancing stress reactivity and wellbeing in early schizophrenia: A

randomized controlled trial of Integrated Coping Awareness Therapy (I-CAT). Schizophrenia research 2021;235:91-101 Pubmed Journal

432. Palma C, Farriols N, Frías A, Cañete J, Gomis O, Fernández M, et al. Randomized controlled trial of cognitive-motivational therapy program (PIPE) for the initial phase of schizophrenia: Maintenance of efficacy at 5-year follow up☆. Psychiatry research 2019;273:586-594 Pubmed Journal

433. Fisher E, Wood SJ, Upthegrove R, Aldred S. Designing a feasible exercise intervention in first-episode psychosis: Exercise quality, engagement and effect. Psychiatry research 2020;286:112840 Pubmed Journal

434. Nuechterlein KH, McEwen SC, Ventura J, Subotnik KL, Turner LR, Boucher M, et al. Aerobic exercise enhances cognitive training effects in first-episode schizophrenia: randomized clinical trial demonstrates cognitive and functional gains. Psychological medicine 2023;53(10):4751-4761 Pubmed Journal

435. Ventura J, McEwen S, Subotnik KL, Hellemann GS, Ghadiali M, Rahimdel A, et al. Changes in inflammation are related to depression and amount of aerobic exercise in first episode schizophrenia. Early intervention in psychiatry 2021;15(1):213-216 Pubmed Journal

436. Killackey E, Allott K, Jackson HJ, Scutella R, Tseng Y-P, Borland J, et al. Individual placement and support for vocational recovery in first-episode psychosis: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;214(2):76-82 Pubmed Journal

437. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Ventura J, Turner LR, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, et al. Enhancing return to work or school after a first episode of schizophrenia: the UCLA RCT of Individual Placement and Support and Workplace Fundamentals Module training. Psychological medicine 2020;50(1):20-28 Pubmed Journal

438. Alvarez-Jimenez M, Koval P, Schmaal L, Bendall S, O'Sullivan S, Cagliarini D, et al. The Horyzons project: a randomized controlled trial of a novel online social therapy to maintain treatment effects from specialist first-episode psychosis services. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2021;20(2):233-243 Pubmed Journal

439. Steare T, O'Hanlon P, Eskinazi M, Osborn D, Lloyd-Evans B, Jones R, et al. Smartphone-delivered self-management for first-episode psychosis: the ARIES feasibility randomised controlled trial. BMJ open 2020;10(8):e034927 Pubmed Journal

440. Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K, et al. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. Schizophrenia bulletin 2013;39(2):436-48 Pubmed Journal

441. Chanen AM, Betts JK, Jackson H, Cotton SM, Gleeson J, Davey CG, et al. Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder: The MOBY Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry 2022;79(2):109-119 Pubmed Journal

442. Suen YN, Lo LHL, Lee EH-M, Hui CL-M, Chan SKW, Chang WC, et al. Motivational coaching augmentation of exercise intervention for early psychotic disorders: A randomised controlled trial. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2022;56(10):1277-1286 Pubmed Journal

443. Ramsay CE, Broussard B, Goulding SM, Cristofaro S, Hall D, Kaslow NJ, et al. Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. Psychiatry research 2011;189(3):344-8 Pubmed Journal

444. Bond GR, Drake RE, Campbell K. Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. Early intervention in psychiatry 2016;10(4):300-7 Pubmed Journal

445. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA, et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. The American journal of psychiatry 2016;173(4):362-72 Pubmed Journal

446. Granö N, Karjalainen M, Ranta K, Lindgren M, Roine M, Therman S. Community-oriented family-based intervention superior to standard treatment in improving depression, hopelessness and functioning among adolescents with any psychosis-risk symptoms. Psychiatry research 2016;237:9-16 Pubmed Journal

447. McFarlane WR, Levin B, Travis L, Lucas FL, Lynch S, Verdi M, et al. Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. Schizophrenia bulletin 2015;41(1):30-43 Pubmed Journal

448. Miklowitz DJ, O'Brien MP, Schlosser DA, Addington J, Candan KA, Marshall C, et al. Family-focused treatment for adolescents and young adults at

high risk for psychosis: results of a randomized trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2014;53(8):848-58 Pubmed Journal

449. Albert N, Glenthøj LB, Melau M, Jensen H, Hjorthøj C, Nordentoft M. Course of illness in a sample of patients diagnosed with a schizotypal disorder and treated in a specialized early intervention setting. Findings from the 3.5year follow-up of the OPUS II study. Schizophrenia research 2017;182:24-30 Pubmed Journal

450. Wessels H, Wagner M, Frommann I, Berning J, Pützfeld V, Janssen B. Neuropsychologische Funktionen als Prädiktoren des Therapieerfolgs von psychoedukativer, kognitiv verhaltenstherapeutischer Therapie bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Psychiatr Prax 42 (6), S. 313–319. 2015. Journal

451. Macneil CA, Hasty M, Cotton S, Berk M, Hallam K, Kader L, et al. Can a targeted psychological intervention be effective for young people following a first manic episode? Results from an 18-month pilot study. Early intervention in psychiatry 2012;6(4):380-8 Pubmed Journal

452. Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, Fioritti A, de Girolamo G, Santonastaso P, et al. Feasibility and Effectiveness of a Multi-Element Psychosocial Intervention for First-Episode Psychosis: Results From the Cluster-Randomized Controlled GET UP PIANO Trial in a Catchment Area of 10 Million Inhabitants. Schizophrenia bulletin 2015;41(5):1192-203 Pubmed Journal

453. Schlosser DA, Campellone TR, Truong B, Etter K, Vergani S, Komaiko K, et al. Efficacy of PRIME, a Mobile App Intervention Designed to Improve Motivation in Young People With Schizophrenia. Schizophrenia bulletin 2018;44(5):1010-1020 Pubmed Journal

454. Rosenheck R, Mueser KT, Sint K, Lin H, Lynde DW, Glynn SM, et al. Supported employment and education in comprehensive, integrated care for first episode psychosis: Effects on work, school, and disability income. Schizophrenia research 2017;182:120-128 Pubmed Journal

455. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(2):114-20 Pubmed Journal

456. McCrone P, Craig TKJ, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;196(5):377-82 Pubmed Journal

457. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Jorgensen P, Petersen L, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2013;202(1):35-41 Pubmed Journal

458. Ising HK, Smit F, Veling W, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RMC, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. Psychological medicine 2015;45(7):1435-46 Pubmed Journal

459. Shields GE, Buck D, Varese F, Yung AR, Thompson A, Husain N, et al. A review of economic evaluations of health care for people at risk of psychosis and for first-episode psychosis. BMC psychiatry 2022;22(1):126 Pubmed Journal

460. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, Lin H, Robinson DG, Schooler NR, et al. Cost-Effectiveness of Comprehensive, Integrated Care for First Episode Psychosis in the NIMH RAISE Early Treatment Program. Schizophrenia bulletin 2016;42(4):896-906 Pubmed Journal

461. Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2019;215(1):388-394 Pubmed Journal

462. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2004;185:283-90 Pubmed

463. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community-based mental health care?. WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network. 2003.

464. Becker T, Hoffmann H, Puschner B, Weinmann S. Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer. 2008.

465. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. The Cochrane database of systematic reviews

2000;(2):CD001089 Pubmed

466. Merson S, Tyrer P, Onyett S, Lack S, Birkett P, Lynch S, et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. Lancet (London, England) 1992;339(8805):1311-4 Pubmed

467. Schaedle R, McGrew JH, Bond GR, Epstein I. A comparison of experts' perspectives on assertive community treatment and intensive case management. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2002;53(2):207-10 Pubmed

468. Weinmann S, Gühne U, Kösters M. Teambasierte Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt 83 (7), S. 825–831 2012.

469. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2017;1(1):CD007906 Pubmed Journal

470. Hauth I. Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach §115d SGB V – ein erster Schritt zu Behandlungsformen im häuslichen Umfeld. Psychiat Prax 44, S. 309–312. 2017. Journal

471. Klocke L, Brieger P, Menzel S, Ketisch E, Hamann J. Stationsäquivalente Behandlung: Ein Überblick zum Status quo. Der Nervenarzt 93 (5), S. 520–528. 2022. Journal

472. Längle G, Holzke M, Gottlob M, Raschmann S. Psychisch Kranke zu Hause versorgen. Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StäB). 2. erweiterte überarbeitete Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. 2022. Website

473. Elisei S, Agius M, Bongards EN, Salierno G, Massucci G, Anastasi S, et al. Comparing a Community Mental Health team in Bedford (UK) with Community Mental Health Services in Perugia (Italy): description of teams and caseloads. Psychiatria Danubina 2013;25 Suppl 2:S315-23 Pubmed

474. Tan SCH, Lee MWH, Lim GTX, Leong JJ-Y, Lee C. Motivational Interviewing Approach Used by a Community Mental Health Team. Journal of psychosocial nursing and mental health services 2015;53(12):28-37 Pubmed Journal

475. Dalum HS, Korsbek L, Mikkelsen JH, Thomsen K, Kistrup K, Olander M, et al. Illness management and recovery (IMR) in Danish community mental health centres. Trials 2011;12:195 Pubmed Journal

476. Hat M, Cechnicki A. Efficacy of home treatment of patients with mental disorders - a research review. Postepy psychiatrii neurologii 2021;30(1):21-36 Pubmed Journal

477. Malone D, Newron-Howes G, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(3):CD000270 Pubmed

478. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. BMJ (Clinical research ed.) 1998;316(7125):106-9 Pubmed

479. Gater R, Goldberg D, Jackson G, Jennett N, Lowson K, Ratcliffe J, et al. The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. Psychological medicine 1997;27(6):1325-36 Pubmed

480. Gaebel W, Kerst A, Janssen B, Becker T, Musalek M, Rössler W, et al. EPA guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2020;63(1):e75 Pubmed Journal

481. Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I: Clinical and social outcome. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1993;163:49-54 Pubmed

482. El Ansari W, Lyubovnikova J, Middleton H, Dawson JF, Naylor PB, West MA. Development and psychometric evaluation of a new team effectiveness scale for all types of community adult mental health teams: a mixed-methods approach. Health & social care in the community 2016;24(3):309-20 Pubmed Journal

483. Woody CA, Baxter AJ, Harris MG, Siskind DJ, Whiteford HA. Identifying characteristics and practices of multidisciplinary team reviews for patients

with severe mental illness: a systematic review. Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2018;26(3):267-275 Pubmed Journal

484. Burns T, Knapp M, Catty J, Healey A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health technology assessment (Winchester, England) 2001;5(15):1-139 Pubmed

485. Johnson S. Crisis resolution and home treatment in mental health. Cambridge University Press (Cambridge medicine) 2008.

486. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Community alternatives to acute inpatient care for severe psychiatric patients. Actas espanolas de psiquiatria 2012;40(6):323-32 Pubmed

487. Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. Health technology assessment (Winchester, England) 2016;20(3):1-162 Pubmed Journal

488. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014 Mar. ISBN-13: 978-1-4731-0428-0 2014.

489. Fenton FR, Tessier L, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. Archives of general psychiatry 1979;36(10):1073-9 Pubmed

490. Hoult J, Reynolds I, Charbonneau-Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 1983;17(2):160-7 Pubmed

491. Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, McKenzie N, et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ (Clinical research ed.) 2005;331(7517):599 Pubmed

492. Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home based care and standard hospi-tal care for patients with severe mental illness. A randomised controlled trial. BMJ 304 (6829), S. 749–754. 1992. Journal

493. PASAMANICK B, SCARPITTI FR, LEFTON M, DINITZ S, WERNERT JJ, MCPHEETERS H. HOME VS HOSPITAL CARE FOR SCHIZOPHRENICS. JAMA 1964;187:177-81 Pubmed

494. Stein LI, Test MA, Marx AJ. Alternative to the hospital: a controlled study. The American journal of psychiatry 1975;132(5):517-22 Pubmed

495. Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(12):CD001087 Pubmed Journal

496. Onyett S, Linde K, Glover G, Loyd S, Bradley S, Middleton H. Implementation of crisis resolution/home treatment teams in England: national survey 2005–2006. Psychiatr Bull 32, S. 374–377. 2008.

497. Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. BMC psychiatry 2016;16(1):427 Pubmed Journal

498. Lloyd-Evans B, Fullarton K, Lamb D. The CORE Service Improvement Pro-gramme for mental health crisis resolution teams: study protocol for a cluster-randomised controlled trial. Trials 17, S. 158. 2016.

499. Lloyd-Evans B, Osborn D, Marston L, Lamb D, Ambler G, Hunter R, et al. The CORE service improvement programme for mental health crisis resolution teams: results from a cluster-randomised trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;216(6):314-322 Pubmed Journal

500. Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM, Blyler CR. Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. The American journal of psychiatry 1998;155(4):516-22 Pubmed

501. Howard L, Flach C, Leese M, Byford S, Killaspy H, Cole L, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of admissions to women's crisis houses compared with traditional psychiatric wards: pilot patient-preference randomised controlled trial. The British journal of psychiatry. Supplement

2010;53:s32-40 Pubmed Journal

502. McCrone P, Johnson S, Nolan F, Pilling S, Sandor A, Hoult J, et al. Economic evaluation of a crisis resolution service: a randomised controlled trial. Epidemiologia e psichiatria sociale 2009;18(1):54-8 Pubmed

503. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. BMC psychiatry 2015;15:74 Pubmed Journal

504. Holgersen KH, Pedersen SA, Brattland H, Hynnekleiv T. A scoping review of studies into crisis resolution teams in community mental health services. Nordic journal of psychiatry 2022;76(8):565-574 Pubmed Journal

505. Cornelis J, Barakat A, Blankers M, Peen J, Lommerse N, Eikelenboom M, et al. The effectiveness of intensive home treatment as a substitute for hospital admission in acute psychiatric crisis resolution in the Netherlands: a two-centre Zelen double-consent randomised controlled trial. The lancet. Psychiatry 2022;9(8):625-635 Pubmed Journal

506. Zelen M. Randomised consent trials. Lancet 340 (8815), S. 375. 1992.

507. Barakat A, Blankers M, Cornelis JE, Lommerse NM, Beekman ATF, Dekker JJM. The effects of intensive home treatment on self-efficacy in patients recovering from a psychiatric crisis. International journal of mental health systems 2021;15(1):1 Pubmed Journal

508. Stulz N, Wyder L, Maeck L, Hilpert M, Lerzer H, Zander E, et al. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;216(6):323-330 Pubmed Journal

509. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2011;199(1):71-6 Pubmed Journal

510. Stulz N, Kawohl W, Jäger M, Mötteli S, Schnyder U, Hepp U. From research to practice: Implementing an experimental home treatment model into routine mental health care. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2020;63(1):e94 Pubmed Journal

511. Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. Journal of mental health (Abingdon, England) 2010;19(1):75-87 Pubmed Journal

512. Valentini J, Ruppert D, Magez J, Stegbauer C, Bramesfeld A, Goetz K. Integrated care in German mental health services as benefit for relatives--a qualitative study. BMC psychiatry 2016;16:48 Pubmed Journal

513. Magez J, Ruppert D, Valentini J, Stegbauer C, Götz K. „Die Krücke steht in der Ecke…“ – Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung. Eine qualitative Studie. Psychiat Prax. 2017. Journal

514. Kapur N, Hunt IM, Windfuhr K, Rodway C, Webb R, Rahman MS, et al. Psychiatric in-patient care and suicide in England, 1997 to 2008: a longitudinal study. Psychological medicine 2013;43(1):61-71 Pubmed Journal

515. Hunt IM, Rahman MS, While D, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, et al. Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011. The lancet. Psychiatry 2014;1(2):135-41 Pubmed Journal

516. Kapur N, Ibrahim S, While D, Baird A, Rodway C, Hunt IM, et al. Mental health service changes, organisational factors, and patient suicide in England in 1997-2012: a before-and-after study. The lancet. Psychiatry 2016;3(6):526-34 Pubmed Journal

517. Becker T, Rüsch N. Balancing care for patients at risk of death by suicide. Lancet 1 (2), S. 98–99. 2014.

518. Hubbeling D. Transfer of suicide risk versus looking at suicides outside hospital in general. Psychological medicine 42, S. 2685–2686. 2012.

519. Cotton M-A, Johnson S, Bindman J, Sandor A, White IR, Thornicroft G, et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC psychiatry 2007;7:52 Pubmed

520. Bergamaschi V, Baumann F, Warnke I, Corbisiero S, Ludwig F, Riedel A, et al. Who Benefits from Acute Psychiatric Home Treatment? A Systematic Review. Community mental health journal 2024;60(7):1408-1421 Pubmed Journal

521. Wienberg G, Ostermann J, Piel A, Bramesfeld A, Myszor F, Steinhart I. [A Standard of Centers for Community Psychiatry in Lower-Saxonia - Checklist and Model Fidelity Scale]. Psychiatrische Praxis 2023;50(1):43-46 Pubmed Journal

522. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. Archives of general psychiatry 1980;37(4):392-7 Pubmed

523. Rochefort DA. Innovation and Its Discontents: Pathways and Barriers in the Diffusion of Assertive Community Treatment. The Milbank quarterly 2019;97(4):1151-1199 Pubmed Journal

524. Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2015;14(2):240-2 Pubmed Journal

525. Lambert M, Kraft V, Rohenkohl A, Ruppelt F, Schröter R, Lüdecke D, et al. [Innovative care models for people with schizophrenia]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2019;62(2):163-172 Pubmed Journal

526. Shern D, Surles R, Waizer J. Designing Community Treatment Systems for the Most Seriously Mentally Ill. A State Administrative Perspective. Journal of Social Issues 45 (3), S. 105–117. 1989. Journal

527. Surles RC, Blanch AK, Shern DL, Donahue SA. Case management as a strategy for systems change. Health affairs (Project Hope) 1992;11(1):151-63 Pubmed

528. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophrenia bulletin 1998;24(1):37-74 Pubmed

529. McGrew JH, Bond GR. Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. Journal of mental health administration 1995;22(2):113-25 Pubmed

530. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2010;(10):CD007906 Pubmed Journal

531. McGrew JH, Bond GR, Dietzen L, Salyers M. Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. Journal of consulting and clinical psychology 1994;62(4):670-8 Pubmed

532. van Veldhuizen JR, Bähler M. Manual flexible assertive community treatment. The Netherlands: FACT manual. Groningen 2013.

533. van Veldhuizen R, Delespaul P, Kroon H, Mulder N. Flexible ACT & Resource-group ACT: Different Working Procedures Which Can Supplement and Strengthen Each Other. A Response. Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH 2015;11:12-5 Pubmed Journal

534. Bak M, van Os J, Delespaul P, de Bie A, á Campo J, Poddighe G, et al. An observational, "real life" trial of the introduction of assertive community treatment in a geographically defined area using clinical rather than service use outcome criteria. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2007;42(2):125-30 Pubmed

535. Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M, Driessen G, à Campo J, de Bie A, et al. A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. BMC psychiatry 2008;8:93 Pubmed Journal

536. Drukker M, van Os J, Sytema S, Driessen G, Visser E, Delespaul P. Function assertive community treatment (FACT) and psychiatric service use in patients diagnosed with severe mental illness. Epidemiology and psychiatric sciences 2011;20(3):273-8 Pubmed

537. Drukker M, Visser E, Sytema S, van Os J. Flexible Assertive Community Treatment, Severity of Symptoms and Psychiatric Health Service Use, a Real life Observational Study. Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH 2013;9:202-9 Pubmed Journal

538. Sood L, Owen A, Onyon R, Sharma A, Nigriello J, Markham D, et al. Flexible assertive community treatment (FACT) model in specialist psychosis

teams: an evaluation. BJPsych bulletin 2017;41(4):192-196 Pubmed Journal

539. Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. Community mental health journal 2016;52(8):898-907 Pubmed

540. Lexén A, Svensson B. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. Journal of mental health (Abingdon, England) 2016;25(4):379-384 Pubmed

541. Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. The lancet. Psychiatry 2021;8(1):27-35 Pubmed Journal

542. Munch Nielsen C, Hjorthøj C, Arnfred BT, Nordentoft M. Patient Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment Compared With Assertive Community Treatment. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2023;74(7):695-701 Pubmed Journal

543. Rotenberg M, Zhuang L, Williams R, Versace D, DeSanti M, Harren D, et al. Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment Versus Assertive Community Treatment or Intensive Case Management. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2025;76(5):430-436 Pubmed Journal

544. Tholen MG, Martin A, Stemeseder T, Vikoler T, Wageneder B, Aichhorn W, et al. Evaluation of a flexible assertive community treatment (FACT) program for patients with severe mental illness: an observational study in Salzburg, Austria. International journal of mental health systems 2024;18(1):6 Pubmed Journal

545. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R, Johnson S, Nolan F, Pilling S, et al. The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. BMJ (Clinical research ed.) 2006;332(7545):815-20 Pubmed

546. Killaspy H, Mas-Expósito L, Marston L, King M. Ten year outcomes of participants in the REACT (Randomised Evaluation of Assertive Community Treatment in North London) study. BMC psychiatry 2014;14:296 Pubmed Journal

547. 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 and epidemiology in mental health : CP & EMH 2012;8:144-51 Pubmed Journal

548. Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. BMJ (Clinical research ed.) 2007;335(7615):336 Pubmed

549. Killaspy H, Johnson S, Pierce B, Bebbington P, Pilling S, Nolan F, et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2009;44(7):532-40 Pubmed Journal

550. Tjaden C, Mulder CL, den Hollander W, Castelein S, Delespaul P, Keet R, et al. Effectiveness of Resource Groups for Improving Empowerment, Quality of Life, and Functioning of People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. JAMA psychiatry 2021;78(12):1309-1318 Pubmed Journal

551. 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. The American journal of orthopsychiatry 2007;77(3):350-61 Pubmed

552. Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta-analysis. The American journal of psychiatry 2007;164(3):393-9 Pubmed

553. Drake RE, O'Neal EL, Wallach MA. A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. Journal of substance abuse treatment 2008;34(1):123-38 Pubmed

554. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. The Cochrane database of systematic reviews 2013;(10):CD001088 Pubmed Journal

555. Hemmings CP. Community services for people with intellectual disabilities and mental health problems. Current opinion in psychiatry

2008;21(5):459-62 Pubmed Journal

556. Bond G, Drake R, Mueser KT, Latimer E. Assertive Community Treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. Dis Manage Health Outcomes 9 (3), S. 141–159. 2001.

557. Monroe-DeVita M, Teague GB, Moser LL. The TMACT: a new tool for measuring fidelity to assertive community treatment. Journal of the American Psychiatric Nurses Association 2011;17(1):17-29 Pubmed Journal

558. Wholey DR, Zhu XI, Knoke D, Shah P, Zellmer-Bruhn M, Witheridge TF. The teamwork in assertive community treatment (TACT) scale: development and validation. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(11):1108-17 Pubmed Journal

559. Melzer D, Hale AS, Malik SJ, Hogman GA, Wood S. Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge. BMJ (Clinical research ed.) 1991;303(6809):1023-6 Pubmed

560. Schreieder E. Methoden der Prozesssteuerung: Casemanagement und Hilfeplanung. In: Bischkopf, J; Deimel, D; Walther, C; Zimmermann, R-B (Hrsg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 273-. 2017.

561. Intagliata J. Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case management. Schizophrenia bulletin 1982;8(4):655-74 Pubmed

562. Kahl Y. Case Management in der sozialpsychiatrischen Eingliederungshilfe. In: J. Bischkopf und D. Deimel (Hg.): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 364–380. 2023.

563. Maylath E, Stark FM. Wuerde Managed Care die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland verbessern?. Psycho, S. 744–751. 1999.

564. Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1997;32(3):137-42 Pubmed

565. Thornicroft G. The concept of Case Management for long-term mental illness. Int Rev Pschiatry 3, S. 125–132. 1991.

566. Holloway F. Case management for the mentally ill: looking at the evidence. The International journal of social psychiatry 1991;37(1):2-13 Pubmed

567. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. The Cochrane database of systematic reviews 2000;(2):CD000050 Pubmed

568. Moore ST. A social work practice model of case management: the case management grid. Social work 1990;35(5):444-8 Pubmed

569. Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. Hospital & community psychiatry 1989;40(4):361-8 Pubmed

570. Weick A, Rapp C, Sullivan W, Kisthardt WA. Strengths perspective for social work practice. Social work 34, S. 350–354. 1989.

571. Sullivan WP. Reclaiming the community: the strengths perspective and deinstitutionalization. Social work 1992;37(3):204-9 Pubmed

572. Rapp CA. Theory, principles, and methods of the strengths model of case management. In: Bergman H. C. Harris M (Hg.): Case Management for Mentally Ill Patients: Theory and Practice. Langhorn: Harwood Academic Publishers, S. 143–164. 1993.

573. Rapp C, Goscha R. The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services. New York: Oxford University Press. 2012.

574. Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Cohen BF. The chronically mentally ill case management--more than a response to a dysfunctional system. Community mental health journal 1988;24(3):219-28 Pubmed

575. Anthony WA, Forbess R, Cohen. Rehabilitation oriented case management. Bergman H. Harris M (Hg.): Case Management for Mentally Ill Patients:

Theory and Practice. Langhorn: Harwood Academic Publishers, S. 99–118 1993.

576. Lim CT, Caan MP, Kim CH, Chow CM, Leff HS, Tepper MC. Care Management for Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2022;73(2):180-187 Pubmed Journal

577. Björkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomised controlled trial. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2002;37(4):147-52 Pubmed

578. Gelkopf M, Lapid L, Werbeloff N, Levine SZ, Telem A, Zisman-Ilani Y, et al. A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. Psychiatry research 2016;241:182-9 Pubmed Journal

579. Lichtenberg P, Levinson D, Sharshevsky Y, Feldman D, Lachman M. Clinical case management of revolving door patients - a semi-randomized study. Acta psychiatrica Scandinavica 2008;117(6):449-54 Pubmed Journal

580. Malakouti SK, Nojomi M, Mirabzadeh A, Mottaghipour Y, Zahiroddin A, Kangrani HM. A Comparative Study of Nurses as Case Manager and Telephone Follow-up on Clinical Outcomes of Patients with Severe Mental Illness. Iranian journal of medical sciences 2016;41(1):19-27 Pubmed

581. Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. Lancet (London, England) 1995;345(8947):409-12 Pubmed

582. Puschner B, Steffen S, Völker KA, Spitzer C, Gaebel W, Janssen B, et al. Needs-oriented discharge planning for high utilisers of psychiatric services: multicentre randomised controlled trial. Epidemiology and psychiatric sciences 2011;20(2):181-92 Pubmed

583. 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 Pubmed Journal

584. Tse S, Tsoi EWS, Hamilton B, O'Hagan M, Shepherd G, Slade M, et al. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. The International journal of social psychiatry 2016;62(3):281-91 Pubmed Journal

585. Green CA, Janoff SL, Yarborough BJH, Paulson RI. The recovery group project: development of an intervention led jointly by peer and professional counselors. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2013;64(12):1211-7 Pubmed Journal

586. Fukui S, Goscha R, Rapp CA, Mabry A, Liddy P, Marty D. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(7):708-10 Pubmed Journal

587. Roebuck M, Latimer E, Bergeron-Leclerc C, Briand C, Durbin J, Goscha R, et al. The Working Alliance as a Mediator Between Fidelity to Strengths Model Case Management and Client Outcomes. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2022;73(11):1248-1254 Pubmed Journal

588. Harvey C, Zirnsak T-M, Brasier C, Ennals P, Fletcher J, Hamilton B, et al. Community-based models of care facilitating the recovery of people living with persistent and complex mental health needs: a systematic review and narrative synthesis. Frontiers in psychiatry 2023;14:1259944 Pubmed Journal

589. Mahlke CI, Priebe S, Heumann K, Daubmann A, Wegscheider K, Bock T. Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness - a randomised controlled trial. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2017;42:103-110 Pubmed Journal

590. Corrigan P, Sheehan L, Morris S, Larson JE, Torres A, Lara JL, et al. The Impact of a Peer Navigator Program in Addressing the Health Needs of Latinos With Serious Mental Illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2018;69(4):456-461 Pubmed Journal

591. Valls È, Bonnín CM, Torres I, Brat M, Prime-Tous M, Morilla I, et al. Efficacy of an integrative approach for bipolar disorder: preliminary results from a randomized controlled trial. Psychological medicine 2021;52(16):1-12 Pubmed Journal

592. Li J-B, Liu W-I, Huang M-W. Integrating Evidence-Based Community-Care Services to Improve Schizophrenia Outcomes: A Preliminary Trial. Archives of psychiatric nursing 2016;30(1):102-8 Pubmed Journal

593. Soberay A, Tolle LW, Kienitz E, Olson A. The Hope Health and Wellness Clinic: Outcomes of Individuals with Serious Mental Illness in a Bidirectional Integrated Care Clinic. Community mental health journal 2021;57(4):675-683 Pubmed Journal

594. Şahin Ş, Elboğa G, Altındağ A. The effects of the frequency of participation to the community mental health center on insight, treatment adherence and functionality (eng). J Clin Psy 23 (1), S. 64–71. 2020. Journal

595. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2011;2011(6):CD002831 Pubmed Journal

596. 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.

597. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia bulletin 1980;6(3):490-505 Pubmed

598. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. Journal of marital and family therapy 2003;29(2):223-45 Pubmed

599. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. Schizophrenia bulletin 2001;27(1):73-92 Pubmed

600. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychological medicine 2002;32(5):763-82 Pubmed

601. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. Schizophrenia research 2007;96(1-3):232-45 Pubmed

602. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2010;(12):CD000088 Pubmed Journal

603. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2014;2014(3):CD009802 Pubmed Journal

604. Zhao S, Sampson S, Xia J, Jayaram MB. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(4):CD010823 Pubmed Journal

605. Sin J, Jordan CD, Barley EA, Henderson C, Norman I. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(5):CD010540 Pubmed Journal

606. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. Bipolar disorders 2015;17(4):349-62 Pubmed Journal

607. Oud M, Mayo-Wilson E, Braidwood R, Schulte P, Jones SH, Morriss R, et al. Psychological interventions for adults with bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;208(3):213-22 Pubmed Journal

608. Chatterton ML, Stockings E, Berk M, Barendregt JJ, Carter R, Mihalopoulos C. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(5):333-341 Pubmed Journal

609. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, 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 : the journal of mental science 2015;206(4):268-74 Pubmed Journal

610. Rabovsky K, Jensen M, Kohler T. Diagnoseübergreifende Psychoedukation. In: Bäuml, J; Behrendt, B; Hennigsen, P; Pitschel-Walz, G. Handbuch der Psychoedukation. Stuttgart: Schattauer. 2016.

611. Jensen M, Hoffmann G, Spreitz J. Diagnoseübergreifende Psychoedukation. Ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen. Arbeitshilfe 26. 2. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag. 2014.

612. Rabovsky K, Stoppe G. Diagnoseübergreifende und multimodale Psychoedukation. München: Urban & Fischer. 2009.

613. Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G. Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2012;262(5):431-40 Pubmed

614. Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders 2016;200:31-6 Pubmed Journal

615. Kolostoumpis K, Bergiannaki JD, Le Peppou, Fousketaki S, Patelakis A, Economou MP. Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. International Journal of Mental Health 44, S. 290–302 2015.

616. de Souza MS, da Silva RA, Molina MAL, Jansen K, de Lima Ferreira L, Kelbert EF, et al. Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers?. The International journal of social psychiatry 2016;62(4):377-85 Pubmed Journal

617. Bilderbeck AC, Atkinson LZ, McMahon HC, Voysey M, Simon J, Price J, et al. Psychoeducation and online mood tracking for patients with bipolar disorder: A randomised controlled trial. Journal of affective disorders 2016;205:245-251 Pubmed Journal

618. Kallestad H, Wullum E, Scott J, Stiles TC, Morken G. The long-term outcomes of an effectiveness trial of group versus individual psychoeducation for bipolar disorders. Journal of affective disorders 2016;202:32-8 Pubmed Journal

619. Morriss R, Lobban F, Riste L, Davies L, Holland F, Long R, 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. The lancet. Psychiatry 2016;3(11):1029-1038 Pubmed Journal

620. Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. Psychiatry research 2013;210(1):134-9 Pubmed Journal

621. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2011;198(5):385-90 Pubmed Journal

622. Aagaard J, Foldager L, Makki A, Hansen V, Müller-Nielsen K. The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: a randomized trial with a 2-year follow-up. Nordic journal of psychiatry 2017;71(3):223-229 Pubmed Journal

623. Utschakowski J, Sielaff G, Bock T, Winter A. Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag. 2016.

624. Mahlke C, Krämer U, Kilian R, Becker T. Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung. Übersicht des internationalen Forschungsstandes. Nervenheilkunde 34 (4), S. 235–239. 2015.

625. Faulkner A, Sadd J, Hughes A, Thompson S, Nettle M, Wallcraft J. Mental health peer support in England: Piecing together the jigsaw. London (UK). Website

626. Armstrong NP, Steffen JJ. The recovery promotion fidelity scale: assessing the organizational promotion of recovery. Community mental health journal 2009;45(3):163-70 Pubmed Journal

627. Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes JC. Peer Support Among Individuals With Severe Mental Illness. A Review of the Evidence. Clinical Psychology: Science and Practice 6 (2), S. 165–187. Journal

628. Høgh Egmose C, Heinsvig Poulsen C, Hjorthøj C, Skriver Mundy S, Hellström L, Nørgaard Nielsen M, et al. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2023;74(8):847-858 Pubmed Journal

629. Mahlke C, Schulz G, Sielaff G, Nixdorf R, Bock T. Einsatzmöglichkeiten von Peerbegleitung in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (2), S. 214–221. 2019. Journal

630. Balogun-Mwangi O, Rogers ES, Maru M, Magee C. Vocational Peer Support: Results of a Qualitative Study. The journal of behavioral health services & research 2019;46(3):450-463 Pubmed Journal

631. Jones N, Teague GB, Wolf J, Rosen C. Organizational Climate and Support Among Peer Specialists Working in Peer-Run, Hybrid and Conventional Mental Health Settings. Administration and policy in mental health 2020;47(1):150-167 Pubmed Journal

632. von Peter S, Schwarz J. [Mutual Support by People with Lived Experience of Mental Distress in Crisis Respites - A Scoping Review]. Psychiatrische Praxis 2021;48(2):65-72 Pubmed Journal

633. Gillard S, Gibson SL, Holley J, Lucock M. Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. Epidemiology and psychiatric sciences 2015;24(5):435-45 Pubmed Journal

634. Lloyd-Evans B, Mayo-Wilson E, Harrison B, Istead H, Brown E, Pilling S, 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 Pubmed Journal

635. Fuhr DC, Salisbury TT, De Silva MJ, Atif N, van Ginneken N, Rahman A, et al. Effectiveness of peer-delivered interventions for severe mental illness and depression on clinical and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2014;49(11):1691-702 Pubmed Journal

636. Cabassa LJ, Camacho D, Vélez-Grau CM, Stefancic A. Peer-based health interventions for people with serious mental illness: A systematic literature review. Journal of psychiatric research 2017;84:80-89 Pubmed Journal

637. Goldberg RW, Dickerson F, Lucksted A, Brown CH, Weber E, Tenhula WN, et al. Living well: an intervention to improve self-management of medical illness for individuals with serious mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2013;64(1):51-7 Pubmed

638. Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA, Bona JR, Fricks L, Jenkins-Tucker S, et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. Schizophrenia research 2010;118(1-3):264-70 Pubmed Journal

639. Kelly E, Fulginiti A, Pahwa R, Tallen L, Duan L, Brekke JS. A pilot test of a peer navigator intervention for improving the health of individuals with serious mental illness. Community mental health journal 2014;50(4):435-46 Pubmed Journal

640. Stubbs B, Williams J, Shannon J, Gaughran F, Craig T. Peer support interventions seeking to improve physical health and lifestyle behaviours among people with serious mental illness: A systematic review. International journal of mental health nursing 2016;25(6):484-495 Pubmed Journal

641. Smit D, Miguel C, Vrijsen JN, Groeneweg B, Spijker J, Cuijpers P. The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. Psychological medicine 2023;53(11):5332-5341 Pubmed Journal

642. Lyons N, Cooper C, Lloyd-Evans B. A systematic review and meta-analysis of group peer support interventions for people experiencing mental health conditions. BMC psychiatry 21 (1), S. 315. 2021. Journal

643. Wang YI, Chen Y, Deng H. Effectiveness of Family- and Individual-Led Peer Support for People With Serious Mental Illness: A Meta-Analysis. Journal of psychosocial nursing and mental health services 2022;60(2):20-26 Pubmed Journal

644. Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2019;4(4):CD010880 Pubmed Journal

645. Salzer MS, Rogers J, Salandra N, O'Callaghan C, Fulton F, Balletta AA, et al. Effectiveness of peer-delivered Center for Independent Living supports for individuals with psychiatric disabilities: A randomized, controlled trial. Psychiatric rehabilitation journal 2016;39(3):239-47 Pubmed Journal

646. Kelly E, Duan L, Cohen H, Kiger H, Pancake L, Brekke J. Integrating behavioral healthcare for individuals with serious mental illness: A randomized controlled trial of a peer health navigator intervention. Schizophrenia research 2017;182:135-141 Pubmed Journal

647. O'Connell MJ, Flanagan EH, Delphin-Rittmon ME, Davidson L. Enhancing outcomes for persons with co-occurring disorders through skills training and peer recovery support. Journal of mental health (Abingdon, England) 2020;29(1):6-11 Pubmed Journal

648. 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(10):1326-40 Pubmed Journal

649. Chien WT, Thompson DR. An RCT with three-year follow-up of peer support groups for Chinese families of persons with schizophrenia. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2013;64(10):997-1005 Pubmed Journal

650. Hiltensperger, R, Buck M, Kersting X, Lukas U, Mannhardt S, Piske U. Gesundheitsförderung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ernährung & Medizin 39 (01), S. 21–26. 2024. Journal

651. EX-IN Deutschland e.V.. EX-IN Genesungsbegleiter - Die Ausbildung zum EX-IN Erfahrungsexperten für Menschen mit Psychiatrieerfahrung. 2018. Website

652. Cooper RE, Saunders KRK, Greenburgh A, Shah P, Appleton R, Machin K, et al. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. BMC medicine 2024;22(1):72 Pubmed Journal

653. Walde P, Völlm B. [Effects of Peer Support Work in Psychiatry: A Systematic Literature Review of Reviews]. Psychiatrische Praxis 2025;52(2):70-79 Pubmed Journal

654. Heumann K, Schmid C, Wilfer A, Bolkan S, Mahlke C, von Peter S. [Competencies and Role Experiences of Peer Support - A Participatory Research Report]. Psychiatrische Praxis 2019;46(1):34-40 Pubmed Journal

655. Groß S, Zielasek J, Kitzig F, Schröder M, Jahnke B, Gouzoulis-Mayfrank E. Selbst- und Fremdwahrnehmung von Genesungsbegleitenden im klinisch-psychiatrischen Alltag. Psychiatr Prax 48 (1), S. 44–48. 2021. Journal

656. Aretz T, Jungbauer J. Wie bewerten Führungskräfte den Einsatz von psychiatrieerfahrenen Genesungsbegleitern?. Psychiatr Prax 46 (8), S. 432–438. 2019. Journal

657. Burr C, Rother K, Elhilali L, Winter A, Kozel B, Weidling K, et al. [Roles and Work Content of Peer Workers and Experts by Experience in Mental Health Practice, Education, Research and Development - Results of a Survey in Switzerland]. Psychiatrische Praxis 2021;48(3):135-142 Pubmed Journal

658. Hurley J, Cashin A, Mills J, Hutchinson M, Kozlowski D, Graham I. Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia. International journal of mental health nursing 2018;27(1):187-195 Pubmed Journal

659. Ackers S. EX-IN Deutschland. Eine Bilanz zehn Jahre nach der Gründung. Sozialpsychiatrische Informationen 51 (3), S. 9–11. 2021.

660. von Peter S, Kraemer UM, Cubellis L, Fehler G, Ruiz-Pérez G, Schmidt D, et al. Implementing peer support work in mental health care in Germany: The methodological framework of the collaborative, participatory, mixed-methods study (ImpPeer-Psy5). Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy 2024;27(1):e13938 Pubmed Journal

661. Schmidt D, Heuer I, Küsel M, Ruiz Perez G, Peter S. Übersehene Professionalität – individuelle Gelingensfaktoren von Peer- und Genesungsbegleitung. Der Nervenarzt. 2024. Journal

662. Ruiz-Pérez G, Küsel M, von Peter S. [Job profile and financing of peer support in health insurance-financed care in Germany: status quo and possibilities]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2025;87(11):678-685 Pubmed Journal

663. Moran GS, Kalha J, Mueller-Stierlin AS, Kilian R, Krumm S, Slade M, et al. Peer support for people with severe mental illness versus usual care in high-, middle- and low-income countries: study protocol for a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial (UPSIDES-RCT). Trials 2020;21(1):371 Pubmed Journal

664. Haun M, Nixdorf R, Heuer I, Wagner M, Bilmayer S, Mahlke C, et al. UPSIDES Peer-Begleitung – Gemeinsam Krisen bewältigen. Gesundheitswesen. 2021 Apr 8;83(4):241 2021. Journal

665. Girit S, Müller-Stierlin AS, Hiltensperger R, Wenzel L, Lohner M, Mahlke C, et al. [Successful Implementation of Peer Support for People with Severe Mental Illness in Germany: a Theory of Change Approach]. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 2023;73(2):70-77 Pubmed Journal

666. Stolz C, Oster A, Czernin K, Baumgartner J, Junghanss J, Mahler L. Alles kann – nichts muss? Genesungsbegleitung (Peer-Support) auf akutpsychiatrischen Stationen. Psychiatr Prax 52 (3), S. 150–157. 2025. Journal

667. Heumann K, Janßen L, Ruppelt F, Mahlke C, Sielaff G, Bock T. Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität. Eine Pilotstudie. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 64 (1), S. 45–53. 2016.

668. Roseman M, Konrad M. Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie Verlag. 2011.

669. Siskind D, Harris M, Pirkis J, Whiteford H. A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2013;48(6):875-94 Pubmed Journal

670. Leff HS, Chow CM, Pepin R, Conley J, Allen IE, Seaman CA. Does one size fit all? What we can and can't learn from a meta-analysis of housing models for persons with mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2009;60(4):473-82 Pubmed

671. Busch-Geertsema V. "Housing First", ein vielversprechender Ansatz zur Überwindung von Wohnungslosigkeit. Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich 31 (121), S. 39–54. 2011.

672. Richter D, Adamus C, Mötteli S, Myszor F, Wienberg G, Steinhart I. Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Überprüfung der „Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)" für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In: Psychiatr Prax 49 (2), S. 103–106. 2022.

673. Richter D. Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. 2021. Website

674. Wienberg G, Richter D, Myszor F, Steinhart I. Die "Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)". In: Kerbe (4), 27-29. 2021.

675. Bitter D, Entenfellner A, Matschnig T. Bitter, D.; Entenfellner, A.; Matschnig, T. (2009): Da-Heim im Heim!? Bedeutet Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung?. In: Psychiat Prax 36, S. 261–269. 2009.

676. Dickey B, Latimer E, Powers K, Gonzalez O, Goldfinger SM. Housing costs for adults who are mentally ill and formerly homeless. Journal of mental health administration 1997;24(3):291-305 Pubmed

677. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and Housing First programmes. In: J Community Appl Soc Psychol 13, S. 171–186. 2003.

678. Ly A, Latimer E. Housing First Impact on Costs and Associated Cost Offsets: A Review of the Literature. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(11):475-87 Pubmed

679. Benston EA. Housing Programs for Homeless Individuals With Mental Illness: Effects on Housing and Mental Health Outcomes. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2015;66(8):806-16 Pubmed Journal

680. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, et al. Permanent supportive housing: assessing the evidence. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(3):287-94 Pubmed Journal

681. 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(4):446-56 Pubmed Journal

682. Taylor TL, Killaspy H, Wright C, Turton P, White S, Kallert TW, 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 Pubmed Journal

683. Macpherson R, Edwards TR, Chilvers R, David C, Elliott HJ. Twenty-four hour care for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2009;2009(2):CD004409 Pubmed Journal

684. McHugo GJ, Bebout RR, Harris M, Cleghorn S, Herring G, Xie H, et al. A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. Schizophrenia bulletin 2004;30(4):969-82 Pubmed

685. Bastian H, Bender R, Ernst AS, Kaiser T, Kirchner H, Kolominsky-Rabas P. Methoden. Hg. v. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). 2004. Website

686. 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. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2015;60(11):467-74 Pubmed

687. Veldhuizen S, Adair CE, Methot C, Kopp BC, O'Campo P, Bourque J, et al. Patterns and predictors of attrition in a trial of a housing intervention for homeless people with mental illness. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2015;50(2):195-202 Pubmed Journal

688. Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2016;67(3):275-81 Pubmed Journal

689. Stergiopoulos V, Hwang SW, Gozdzik A, Nisenbaum R, Latimer E, Rabouin D, 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):905-15 Pubmed Journal

690. Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A, Zabkiewicz D, Frankish CJ, Krausz M, 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. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2013;48(8):1245-59 Pubmed Journal

691. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly JO, Sarang A, 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):e0130281 Pubmed Journal

692. Kirst M, Zerger S, Misir V, Hwang S, Stergiopoulos V. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. Drug and alcohol dependence 2015;146:24-9 Pubmed Journal

693. Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish CJ, Somers J. Housing first improves residential stability in homeless adults with concurrent substance dependence and mental disorders. American journal of public health 2013;103 Suppl 2(Suppl 2):e30-6 Pubmed Journal

694. Somers JM, Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Palepu A, Patterson M. Housing first reduces re-offending among formerly homeless adults with mental disorders: results of a randomized controlled trial. PloS one 2013;8(9):e72946 Pubmed Journal

695. Woodhall-Melnik J, Misir V, Kaufman-Shriqui V, O'Campo P, Stergiopoulos V, Hwang S. 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):e0137069 Pubmed Journal

696. Gulcur L, Tsemberis S, Stefancic A, Greenwood RM. Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. Community mental health journal 2007;43(3):211-28 Pubmed

697. Hurlburt MS, Hough RL, Wood PA. Effects of substance abuse on housing stability of homeless mentally Ill persons in supported housing. Psychiatric services (Washington, D.C.) 1996;47(7):731-6 Pubmed

698. Dickey B, Gonzalez O, Latimer E, Powers K, Schutt R, Goldfinger S. Use of mental health services by formerly homeless adults residing in group and independent housing. Psychiatric services (Washington, D.C.) 1996;47(2):152-8 Pubmed

699. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. American journal of public health 2004;94(4):651-6 Pubmed

700. Greenwood RM, Schaefer-McDaniel NJ, Winkel G, Tsemberis SJ. Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. American journal of community psychology 2005;36(3-4):223-38 Pubmed

701. Schutt R, Goldfinger SM, Penk W. Satisfaction with residence and with life. When homeless mentally ill persons are housed. In: Evaluation and Program Planning 20 (2), S. 185–194. 1997. Journal

702. Seidman LJ, Schutt RK, Caplan B, Tolomiczenko GS, Turner WM, Goldfinger SM. The effect of housing interventions on neuropsychological functioning among homeless persons with mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2003;54(6):905-8 Pubmed

703. Caplan B, Schutt RK, Turner WM, Goldfinger SM, Seidman LJ. Change in neurocognition by housing type and substance abuse among formerly

homeless seriously mentally ill persons. Schizophrenia research 2006;83(1):77-86 Pubmed

704. Lipton FR, Nutt S, Sabatini A. Housing the homeless mentally ill: a longitudinal study of a treatment approach. Hospital & community psychiatry 1988;39(1):40-5 Pubmed

705. Hyde C, Bridges K, Goldberg D, Lowson K, Sterling C, Faragher B. The evaluation of a hostel ward. A controlled study using modified cost-benefit analysis. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 1987;151:805-12 Pubmed

706. Mötteli S, Adamus C, Deb T, Fröbel R, Siemerkus J, Richter D, et al. Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Frontiers in psychiatry 2021;12:798275 Pubmed Journal

707. Adamus C, Mötteli S, Jäger M, Richter D. Independent Housing and Support for non-homeless individuals with severe mental illness: randomised controlled trial vs. observational study - study protocol. BMC psychiatry 2020;20(1):319 Pubmed Journal

708. de Vet R, van Luijtelaar MJA, Brilleslijper-Kater SN, Vanderplasschen W, Beijersbergen MD, Wolf JRLM. Effectiveness of case management for homeless persons: a systematic review. American journal of public health 2013;103(10):e13-26 Pubmed Journal

709. Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser ES. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2011;62(7):713-9 Pubmed Journal

710. Tomita A, Herman DB. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(9):935-7 Pubmed Journal

711. Tomita A, Herman DB. The role of a critical time intervention on the experience of continuity of care among persons with severe mental illness after hospital discharge. The Journal of nervous and mental disease 2015;203(1):65-70 Pubmed Journal

712. 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 rehospitalization. Psychiatric rehabilitation journal 2014;37(1):4-10 Pubmed Journal

713. Susser E, Valencia E, Conover S, Felix A, Tsai WY, Wyatt RJ. Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a "critical time" intervention after discharge from a shelter. American journal of public health 1997;87(2):256-62 Pubmed

714. Jones K, Colson PW, Holter MC, Lin S, Valencia E, Susser E, et al. Cost-effectiveness of critical time intervention to reduce homelessness among persons with mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2003;54(6):884-90 Pubmed

715. Harrison M, Singh Roy A, Hultqvist J, Pan A-W, McCartney D, McGuire N, et al. Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2020;55(8):977-988 Pubmed Journal

716. Kyle T, Dunn JR. Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. Health & social care in the community 2008;16(1):1-15 Pubmed Journal

717. Chilvers R, Macdonald GM, Hayes AA. Supported housing for people with severe mental disorders. The Cochrane database of systematic reviews 2006;2006(4):CD000453 Pubmed

718. Schutt RK, Seidman LJ, Caplan B, Martsinkiv A, Goldfinger SM. The role of neurocognition and social context in predicting community functioning among formerly homeless seriously mentally ill persons. Schizophrenia bulletin 2007;33(6):1388-96 Pubmed

719. Goldfinger SM, Schutt RK, Tolomiczenko GS, Seidman L, Penk WE, Turner W, et al. Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 1999;50(5):674-9 Pubmed

720. Shern DL, Felton CJ, Hough RL, Lehman AF, Goldfinger S, Valencia E, et al. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney program. Psychiatric services (Washington, D.C.) 1997;48(2):239-41 Pubmed

721. Schutt RK, Hough RL, Goldfinger SM, Lehman AF, Shern DL, Valencia E, et al. Lessening Homelessness Among Persons with Mental Illness: A Comparison of Five Randomized Treatment Trials. Asian journal of psychiatry 2009;2(3):100-102 Pubmed

722. Padgett DK, Gulcur L, Tsemberis S. Housing First Services for People Who Are Homeless With Co-Occurring Serious Mental Illness and Substance Abuse. In: Res Soc Work Pract 16 (1), S. 74–83. 2006.

723. 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. The journal of primary prevention 2007;28(3-4):265-79 Pubmed

724. Somers JM, Patterson ML, Moniruzzaman A, Currie L, Rezansoff SN, Palepu A, et al. Vancouver At Home: pragmatic randomized trials investigating Housing First for homeless and mentally ill adults. Trials 2013;14:365 Pubmed Journal

725. Hwang SW, Stergiopoulos V, O'Campo P, Gozdzik A. 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 Pubmed Journal

726. Herman D, Opler L, Felix A, Valencia E, Wyatt RJ, Susser E. A critical time intervention with mentally ill homeless men: impact on psychiatric symptoms. The Journal of nervous and mental disease 2000;188(3):135-40 Pubmed

727. Chien WT, Ma DCF, Bressington D, Mou H. Family-based interventions versus standard care for people with schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2024;10(10):CD013541 Pubmed Journal

728. Katsuki F, Watanabe N, Yamada A, Hasegawa T. Effectiveness of family psychoeducation for major depressive disorder: systematic review and meta-analysis. BJPsych open 2022;8(5):e148 Pubmed Journal

729. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. The lancet. Psychiatry 2022;9(3):211-221 Pubmed Journal

730. Radley J, Grant C, Barlow J, Johns L. Parenting interventions for people with schizophrenia or related serious mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2021;10(10):CD013536 Pubmed Journal

731. David DH, Styron T, Davidson L. Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness. American journal of psychiatric rehabilitation 2011;14(2):137-153 Pubmed

732. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. Clinical child and family psychology review 1999;2(2):71-90 Pubmed

733. Wolfenden L, Calam R, Drake RJ, Gregg L. The Triple P Positive Parenting Program for Parents With Psychosis: A Case Series With Qualitative Evaluation. Frontiers in psychiatry 2022;13:791294 Pubmed Journal

734. Nicholson J, Albert K, Gershenson B, Williams V, Biebel K. Family options for parents with mental illnesses: a developmental, mixed methods pilot study. Psychiatric rehabilitation journal 2009;33(2):106-14 Pubmed Journal

735. Kennedy H, Underdown A. Video interaction guidance. In: Penelope Leach (Hg.): Transforming Infant Wellbeing. Abingdon, Oxon, New York, NY : Routledge, 2017.: Routledge, S. 224–237. 2017.

736. Coates D, Phelan R, Heap J, Howe D. "Being in a group with others who have mental illness makes all the difference": The views and experiences of parents who attended a mental health parenting program. In: Children and Youth Services Review 78, S. 104–111. 2017. Journal

737. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. In: Psychotherapy Research 16, S. 214–228. 2006.

738. Barnett P, Steare T, Dedat Z, Pilling S, McCrone P, Knapp M, et al. Interventions to improve social circumstances of people with mental health conditions: a rapid evidence synthesis. BMC psychiatry 2022;22(1):302 Pubmed Journal

739. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, et al. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. The American journal of psychiatry 2002;159(5):829-37 Pubmed

740. Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, et al. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. The American journal of psychiatry 1996;153(12):1585-92 Pubmed

741. Hasson-Ohayon I, Mashiach-Eizenberg M, Avidan M, Roberts DL, Roe D. Social cognition and interaction training: preliminary results of an RCT in a community setting in Israel. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(4):555-8 Pubmed Journal

742. Terzian E, Tognoni G, Bracco R, De Ruggieri E, Ficociello RA, Mezzina R, et al. Social network intervention in patients with schizophrenia and marked social withdrawal: a randomized controlled study. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2013;58(11):622-31 Pubmed

743. Gelkopf M, Sigal M, Kramer R. Therapeutic use of humor to improve social support in an institutionalized schizophrenic inpatient community. The Journal of social psychology 1994;134(2):175-82 Pubmed

744. Davidson L. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. In: Journal of Community Psychology 32 (4), S. 453–477. 2004.

745. Sheridan AJ, Drennan J, Coughlan B, O'Keeffe D, Frazer K, Kemple M, et al. Improving social functioning and reducing social isolation and loneliness among people with enduring mental illness: Report of a randomised controlled trial of supported socialisation. The International journal of social psychiatry 2015;61(3):241-50 Pubmed Journal

746. Priebe S, Chevalier A, Hamborg T, Golden E, King M, Pistrang N. Effectiveness of a volunteer befriending programme for patients with schizophrenia: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2020;217(3):477-483 Pubmed Journal

747. Schrank B, Moran K, Borghi C, Priebe S. How to support patients with severe mental illness in their parenting role with children aged over 1 year? A systematic review of interventions. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2015;50(12):1765-83 Pubmed Journal

748. Kaplan K, Solomon P, Salzer MS, Brusilovskiy E. Assessing an Internet-based parenting intervention for mothers with a serious mental illness: a randomized controlled trial. Psychiatric rehabilitation journal 2014;37(3):222-31 Pubmed Journal

749. O'Shea A, Kaplan K, Solomon P, Salzer MS. Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Educational Intervention for Mothers With Mental Illnesses: An 18-Month Follow-Up. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2019;70(8):732-735 Pubmed Journal

750. Harries CI, Smith DM, Gregg L, Wittkowski A. Parenting and Serious Mental Illness (SMI): A Systematic Review and Metasynthesis. Clinical child and family psychology review 2023;26(2):303-342 Pubmed Journal

751. Bienioschek S, Nolkemper D, Schroth J, Behr J, Heinze M, Ziegenhain U, et al. [Support for families with a mentally ill parent : Which forms of help do mentally ill parents utilize and which would they like to have?]. Der Nervenarzt 2024;95(1):18-27 Pubmed Journal

752. Pohl S, Carvalho Fernando S, Leggemann M, Driessen M. [Supporting Interventions for Families with Children of Mentally Ill Parents: An Overview of Family-Oriented Complex Interventions in German-Speaking Countries]. Psychiatrische Praxis 2021;48(4):177-185 Pubmed Journal

753. Hellmich M. Netzwerke für Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoz Umschau, S. 5–6. 2009.

754. Born M, Schwier F, Stoever B. The German Evidence Based Child Protection Guideline– ImaginginSuspected Child Abuse. Fortschr Röntgenstr 2020; 192: 343–348 2020.

755. Kim S-H, Park S. Effectiveness of family interventions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. International journal of mental health nursing 2023;32(6):1598-1615 Pubmed Journal

756. van Es CM, El Khoury B, van Dis EAM, Te Brake H, van Ee E, Boelen PA, et al. The effect of multiple family therapy on mental health problems and family functioning: A systematic review and meta-analysis. Family process 2023;62(2):499-514 Pubmed Journal

757. Ma CF, Chan SKW, Chien WT, Bressington D, Mui EYW, Lee EHM, et al. Cognitive behavioural family intervention for people diagnosed with severe mental illness and their families: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of psychiatric and mental health nursing 2020;27(2):128-139 Pubmed Journal

758. Sin J, Gillard S, Spain D, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review 2017;56:13-24 Pubmed Journal

759. Chen L-F, Liu J, Zhang J, Lu X-Q. Non-pharmacological interventions for caregivers of patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry research 2016;235:123-7 Pubmed Journal

760. Cohler B, Grunebaum H. Children of Parents Hospitalized for Mental Illness. In: Journal of Children in Contemporary Society 15 (1), S. 57–66. 1983. Journal

761. Oster GD, Gould P. Zeichnen in Diagnostik und Therapie. Eine Anleitung. Paderborn: Junfermann. 1999.

762. Wilke E. Tanztherapie. Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention. Bern: Huber. 2007.

763. Heimes S. Künstlerische Therapien. Ein intermedialer Ansatz. Stuttgart: Vandenhoeck & Ruprecht (UTB, 3397). 2010.

764. von Spreti F, Förstl H. Kunsttherapie bei psychischen Störungen. 1. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer. 2005.

765. Stegemann T, Hitzeler M, Blotevogel M. Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen. München: Ernst Reinhardt. 2012.

766. Karkou V, Sanderson P. Arts therapies. A research-based map of the field. Edinburgh, New York: Elsevier Churchill Livingstone. 2006.

767. Goodill S. An introduction to medical dance/movement therapy. Health care in motion. London, Philadelphia: Jessica Kingsley. 2005.

768. Strauß B, Wittmann WW. Wie hilft Psychotherapie?. In: Broda M. Senf W (Hg.): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. 2. neu bearb. u. erw. Auf. Stuttgart, Berlin: Thieme Verlag, S. 734–745. 2000.

769. Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK. Process and Outcome in Psychotherapy. In: Garfield S. L. Bergin AE (Hg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley, S. 270–376. 1994.

770. Grawe K, Bernauer F, Donati R. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 4. Aufl. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. 1995.

771. Estel S, Koch S. Wirkfaktoren von Tanz- und Bewegungstherapie im klinischen Kontext. In: Psychotherapie 68 (4), S. 280–288. 2023. Journal

772. de Witte M, Orkibi H, Zarate R, Karkou V, Sajnani N, Malhotra B, et al. From Therapeutic Factors to Mechanisms of Change in the Creative Arts Therapies: A Scoping Review. Frontiers in psychology 2021;12:678397 Pubmed Journal

773. Hillecke T, Wilker FW. Ein heuristisches Wirkfaktorenmodell der Musiktherapie. In: Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (1), S. 62–85. 2007.

774. Smeijsters H, Baars M, Baart I. Dekunsten van het leven. Voorbeelden uit de creatieve therapie. 1e dr. Diemen: Veen Magazines. 2008.

775. Anderson K, Laxhman N, Priebe S. Can mental health interventions change social networks? A systematic review. BMC psychiatry 2015;15:297 Pubmed Journal

776. Castelein S, Bruggeman R, van Busschbach JT, van der Gaag M, Stant AD, Knegtering H, et al. The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. Acta psychiatrica Scandinavica 2008;118(1):64-72 Pubmed

777. Villalta-Gil V, Roca M, Gonzalez N, Domènec E, Cuca E. Dog-Assisted Therapy in the Treatment of Chronic Schizophrenia Inpatients. In: Anthrozoös 22 (2), S. 149–159. 2009. Journal

778. Sikira H, Janković S, Slatina MS, Muhić M, Sajun S, Priebe S, et al. The effectiveness of volunteer befriending for improving the quality of life of patients with schizophrenia in Bosnia and Herzegovina - an exploratory randomised controlled trial. Epidemiology and psychiatric sciences 2021;30:e48 Pubmed Journal

779. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Eckman T, Vaccaro J. Innovations in skills training for the seriously mental ill: the UCLA Social and Independent living Skills Modules. In: Innov Res 2, S. 43–60 1993.

780. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 2003;11(1):17-23 Pubmed

781. Liberman RP, Glynn S, Blair KE, Ross D, Marder SR. In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. Psychiatry 2002;65(2):137-55 Pubmed

782. Cavanagh S. Pflege nach Orem. Freiburg im Breisgau. Lambertus (Nursing models in action series, Bd. 1). 1995.

783. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. Schizophrenia bulletin 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S12-23 Pubmed

784. Meier VJ, Hope DA. Assessment of social skills. In: Bellack, AS; Hersen, M (Hrsg): Behavioral Assessment. Needham Heights: Ally & Bacon; S. 232-255. 1998.

785. Bellack AS, Mueser KT. Social skills training for schizophrenia?. Archives of general psychiatry 1992;49(1):76-7 Pubmed

786. Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness. Psychiatric rehabilitation journal 2004;27(4):375-91 Pubmed

787. Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller SG. Training sozialer Fertigkeiten bei schweren psychischen Erkrankungen. Übersicht und Wirksamkeit nach Interventionstypen und Settingvariablen. In: Psychiat Prax 41 (4), S. e1-e17. 2014. Journal

788. Tan B-L, Lee S-A, Lee J. Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review. Asian journal of psychiatry 2018;35:115-131 Pubmed Journal

789. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. Schizophrenia bulletin 2008;34(6):1211-20 Pubmed Journal

790. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. Schizophrenia bulletin 2014;40(4):813-23 Pubmed Journal

791. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. Archives of general psychiatry 2004;61(9):866-76 Pubmed

792. Hogarty G, Greenwald D, Eack S. Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. In: Psychiatric Serv 57 (12), S. 1751–1757. 2006. Journal

793. Kern RS, Green MF, Mitchell S, Kopelowicz A, Mintz J, Liberman RP. Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. The American journal of psychiatry 2005;162(3):513-9 Pubmed

794. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. Schizophrenia bulletin 2006;32 Suppl 1(Suppl 1):S81-93 Pubmed

795. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2001;52(11):1439-41 Pubmed

796. Roder V, Brenner HD, Müller D, Lächler M, Zorn P, Reisch T, et al. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta psychiatrica Scandinavica 2002;105(5):363-71 Pubmed

797. Hodel B, Kern RS, Brenner HD. Emotion Management Training (EMT) in persons with treatment-resistant schizophrenia: first results. Schizophrenia research 2004;68(1):107-8 Pubmed

798. Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, Savitz A, Liberman RP, Berten S, et al. Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. Schizophrenia bulletin 2009;35(1):222-32 Pubmed Journal

799. Penn DL, Roberts DL, Combs D, Sterne A. Best practices: The development of the Social Cognition and Interaction Training program for schizophrenia spectrum disorders. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2007;58(4):449-51 Pubmed

800. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stem P. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. Schizophrenia research 2007;91(1-3):112-6 Pubmed

801. Horan WP, Kern RS, Shokat-Fadai K, Sergi MJ, Wynn JK, Green MF. Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. Schizophrenia research 2009;107(1):47-54 Pubmed Journal

802. Choi K-H, Kwon J-H. Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. Community mental health journal 2006;42(2):177-87 Pubmed

803. Park K-M, Ku J, Choi S-H, Jang H-J, Park J-Y, Kim SI, et al. A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: a randomized, controlled trial. Psychiatry research 2011;189(2):166-72 Pubmed Journal

804. Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2002;53(7):799-801 Pubmed

805. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. Schizophrenia bulletin 2003;29(2):211-27 Pubmed

806. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2006;57(2):260-2 Pubmed

807. Bellack AS, Bennett ME, Gearon JS, Brown CH, Yang YE. A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. Archives of general psychiatry 2006;63(4):426-32 Pubmed

808. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. The American journal of psychiatry 2005;162(3):520-9 Pubmed

809. Bartels SJ, Forester B, Mueser KT, Miles KM, Dums AR, Pratt SI, et al. Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. Community mental health journal 2004;40(1):75-90 Pubmed

810. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and social skills training intervention for older patients with schizophrenia. The Journal of psychotherapy practice and research 2000;9(3):149-56 Pubmed

811. Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. Schizophrenia bulletin 2018;44(3):475-491 Pubmed Journal

812. Almerie MQ, Okba Al Marhi M, Jawoosh M, Alsabbagh M, Matar HE, Maayan N, et al. Social skills programmes for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(6):CD009006 Pubmed Journal

813. John A, Gandhi S, Prasad MK, Manjula M. Effectiveness of IADL interventions to improve functioning in persons with Schizophrenia: A systematic review. The International journal of social psychiatry 2022;68(3):500-513 Pubmed Journal

814. Tungpunkom P, Maayan N, Soares-Weiser K. Life skills programmes for chronic mental illnesses. The Cochrane database of systematic reviews 2012;1(1):CD000381 Pubmed Journal

815. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. Journal of consulting and clinical psychology 2008;76(3):491-504 Pubmed Journal

816. Nijman SA, Veling W, van der Stouwe ECD, Pijnenborg GHM. Social Cognition Training for People With a Psychotic Disorder: A Network Meta-

analysis. Schizophrenia bulletin 2020;46(5):1086-1103 Pubmed Journal

817. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. Schizophrenia bulletin 2012;38(5):1092-104 Pubmed Journal

818. Stegemann T, Hitzler M, Blothvogel M. Allgemeiner Teil. I. n: Stegemann, T., Hitzler, M. und Blothvogel, M. (Hrsg.). Künstlerische Therapien mit Kindern und Jugendlichen. München: Reinhardt. 2012.

819. Grawe K. Psychologische Therapie. 2. korrigierte Aufl. Göttingen: Hogrefe. 2000.

820. Fuchs T. Reiz und Responsivität. In: Hampe R, Martius P, Ritschl D, Spreti Fv, Stalder PB (Hg.): Kunstreiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien. Berlin: Frank-Timme. 2009.

821. Margraf J, Schneider S. Lehrbuch der Verhaltenstherapie - Band I. 3., vollständig bearbeitete und erw. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin. 2009.

822. Müller P. Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen – historische Entwicklung, Effizienz und gegenwärtig Anerkanntes. In: Fortschr Neurol Psychiat, S. 277–285. 1991.

823. Kates J, Rockland LH. Supportive psychotherapy of the schizophrenic patient. American journal of psychotherapy 1994;48(4):543-61 Pubmed

824. Smeijsters H. Grundlagen der Musiktherapie. Theorie und Praxis der Behandlung psychischer Störungen und Behinderungen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie. 1999.

825. Oerter U, Scheytt-Hälzner N, Kächele H. Musiktherapie in der Psychiatrie. In: Nervenheilkunde, S. 428–433. 2001.

826. Born R. Der kompetente Patient. Die subjektive Wahrnehmung und Verarbeitung künstlerischer Therapien durch Patienten an einer Klinik. Frankfurt am Main, New York: Peter Lang. 2006.

827. Glöckler M, Schürholz J, Treichler M. Anthroposophische Medizin. In: Zentrum zur Dokumentation für Naturheilverfahren, Forschungsinstitut Freie Berufe Lüneburg (Hg.): Dokumentation der besonderen Therapierichtungen und natürlichen Heilweisen in Europa.1. Auflage. Essen: VGM, S. 215–336. 1991.

828. Marlock G, Weiss H, Rellensmann D, Grell-Kamutzki L. Handbuch der Körperpsychotherapie. 2. Auflage. Stuttgart 2023.

829. Geuter U. Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis. [S.l.]: Springer Berlin. 2023.

830. Thielen M. Körper-Gruppe-Gesellschaft: Neue Entwicklungen in der Körperpsychotherapie. Psychosozial: Psychosozial. 2013.

831. Petersen P, Gruber H, Tüpker R. Forschungsmethoden Künstlerischer Therapien. Wiesbaden: Reichert. 2011.

832. Hölter G. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 2011.

833. Loew T, Tritt K, Lahmann C, Röhricht F. Körperpsychotherapien – wissenschaftlich begründet? Eine Übersicht über empirisch evaluierte Körper-psychotherapieverfahren. In: PDP 5, S. 6–19. 2006.

834. Röhricht F, Priebe S. Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: a randomized controlled trial. Psychological medicine 2006;36(5):669-78 Pubmed

835. Koch SC. Arts and health: Active factors and a theory framework of embodied aesthetics. In: Arts in Psychotherapy 54, S. 85–91. 2017.

836. Seifert K. Studie zur Anwendung und Evaluation eines fototherapeutischen Behandlungsmodells für Patienten mit unipolaren Depressionen in der klinischen Versorgung. In: Musik-, Tanz- und Kunsttherapie 26 (2), S. 88–102. 2015.

837. Priebe S, Savill M, Wykes T, Bentall R, Lauber C, Reininghaus U, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of body psychotherapy in the treatment of negative symptoms of schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. Health technology assessment (Winchester, England) 2016;20(11):vii-xxiii, 1-100 Pubmed Journal

838. Laws KR, Conway W. Do adjunctive art therapies reduce symptomatology in schizophrenia? A meta-analysis. World journal of psychiatry 2019;9(8):107-120 Pubmed Journal

839. Geretsegger M, Mössler KA, Bieleninik Ł, Chen X-J, Heldal TO, Gold C. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. The Cochrane database of systematic reviews 2017;5(5):CD004025 Pubmed Journal

840. Jia R, Liang D, Yu J, Lu G, Wang Z, Wu Z, et al. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry research 2020;293:113464 Pubmed Journal

841. Ruddy R, Milnes D. Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. The Cochrane database of systematic reviews 2005;2005(4):CD003728 Pubmed

842. Ruiz MI, Aceituno D, Rada G. Art therapy for schizophrenia?. Medwave 2017;17(Suppl1):e6845 Pubmed Journal

843. Ruddy RA, Dent-Brown K. Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. The Cochrane database of systematic reviews 2007;2007(1):CD005378 Pubmed

844. Ren J, Xia J. Dance therapy for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2013;2013(10):CD006868 Pubmed Journal

845. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. The Cochrane database of systematic reviews 2015;2015(2):CD009895 Pubmed Journal

846. Lassner A, Siafis S, Wiese E, Leucht S, Metzner S, Wagner E, et al. Evidence for music therapy and music medicine in psychiatry: transdiagnostic meta-review of meta-analyses. BJPsych open 2024;11(1):e4 Pubmed Journal

847. Du S-C, Li C-Y, Lo Y-Y, Hu Y-H, Hsu C-W, Cheng C-Y, et al. Effects of Visual Art Therapy on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Emotions in Individuals with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel, Switzerland) 2024;12(11) Pubmed Journal

848. Qu Y, Li Y, Xiao G. The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. In: Chinese J Psychiatry, S. 237–239. 2000.

849. Whetstone WR. Social dramatics: social skills development for the chronically mentally ill. Journal of advanced nursing 1986;11(1):67-74 Pubmed

850. Gutride ME, Goldstein AP, Hunter GF. The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. Journal of consulting and clinical psychology 1973;40(3):408-15 Pubmed

851. Xia J, Grant TJ. Dance therapy for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2009;(1):CD006868 Pubmed Journal

852. Grocke D, Bloch S, Castle D, Thompson G, Newton R, Stewart S, et al. Group music therapy for severe mental illness: a randomized embedded-experimental mixed methods study. Acta psychiatrica Scandinavica 2014;130(2):144-53 Pubmed Journal

853. Gold C, Mössler K, Grocke D, Heldal TO, Tjemsland L, Aarre T, et al. Individual music therapy for mental health care clients with low therapy motivation: multicentre randomised controlled trial. Psychotherapy and psychosomatics 2013;82(5):319-31 Pubmed Journal

854. Yang C-Y, Chen C-H, Chu H, Chen W-C, Lee T-Y, Chen S-G, 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 Pubmed Journal

855. Mohammadi AZ, Minhas LS, Haidari M, Panah FM. A Study of the Effects of Music Therapy on Negative and Positive Symptoms in Schizophrenic Patients. In: German J Psychiatry 15 (2), S. 56–62. 2012.

856. Radulovic R, Cvetkovic M, Pejovic M. Complementary musical therapy and medicamentous therapy in treatment of depressive disorders. WPA

Thematic Conference Jerusalem, 1997. 1997.

857. SKaKS. Berufsbild Kunsttherapie. Hg. v. Ständige Konferenz der akademischen Kunsttherapie-Studiengänge (SKaKS). 2020. Website

858. Montag C, Haase L, Seidel D, Bayerl M, Gallinat J, Herrmann U, 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):e112348 Pubmed Journal

859. Crawford MJ, Killaspy H, Kalaitzaki E, Barrett B, Byford S, Patterson S, et al. The MATISSE study: a randomised trial of group art therapy for people with schizophrenia. BMC psychiatry 2010;10:65 Pubmed Journal

860. Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K, et al. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MATISSE). Health technology assessment (Winchester, England) 2012;16(8):iii-iv, 1-76 Pubmed Journal

861. Leurent B, Killaspy H, Osborn DP, Crawford MJ, Hoadley A, Waller D, et al. Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2014;49(11):1703-10 Pubmed Journal

862. DGFT;. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie. Website

863. Röhricht F, Papadopoulos N, Priebe S. An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. Journal of affective disorders 2013;151(1):85-91 Pubmed Journal

864. Fleming KM, Herring MP. The effects of pilates on mental health outcomes: A meta-analysis of controlled trials. Complementary therapies in medicine 2018;37:80-95 Pubmed Journal

865. Savill M, Orfanos S, Bentall R, Reininghaus U, Wykes T, Priebe S. The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: A secondary analysis of the NESS trial data. Psychiatry research 2017;247:73-78 Pubmed Journal

866. Martin LA, Koch SC, Hirjak D, Fuchs T. Overcoming Disembodiment: The Effect of Movement Therapy on Negative Symptoms in Schizophrenia —A Multicenter Randomized Controlled Trial. In: Front Psychol 7, S. 483. 2016.

867. Lee HJ, Jang SH, Lee SY, Hwang KS. Effectiveness of dance/movement therapy on affect and psychotic symptoms in patients with schizophrenia. In: The Arts in Psychotherapy 45, S. 64–68. 2015.

868. Gökcen A, Ekici G, Abaoğlu H, Tiryaki Şen D. The healing effect of goal-oriented dance and movement therapy in schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: The Arts in Psychotherapy 71, S. 101702. 2020. Journal

869. Bryl K, Bradt J, Cechnicki A, Fisher K, Sossin KM, Goodill S. The role of dance/movement therapy in the treatment of negative symptoms in schizophrenia: a mixed methods pilot study. Journal of mental health (Abingdon, England) 2022;31(5):613-623 Pubmed Journal

870. Schaal M. Ein Beitrag zur Geschichte der psychiatrischen Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. In: Beschäftigungsther Rehabil 5, S. 267–269. 1986.

871. Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Darmstadt: Steinkopff (112). 2006.

872. Schott H, Tölle R. Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H.Beck. 2006.

873. Reuster T, Spreti FV, Martius P, Unterberger J, Broocks A. Ergotherapie, Kunst-, Musik-, Sport-und Bewegungstherapie bei psychischen Störungen. In: Möller, H-J; Laux, G; Kapfhammer, H-P (Hrsg): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer: S. 1205-1239. 2017.

874. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. PSYCHiatrie Barometer Umfrage 2012. Deutsches Krankenhaus Institut. Düsseldorf. 2013. Website

875. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P. PSYCHiatrie Barometer Umfrage 2013. Deutsches Krankenhaus Institut. Düsseldorf. 2014. Website

876. Yerxa EJ. An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. Occupational therapy in health care 1990;6(4):1-17 Pubmed Journal

877. DVE. Definition Ergotherapie. Hg. v. Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. 2007. Website

878. Miesen M. Berufsprofil Ergotherapie. 1. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner. 2004.

879. Müller C, Höhl W, Breckenfelder M, Thunsdorff C, Dennhardt S, Kraus E. Wissenschaft und Forschung in der Ergotherapie voranbringen - Gründung der Deutschen Gesellschaft für Ergotherapiewissenschaft (DGEW) und der deutschen Ergotherapiestiftung. In: Ergotherapie und Rehabilitation 57 (9), S. 18–21. 2018.

880. WFOT. Definition Occupational Therapy. 2012. Website

881. WHO. Mental health action plan 2013-2020. Hg. v. World Health Organization. Geneva. 2015. Website

882. Parkinson S. Recovery Through Activity. London: Speechmark. 2014.

883. Krupa T, Edelow M, Chen S. Handeln ermöglichen – Trägheit überwinden. Therapieprogramm für Gesundheit durch Aktivität – Handeln gegen Trägheit. Idstein: Schulz-Kirchner. 2017.

884. WHO. ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. 2005. Website

885. Walkenhorst U. Potenziale der Ergotherapie in der Gesundheits- und Krankenversorgung – Eine handlungsorientierte professionssoziologische Analyse. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag. 2008.

886. Höhl W, Moll S, Pfeiffer A. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. Current opinion in psychiatry 2017;30(4):300-305 Pubmed Journal

887. Sturm D, Arends S, Henke T, Reichmann C, Janssen B, Görtz P. [Assessment-Based Home Treatment for People with Severe Psychotic Disorders]. Psychiatrische Praxis 2016;43(6):333-8 Pubmed Journal

888. Bender S, Dittmann-Balcar A, Prehn G, Thienel R, Peters S, Gastpar M. [Subjective experience of a computer-assisted cognitive training by patients with schizophrenia]. Der Nervenarzt 2004;75(1):44-50 Pubmed

889. Tanaka C, Yotsumoto K, Tatsumi E, Sasada T, Taira M, Tanaka K, et al. Improvement of functional independence of patients with acute schizophrenia through early occupational therapy: a pilot quasi-experimental controlled study. Clinical rehabilitation 2014;28(8):740-747 Pubmed

890. Zamath F. Der Nutzen von manualisierten Interventionen. In: ET Reha 55 (3), S. 25–28. 2016.

891. Hinsch R, Pfingsten U. Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 6. völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim: PVU. 2015.

892. Moeller J, Moritz S. Metakognitives Training (MKT) für Psychose: das Denken über das Denken fördern. In: Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 1 (4-9). 2015.

893. Black DW, Blum NS. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorder: Implementing STEPPS Around the Globe. Oxford: University Press. 2017.

894. Hammer M. SBT, Stressbewältungstraining für psychisch kranke Menschen: ein Handbuch zur Moderation von Gruppen. Köln: Psychiatrie Verlag. 2010.

895. Eklund M, Orban K, Argentzell E, Bejerholm U, Tjörnstrand C, Erlandsson L-K, et al. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. Scandinavian journal of occupational therapy

2017;24(1):41-56 Pubmed Journal

896. Dür M, Unger J, Stoffer M, Drăgoi R, Kautzky-Willer A, Fialka-Moser V. Definitions of occupational balance and their coverage by instruments. In: British Journal of Occupational Therapy 78 (1), S. 4–15. 2015. Journal

897. Hodgekins JO, French P, Birchwood M, Mugford M, Christopher R, Marshall M, et al. Comparing time use in individuals at different stages of psychosis and a non-clinical comparison group. Schizophrenia research 2015;161(2-3):188-93 Pubmed Journal

898. Parks J, Svendsen D, Singer P, Foti ME. Morbidity and Mortality in People With Serious Mental Illness (Thirteenth in a Series of Technical Reports). 2006. Website

899. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual review of clinical psychology 2014;10:425-48 Pubmed Journal

900. Nyström MBT, Stenling A, Sjöström E, Neely G, Lindner P, Hassmén P, et al. Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial. Journal of affective disorders 2017;215:85-93 Pubmed Journal

901. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman, I.R.J.; Katz, M.M. (Hrsg.). The psychology of depression: Contemporary theory and research. New York: Wiley, S. 157–185. 1974.

902. Richards DA, Ekers D, McMillan D, Taylor RS, Byford S, Warren FC, et al. Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet (London, England) 2016;388(10047):871-80 Pubmed Journal

903. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. PloS one 2014;9(6):e100100 Pubmed Journal

904. Waller H, Garety P, Jolley S, Fornells-Ambrojo M, Kuipers E. Garety, Philippa; Jolley, Suzanne; Fornells-Ambrojo, Miriam; Kuipers, Elizabeth; Onwumere, Juliana et al. (2015): Training frontline mental health staff to deliver "low intensity" psychological therapy for psychosis: a qualitative analysis of therapist and service user views on the therapy and its future implementation. In: Behavioural and cognitive psychotherapy 43 (3), S. 298–313. 2015. Journal

905. Krupa T, Edgelow M, Chen S. Action over Inertia: addressing the activity health needs of individuals with serious mental illness. CAOT Publications ACE. Ottawa. 2010.

906. Pfeiffer A. Veränderungsimpulse setzen - Handeln gegen Trägheit. In: ET Reha 56 (5), S. 24–27. 2017.

907. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2011;65(3):267-76 Pubmed

908. Pfeiffer A, Höhl W. Therapieprogramm „Handeln gegen Trägheit“. In: Neurotransmitter 29 (1), S. 36–40. 2018.

909. Höhl W. Angebote für Menschen in psychiatrischer Behandlung. In: Höhl, W; Kösser, P; Dochat, A (Hrsg.): Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben. Idstein: Schulz-Kirchner: S. 243 - 250. 2015.

910. Kuhnert B, Oltman R, Höhl W. Psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld - Home Treatment. In: ET Reha 56 (2), S. 31–34. 2017.

911. Morris K, Reid G, Spencer S. Occupational therapy delivered by specialists versus non-specialists for people with schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2018;10(10):CD012398 Pubmed Journal

912. Vizzotto A, Celestino D, Buchain P, Oliveira A, Oliveira G, Di Sarno E, et al. Occupational Goal Intervention Method for the Management of Executive Dysfunction in People With Treatment-Resistant Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2021;75(3) Pubmed Journal

913. Vizzotto ADB, Celestino DL, Buchain PC, Oliveira AM, Oliveira GMR, Di Sarno ES, et al. A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia. Psychiatry research

2016;245:148-156 Pubmed Journal

914. Ercan Doğu S, Kayıhan H, Kokurcan A, Örsel S. The effectiveness of a combination of Occupational Therapy and Social Skills Training in people with schizophrenia: A rater-blinded randomized controlled trial. In: British Journal of Occupational Therapy 84 (11), S. 684–693. 2021. Journal

915. Shimada T, Ohori M, Inagaki Y, Shimooka Y, Sugimura N, Ishihara I, et al. A multicenter, randomized controlled trial of individualized occupational therapy for patients with schizophrenia in Japan. PloS one 2018;13(4):e0193869 Pubmed Journal

916. Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. Japan journal of nursing science : JJNS 2013;10(1):136-41 Pubmed Journal

917. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. The Kobe journal of medical sciences 2012;57(4):E145-54 Pubmed

918. Cook S, Chambers E, Coleman JH. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. Clinical rehabilitation 2009;23(1):40-52 Pubmed Journal

919. Chan SH-W, Lee SW-K, Chan IW-M. TRIP: a psycho-educational programme in Hong Kong for people with schizophrenia. Occupational therapy international 2007;14(2):86-98 Pubmed

920. Längle G, Bayer W, Köster M. Unterscheiden sich die Effekte stationärer arbeits- und ergotherapeutischer Maßnahmen? Ergebnisse einer kontrollierten Multizenterstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie. In: Psychiatrische Praxis (1), S. 34–41. 2006.

921. Buchain PC, Vizzotto ADB, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2003;25(1):26-30 Pubmed

922. Hadas-Lidor N, Katz N, Tyano S, Weizman A. Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. Clinical rehabilitation 2001;15(4):349-59 Pubmed

923. Mashimo I, Yotsumoto K, Fujimoto H, Hashimoto T. Effects of Home-visit Occupational Therapy Using a Management Tool for Daily Life Performance on Severe Mental Illness: A Multicenter Randomized Controlled Trial. The Kobe journal of medical sciences 2020;66(4):E119-E128 Pubmed

924. Eklund M, Tjörnstrand C, Sandlund M, Argentzell E. Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness - a cluster RCT study. BMC psychiatry 2017;17(1):363 Pubmed Journal

925. Reuster T. Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus. In: Reuster, T; Bach, O (Hrsg.): Ergotherapie und Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag: 41-68. 2002.

926. Reker T, Eikelmann B. Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. In: Psychiat Prax 31, S. S251-S255. 2004.

927. Matschnig T, Frottier P, Seyringer ME, Frühwald S. Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen--ein Uberblick über Erfolgsprädiktoren. In: Psychiatrische Praxis 35 (6), S. 271–278. DOI: 10.1055/s-2007-986351.Matschnig, Teresa; Frottier, Patrick; Seyringer, Michaela-Elena; Frühwald, Stefan (2008): Arbeitsrehabilitation psychisch kranker Menschen-ein Überblick über Erfolgsprädiktoren. In: Psychiatrische Praxis 35 (6), S. 271–278. DOI: 10.1055/s-2007-986351. 2008.

928. Schonebaum AD, Boyd JK, Dudek KJ. A comparison of competitive employment outcomes for the clubhouse and PACT models. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2006;57(10):1416-20 Pubmed

929. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ (Clinical research ed.) 2001;322(7280):204-8 Pubmed

930. McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. Administration and policy in mental health 2018;45(1):28-47 Pubmed Journal

931. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Becker DR. An update on supported employment for people with severe mental illness. Psychiatric services

(Washington, D.C.) 1997;48(3):335-46 Pubmed

932. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. Psychiatric rehabilitation journal 2008;31(4):280-90 Pubmed Journal

933. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of nervous and mental disease 2003;191(8):515-23 Pubmed

934. Campbell K, Bond GR, Drake RE. Who benefits from supported employment: a meta-analytic study. Schizophrenia bulletin 2011;37(2):370-80 Pubmed Journal

935. Bond GR, Salyers MP, Dincin J, Drake R, Becker DR, Fraser VV, et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. Journal of consulting and clinical psychology 2007;75(6):968-82 Pubmed

936. Drake RE, Bond GR, Becker DR. IPS supported employment: An evidence-based approach to supported employment. New York: Oxford University Press. 2012.

937. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und Gesundheitsstadt Berlin GmbH. Berlin. 2015. Website

938. Stengler K, Kauffeldt S, Theißing A, Bräuning-Edelmann M, Becker T. [Medical and vocational rehabilitation in rehabilitation facilities for people with mental illnesses in Germany: Analysis of admission and discharge data]. Der Nervenarzt 2015;86(5):603-8 Pubmed Journal

939. Doose S. Supported employment in Germany. In: J Vocat Rehabil 37, S. 195–202. 2012.

940. Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: State of the practice and policy implications. Psychiatric rehabilitation journal 2017;40(2):197-206 Pubmed Journal

941. Sveinsdottir V, Lie SA, Bond GR, Eriksen HR, Tveito TH, Grasdal AL, et al. Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. Scandinavian journal of work, environment & health 2020;46(1):50-59 Pubmed Journal

942. Jäckel D, Bechdolf A, Burkhardt E, Kallenbach M, Gamig M-L, Mößnang A, et al. Efficacy of Individual Placement and Support (IPS) on Employment, Education, and Training in Young Adults With Early Psychosis-A Randomized Controlled Trial. Brain and behavior 2025;15(5):e70469 Pubmed Journal

943. Bond GR, Al-Abdulmunem M, Marbacher J, Christensen TN, Sveinsdottir V, Drake RE. A Systematic Review and Meta-analysis of IPS Supported Employment for Young Adults with Mental Health Conditions. Administration and policy in mental health 2023;50(1):160-172 Pubmed Journal

944. Mernyi L, Hölzle P, Hamann J. Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten [Psychiatric Inpatient Treatment and Return to Work]. Psychiatr Prax. 2018 May;45(4):197-205. 2018. Journal

945. Blank D, Brieger P, Hamann J. Rückkehr an den Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung – Ein Scoping Review. In: Psychiatr Prax 48 (3), S. 119–126. 2021. Journal

946. Blank D, Lang A, Brucks A, Riedl L, Brieger P, Hamann J. [Return-to-Work - The Transition after Psychiatric Inpatient Treatment]. Psychiatrische Praxis 2023;50(7):344-352 Pubmed Journal

947. Stengler K, Rauschenbach J, Riedel-Heller SG, Becker T, Steinhart I, Gerlinger G, et al. Stengler, K.; Rauschenbach, J.; Riedel-Heller, S. G.; Becker, T.; Steinhart, I.; Gerlinger, G.; Hauth, I. (2016): DGPPN-Teilhabekompass zu beruflichen Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Der Nervenarzt 87 (11), S. 1144–1151. 2016. Journal

948. Brucks A, Blank D, Kohl M, Riedl L, Lang A, Brieger P, et al. [Development of a Return-to-work Intervention for Psychiatric Inpatients]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2023;85(4):298-304 Pubmed Journal

949. Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, et al. Supported employment for adults with severe mental illness. The

Cochrane database of systematic reviews 2013;2013(9):CD008297 Pubmed Journal

950. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 2014;171(11):1183-90 Pubmed Journal

951. Knapp M, Patel A, Curran C, Latimer E, Catty J, Becker T, et al. Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2013;12(1):60-8 Pubmed Journal

952. 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. The American journal of psychiatry 2016;173(10):1007-1014 Pubmed

953. Modini M, Tan L, Brinchmann B, Wang M-J, Killackey E, Glozier N, et al. Supported employment for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis of the international evidence. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;209(1):14-22 Pubmed Journal

954. Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, Ojajärvi A, Corbière M, Anema JR. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. The Cochrane database of systematic reviews 2017;9(9):CD011867 Pubmed Journal

955. de Winter L, Couwenbergh C, van Weeghel J, Sanches S, Michon H, Bond GR. Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. Epidemiology and psychiatric sciences 2022;31:e50 Pubmed Journal

956. Wallstroem IG, Pedersen P, Christensen TN, Hellström L, Bojesen AB, Stenager E, et al. A Systematic Review of Individual Placement and Support, Employment, and Personal and Clinical Recovery. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2021;72(9):1040-1047 Pubmed Journal

957. Kukla M, Bond GR, Xie H. A prospective investigation of work and nonvocational outcomes in adults with severe mental illness. The Journal of nervous and mental disease 2012;200(3):214-22 Pubmed Journal

958. Burns T, White SJ, Catty J, . Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial. International review of psychiatry (Abingdon, England) 2008;20(6):498-502 Pubmed Journal

959. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet (London, England) 2007;370(9593):1146-52 Pubmed

960. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. Acta psychiatrica Scandinavica 2012;125(2):157-67 Pubmed Journal

961. Jäckel D, Kupper Z, Glauser S, Mueser KT, Hoffmann H. Effects of Sustained Competitive Employment on Psychiatric Hospitalizations and Quality of Life. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2017;68(6):603-609 Pubmed Journal

962. Kidd SA, Kaur J, Virdee G, George TP, McKenzie K, Herman Y. Cognitive remediation for individuals with psychosis in a supported education setting: a randomized controlled trial. Schizophrenia research 2014;157(1-3):90-8 Pubmed Journal

963. Crowther R, Marshall M, Bond G, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2001;2001(2):CD003080 Pubmed

964. Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. Schizophrenia research 2011;126(1-3):265-9 Pubmed Journal

965. Smith MJ, Fleming MF, Wright MA, Roberts AG, Humm LB, Olsen D, et al. Virtual reality job interview training and 6-month employment outcomes for individuals with schizophrenia seeking employment. Schizophrenia research 2015;166(1-3):86-91 Pubmed Journal

966. Smith MJ, Ginger EJ, Wright M, Wright K, Boteler Humm L, Olsen D, et al. Virtual reality job interview training for individuals with psychiatric disabilities. The Journal of nervous and mental disease 2014;202(9):659-67 Pubmed Journal

967. Tsang MMY, Man DWK. A virtual reality-based vocational training system (VRVTS) for people with schizophrenia in vocational rehabilitation.

Schizophrenia research 2013;144(1-3):51-62 Pubmed Journal

968. Bond GR, Resnick SG, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Bebout RR. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness?. Journal of consulting and clinical psychology 2001;69(3):489-501 Pubmed

969. Rüesch P, Graf J, Meyer PC, Rössler W, Hell D. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2004;39(9):686-94 Pubmed

970. Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1998;33(12):624-31 Pubmed

971. Watzke S, Galvao A, Brieger P. Vocational rehabilitation for subjects with severe mental illnesses in Germany. A controlled study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2009;44(7):523-31 Pubmed Journal

972. Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. Schizophr Res . 2011 Mar;126(1-3):265-9. 2011. Journal

973. Haerlin C. Beschäftigungstherapie nach Akutstadium. In: Janz H. W. Jentschura G (Hg.): Beschäftigungstherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 106–119. 1979.

974. Reker T. Psychiatrische Arbeitstherapie - Konzepte, Praxis und wissenschaftliche Ergebnisse. In: Psychiat Prax 26, Sonderheft 1, S. S12-S15. 1999.

975. Längle G, Köster M, Mayenberger M, Günthner A. Der therapeutische Arbeitsversuch - Eine Annäherung an die Arbeitswelt für Psychiatriepatienten. In: Psychiat Prax 27, S. 176–182. 2000.

976. Wiedl KH, Kemper K, Längle G, Höhl W, Salize HJ, Machleidt W, et al. Arbeitstherapie bei schizophrenen Patienten: keine oder doch differenzielle Effekte?. In: Psychiatrische Praxis 33 (8), S. 383–389. 2006. Journal

977. Bayer W, Köster M, Salize HJ, Höhl W, Machleidt W, Wiedl K. Längerfristige Auswirkungen stationärer arbeits--und ergotherapeutischer Maßnahmen auf die berufliche Integration schizophrener Patienten. In: Psychiatrische Praxis 35 (4), S. 170–174. 2008. Journal

978. Reker T, Eikelmann B, Schonauer H, Folkerts H. Arbeitsrehabilitation chronisch psychisch Kranker. Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über 3 Jahre. In: Psychiat Prax 25, S. 76–82.

979. Reker T. Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte. Forschungsbericht 257, Sozialforschung. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Bonn 1996.

980. Reker T, Eikelmann B. Work therapy for schizophrenic patients: results of a 3-year prospective study in Germany. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 1997;247(6):314-9 Pubmed

981. 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. Schizophrenia bulletin 2005;31(4):898-909 Pubmed

982. 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 Pubmed Journal

983. McGurk SR, Mueser KT, Feldman K, Wolfe R, Pascaris A. Cognitive training for supported employment: 2-3 year outcomes of a randomized controlled trial. The American journal of psychiatry 2007;164(3):437-41 Pubmed

984. McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Welsh J, Kaiser S, Drake RE, et al. Cognitive Enhancement Treatment for People With Mental Illness Who Do Not Respond to Supported Employment: A Randomized Controlled Trial. The American journal of psychiatry 2015;172(9):852-61 Pubmed Journal

985. Bell MD, Zito W, Greig T, Wexler BE. Neurocognitive enhancement therapy with vocational services: work outcomes at two-year follow-up. Schizophrenia research 2008;105(1-3):18-29 Pubmed Journal

986. Au DWH, Tsang HWH, So WWY, Bell MD, Cheung V, Yiu MGC, et al. Effects of integrated supported employment plus cognitive remediation training for people with schizophrenia and schizoaffective disorders. Schizophrenia research 2015;166(1-3):297-303 Pubmed Journal

987. McGurk SR, Mueser KT, DeRosa TJ, Wolfe R. Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. Schizophrenia bulletin 2009;35(2):319-35 Pubmed Journal

988. Bell MD, Choi K-H, Dyer C, Wexler BE. Benefits of cognitive remediation and supported employment for schizophrenia patients with poor community functioning. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2014;65(4):469-75 Pubmed Journal

989. Mueser KT, Aalto S, Becker DR, Ogden JS, Wolfe RS, Schiavo D, et al. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2005;56(10):1254-60 Pubmed

990. Tsang HWH, Fung KMT, Leung AY, Li SMY, Cheung WM. Three year follow-up study of an integrated supported employment for individuals with severe mental illness. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2010;44(1):49-58 Pubmed Journal

991. Lecomte T, Corbière M, Lysaker PH. [A group cognitive behavioral intervention for people registered in supported employment programs: CBT-SE]. L'Encephale 2014;40 Suppl 2:S81-90 Pubmed Journal

992. Bejerholm U, Larsson ME, Johanson S. Supported employment adapted for people with affective disorders-A randomized controlled trial. Journal of affective disorders 2017;207:212-220 Pubmed Journal

993. Vázquez-Estupiñán MF, Durand-Arias S, Astudillo-García CV, Madrigal de León EA. Effectiveness of augmented Individual Placement and Support interventions for competitive employment in people with schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. In: Salud Mental 41 (4), S. 187–197. 2018. Journal

994. McGurk SR, Mueser KT, Xie H, Feldman K, Shaya Y, Klein L, et al. Cognitive remediation for vocational rehabilitation nonresponders. Schizophrenia research 2016;175(1-3):48-56 Pubmed Journal

995. Kraft K, Stange R. Lehrbuch Naturheilverfahren. Stuttgart: Hippokrates Verlag. 2010.

996. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis . 2006 Apr;3(2):A42. Epub 2006 Mar 15. 2006.

997. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, Mental Illness, and Public Health. Annual review of public health 2017;38:165-185 Pubmed Journal

998. Silverstein SM, Bellack AS. A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. Clinical psychology review 2008;28(7):1108-24 Pubmed Journal

999. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2021;55(1):7-117 Pubmed Journal

1.000. Schienkiewitz A, Walter U. Glossar. In: Schwartz FW et al. (Hrsg): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer. 2003.

1.001. Degener A, Hölter G, Deimel H. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung ; mit 118 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl. 2011.

1.002. Abel T. Gesundheitsrelevante Lebensstile. In: Maeder C. et al.: Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit. Zürich: Seismo-Verlag, S. 43-61. 1999.

1.003. Franke A, Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag. 1997.

1.004. AWMF 2021. S3-Leitlinie Screening, Diagnostik und Behandlung alkoholbezogener Störungen. 2021.

1.005. AWMF. S3-Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas. 2024.

1.006. AWMF. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. 2018.

1.007. Murray RM, Quattrone D, Natesan S, van Os J, Nordentoft M, Howes O, et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics?. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2016;209(5):361-365 Pubmed

1.008. Urness D, Parker NJ, Rapoport MJ, Wilkes TCR. Choosing Wisely: Wise Choices in Psychiatry. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2016;61(11):700-704 Pubmed

1.009. AWMF. S3-Leitlinie Schizophrenie - Living Guideline. Registernummer 038 - 009 2025.

1.010. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. American journal of health promotion : AJHP 1997;12(1):38-48 Pubmed

1.011. Weinstein ND, Lyon JE, Sandman PM, Cuite CL. Experimental evidence for stages of health behavior change: the precaution adoption process model applied to home radon testing. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association 1998;17(5):445-53 Pubmed

1.012. Fitzgerald N, Spaccarotella K. Barriers to a Healthy Lifestyle: From Individuals to Public Policy—An Ecological Perspective. In: The Journal of Extension 47 (1), S. 1. 2009.

1.013. Marx W, Manger SH, Blencowe M, Murray G, Ho FY-Y, Lawn S, et al. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2023;24(5):333-386 Pubmed Journal

1.014. Wolfram G, Bechthold A, Boeing H, Ellinger S, Hauner H, Kroke A, et al. Evidence-Based Guideline of the German Nutrition Society: Fat Intake and Prevention of Selected Nutrition-Related Diseases. Annals of nutrition & metabolism 2015;67(3):141-204 Pubmed Journal

1.015. Hauner H, Bechthold A, Boeing H, Brönstrup A, Buyken A, Leschik-Bonnet E, et al. Evidence-based guideline of the German Nutrition Society: carbohydrate intake and prevention of nutrition-related diseases. Annals of nutrition & metabolism 2012;60 Suppl 1:1-58 Pubmed Journal

1.016. Willett W, Rockström J, Loken B, Springmann M, Lang T, Vermeulen S, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. Lancet (London, England) 2019;393(10170):447-492 Pubmed Journal

1.017. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. British journal of sports medicine 2020;54(24):1451-1462 Pubmed Journal

1.018. US Department of Health and Human Science. Physical Activity Guidelines for Americans. 2008. Website

1.019. Södlerlund A, Fischer A, Johansson T. Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. Perspectives in public health 2009;129(3):132-42 Pubmed

1.020. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction (Abingdon, England) 2004;99(1):29-38 Pubmed

1.021. Verhaeghe N, De Maeseneer J, Maes L, Van Heeringen C, Annemans L. Effectiveness and cost-effectiveness of lifestyle interventions on physical activity and eating habits in persons with severe mental disorders: a systematic review. The international journal of behavioral nutrition and physical activity 2011;8:28 Pubmed Journal

1.022. Burrows T, Teasdale S, Rocks T, Whatnall M, Schindlmayr J, Plain J, et al. Cost effectiveness of dietary interventions for individuals with mental disorders: A scoping review of experimental studies. Nutrition & dietetics : the journal of the Dietitians Association of Australia 2022;79(3):291-302 Pubmed Journal

1.023. Fernández Guijarro S, Pomarol-Clotet E, Rubio Muñoz MC, Miguel García C, Egea López E, Fernández Guijarro R, et al. Effectiveness of a community-based nurse-led lifestyle-modification intervention for people with serious mental illness and metabolic syndrome. International journal of mental health nursing 2019;28(6):1328-1337 Pubmed Journal

1.024. Masa-Font R, Fernández-San-Martín MI, Martín López LM, Alba Muñoz AM, Oller Canet S, Martín Royo J, 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. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2015;30(8):1028-36 Pubmed Journal

1.025. Conn A, Bourke N, James C, Haracz K. Occupational therapy intervention addressing weight gain and obesity in people with severe mental illness: A scoping review. Australian occupational therapy journal 2019;66(4):446-457 Pubmed Journal

1.026. Fernández-San-Martín MI, Martín-López LM, Masa-Font R, Olona-Tabueña N, Roman Y, Martin-Royo J, et al. The effectiveness of lifestyle interventions to reduce cardiovascular risk in patients with severe mental disorders: meta-analysis of intervention studies. Community mental health journal 2014;50(1):81-95 Pubmed Journal

1.027. Pape LM, Adriaanse MC, Kol J, van Straten A, van Meijel B. Patient-reported outcomes of lifestyle interventions in patients with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2022;22(1):261 Pubmed Journal

1.028. Mucheru D, Hanlon M-C, McEvoy M, Thakkinstian A, MacDonald-Wicks L. Comparative efficacy of lifestyle intervention strategies targeting weight outcomes in people with psychosis: a systematic review and network meta-analysis. JBI database of systematic reviews and implementation reports 2019;17(9):1770-1825 Pubmed Journal

1.029. Speyer H, Jakobsen AS, Westergaard C, Nørgaard HCB, Jørgensen KB, Pisinger C, et al. Lifestyle Interventions for Weight Management in People with Serious Mental Illness: A Systematic Review with Meta-Analysis, Trial Sequential Analysis, and Meta-Regression Analysis Exploring the Mediators and Moderators of Treatment Effects. Psychotherapy and psychosomatics 2019;88(6):350-362 Pubmed Journal

1.030. Bruins J, Jörg F, Bruggeman R, Slooff C, Corpeleijn E, Pijnenborg M. 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 Pubmed Journal

1.031. 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. Schizophrenia research 2012;140(1-3):159-68 Pubmed Journal

1.032. Bonfioli E, Berti L, Goss C, Muraro F, Burti L. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC psychiatry 2012;12:78 Pubmed Journal

1.033. Koomen LEM, van der Horst MZ, Deenik J, Cahn W. Lifestyle interventions for people with a severe mental illness living in supported housing: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:966029 Pubmed Journal

1.034. Halstead S, Yap CX, Warren N, Agarwal SM, Brand BA, Chan SKW, et al. Holistic prevention and management of physical health side-effects of psychotropic medication: second report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission. The lancet. Psychiatry 2025;12(9):673-699 Pubmed Journal

1.035. Mueller-Stierlin AS, Mötteli S, Hotzy F, Mörkl S, Burrows T, Ardill-Young O, et al. Feasibility of a multifaceted nutrition-risk screening tool for mental health settings: the NutriMental screener. The British journal of nutrition 2026;135(5):559-566 Pubmed Journal

1.036. Teasdale SB, Ardill-Young O, Crawford P, Gould P, Hennessy E, Inall B, et al. Feasibility of a targeted nutrition-risk screening tool in Australian mental health services: The NutriMental screener. Nutrition & dietetics : the journal of the Dietitians Association of Australia 2025;82(4):392-402 Pubmed Journal

1.037. Bänzinger S, Hegedüs A, Burr C. Der Einsatz des Gesundheitsförderungsprofils Psychiatrie GEPPSY zur Erhebung körperlicher Gesundheitsrisiken von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im ambulanten Setting. In: Pfle.Wiss 18 (3/4). 2016. Journal

1.038. Bos D, Gray R, Meepring S, White J, Foland K, Bressington D. The Health Improvement Profile for people with severe mental illness: Feasibility of a secondary analysis to make international comparisons. Journal of psychiatric and mental health nursing 2022;29(1):86-98 Pubmed Journal

1.039. Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. The Journal of clinical psychiatry 2014;75(9):964-74 Pubmed Journal

1.040. Knobloch J, Fritz A. Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegungsprogrammen. In: Hölter G (Hg.): In Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Reihe «Motorik«. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann, S. 3–51. 1993.

1.041. Markser VZ. Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen. Forschungsstand und Praxisempfehlungen; mit ... 21 Tabellen. Stuttgart: Schattauer Verlag. 2015. Website

1.042. Haltenhof H, Brack M. Therapie psychischer Störungen durch Bewegungstherapie. In: Phys Rehab Kur Med 14 (4), S. 200–206. 2004. Journal

1.043. Hölter G. Selbstverständnis, Ziele und Inhalte der Mototherapie. In: Hölter, G (Hrsg): Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Schorndorf: Karl Hoffmann; S. 12-33 (Motorik). 1993.

1.044. Huber G, Schüle K. Grundlagen der Sporttherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 2., überarb. Aufl. München [u.a.]: Elsevier, Urban & Fischer. 2004.

1.045. Heimbeck A. Bewegungsorientierte Interventionen und depressive Erkrankungen. Unter Mitarbeit von Technische Universität Dortmund. Technische Universität Dortmund. 2008.

1.046. Hölter G. In Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung. Reihe «Motorik«. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann. 1993.

1.047. Röhricht F. Body-oriented Psychotherapy in Mental Illness. A Manual for Research and Practice. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe. 2000.

1.048. Petersen J, Palic S, Nyboe L, Schuster M, Videbech P, Midtgaard J. Physical activity in the management of borderline personality disorder: A scoping review. Psychiatry research 2025;350:116535 Pubmed Journal

1.049. Coles A, Maksyutynska K, Knezevic D, Agarwal SM, Strudwick G, Dunbar JA, et al. Peer-facilitated interventions for improving the physical health of people with schizophrenia spectrum disorders: systematic review and meta-analysis. The Medical journal of Australia 2022;217 Suppl 7:S22-S28 Pubmed Journal

1.050. Sawyer C, McKeon G, Hassan L, Onyweaka H, Martinez Agulleiro L, Guinart D, et al. Digital health behaviour change interventions in severe mental illness: a systematic review. Psychological medicine 2023;53(15):6965-7005 Pubmed Journal

1.051. Richardson CR, Faulkner G, McDevitt J, Skrinar GS, Hutchinson DS, Piette JD. Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2005;56(3):324-31 Pubmed

1.052. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. Psychological medicine 1999;29(3):697-701 Pubmed

1.053. Davidson S, Judd F, Jolley D, Hocking B, Thompson S, Hyland B. Cardiovascular risk factors for people with mental illness. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2001;35(2):196-202 Pubmed

1.054. Elmslie JL, Mann JI, Silverstone JT, Williams SM, Romans SE. Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. The Journal of clinical psychiatry 2001;62(6):486-91; quiz 492-3 Pubmed

1.055. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2018;54:124-144 Pubmed Journal

1.056. Bredin SSD, Kaufman KL, Chow MI, Lang DJ, Wu N, Kim DD, et al. Effects of Aerobic, Resistance, and Combined Exercise Training on Psychiatric Symptom Severity and Related Health Measures in Adults Living With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in cardiovascular medicine 2021;8:753117 Pubmed Journal

1.057. Korman N, Armour M, Chapman J, Rosenbaum S, Kisely S, Suetani S, et al. High Intensity Interval training (HIIT) for people with severe mental illness: A systematic review & meta-analysis of intervention studies- considering diverse approaches for mental and physical recovery. Psychiatry research 2020;284:112601 Pubmed Journal

1.058. Firth J, Cotter J, Carney R, Yung AR. The pro-cognitive mechanisms of physical exercise in people with schizophrenia. British journal of pharmacology 2017;174(19):3161-3172 Pubmed Journal

1.059. Pajonk F-G, Wobrock T, Gruber O, Scherk H, Berner D, Kaizl I, et al. Hippocampal plasticity in response to exercise in schizophrenia. Archives of general psychiatry 2010;67(2):133-43 Pubmed Journal

1.060. Lin J, Chan SK, Lee EH, Chang WC, Tse M, Su WW, et al. Aerobic exercise and yoga improve neurocognitive function in women with early psychosis. NPJ schizophrenia 2015;1(0):15047 Pubmed Journal

1.061. Kim H-J, Song B-K, So B, Lee ON, Song W, Kim Y. Increase of circulating BDNF levels and its relation to improvement of physical fitness following 12 weeks of combined exercise in chronic patients with schizophrenia: a pilot study. Psychiatry research 2014;220(3):792-6 Pubmed

1.062. Martin H, Beard S, Clissold N, Andraos K, Currey L. Combined aerobic and resistance exercise interventions for individuals with schizophrenia: A systematic review. In: Mental Health and Physical Activity 12 (2), S. 147–155. 2017. Journal

1.063. Scheewe TW, Backx FJG, Takken T, Jörg F, van Strater ACP, Kroes AG, et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. Acta psychiatrica Scandinavica 2013;127(6):464-73 Pubmed Journal

1.064. Scheewe TW, van Haren NEM, Sarkisyan G, Schnack HG, Brouwer RM, de Glint M, et al. Exercise therapy, cardiorespiratory fitness and their effect on brain volumes: a randomised controlled trial in patients with schizophrenia and healthy controls. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2013;23(7):675-85 Pubmed Journal

1.065. Scheewe TW, Takken T, Kahn RS, Cahn W, Backx FJG. Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. Medicine and science in sports and exercise 2012;44(10):1834-42 Pubmed Journal

1.066. Marzolini S, Jensen B, Melville P. Feasibility and effects of a group-based resistance and aerobic exercise program for individuals with severe schizophrenia. A multidisciplinary approach. In: Mental Health and Physical Activity 2 (1), S. 29–36. 2009. Journal

1.067. Silva BAE, Cassilhas RC, Attux C, Cordeiro Q, Gadelha AL, Telles BA, et al. A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999) 2015;37(4):271-9 Pubmed Journal

1.068. Ho RTH, Fong TCT, Wan AHY, Au-Yeung FSW, Wong CPK, Ng WYH, et al. A randomized controlled trial on the psychophysiological effects of physical exercise and Tai-chi in patients with chronic schizophrenia. Schizophrenia research 2016;171(1-3):42-9 Pubmed Journal

1.069. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A, Geddes J. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry 2014;14:117 Pubmed Journal

1.070. Beebe LH, Smith K, Burk R, McIntyre K, Dessieux O, Tavakoli A, et al. Effect of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorders. Community mental health journal 2011;47(6):628-36 Pubmed Journal

1.071. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. Journal of psychiatric research 2016;77:42-51 Pubmed Journal

1.072. Schuch FB, Vancampfort D, Rosenbaum S, Richards J, Ward PB, Stubbs B. Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. Psychiatry research 2016;241:47-54 Pubmed Journal

1.073. Danielsson L, Noras AM, Waern M, Carlsson J. Exercise in the treatment of major depression: a systematic review grading the quality of evidence. Physiotherapy theory and practice 2013;29(8):573-85 Pubmed Journal

1.074. Firth J, Cotter J, Elliott R, French P, Yung AR. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients.

Psychological medicine 2015;45(7):1343-61 Pubmed Journal

1.075. Brondino N, Rocchetti M, Fusar-Poli L, Codrons E, Correale L, Vandoni M, et al. A systematic review of cognitive effects of exercise in depression. Acta psychiatrica Scandinavica 2017;135(4):285-295 Pubmed Journal

1.076. Broderick J, Vancampfort D. Yoga as part of a package of care versus non-standard care for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2019;4(4):CD012807 Pubmed Journal

1.077. Broderick J, Vancampfort D. Yoga as part of a package of care versus standard care for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2017;9(9):CD012145 Pubmed Journal

1.078. Broderick J, Crumlish N, Waugh A, Vancampfort D. Yoga versus non-standard care for schizophrenia. The Cochrane database of systematic reviews 2017;9(9):CD012052 Pubmed Journal

1.079. Röhricht F. Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice. A clinical perspective. In: Body, Movement and Dance in Psychotherapy 4 (2), S. 135–156. 2009. Journal

1.080. May PR, Wexler M, Salkin J, Schoop T. Non-verbal techniques in the re-establishment of body image and self identity – a preliminary report. In: Res Rep, S. 68–82. 1963.

1.081. Goertzel V, May PR, Salkin J, Schoop T. Body-ego technique: an approach to the schizophrenic patient. The Journal of nervous and mental disease 1965;141(1):53-60 Pubmed

1.082. Nitsun M, Stapleton JH, Bender MP. Movement and drama therapy with long-stay schizophrenics. The British journal of medical psychology 1974;47(2):101-19 Pubmed

1.083. Rosendahl S, Sattel H, Lahmann C. Effectiveness of Body Psychotherapy. A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in psychiatry 2021;12:709798 Pubmed Journal

1.084. Maurer-Groeli YA. Körperzentrierte Gruppenpsychotherapie bei akut schizophren Erkrankten. In: Arch F Psychiatr U Z Neur 221 (3), S. 259–271. 1976. Journal

1.085. Maurer-Groeli YA. [Group therapy with schizophrenics. Introduction and theory of body-centered group psychotherapy with schizophrenic patients]. Schweizer Archiv fur Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie = Archives suisses de neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie 1975;117(2):309-24 Pubmed

1.086. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bonn (Bundestagsdrucksache 7/42000 und 7/4202). 1975.

1.087. Rodewischer Thesen. Die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation. In: Zeitschrift für gesellschaftliche Hygiene, S. 61–65. 1965.

1.088. Salize HJ, Rössler W, Becker T. Mental health care in Germany: current state and trends. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2007;257(2):92-103 Pubmed

1.089. Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2022. Hg. v. Statistisches Bundesamt (Destatis). 2023. Website

1.090. Bundesgesetzblatt. Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Teil I Nr 63 ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2016. Bundesministerium für Gesundheit. 2016. Website

1.091. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000. 2023. Website

1.092. Koch-Stoecker S, Driessen M, Gouzoulis-Mayfrank E, Pollmächer T. Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. In: Psychiatr Prax 43 (3), S. 129–130. 2016. Journal

1.093. REHADAT. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK). 2022. Website

1.094. BAGüS. Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2021. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. 2021. Website

1.095. UN. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Germany. CRPD/C/DEU/CO/1. Hg. v. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations. 2015. Website

1.096. Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Bundesteilhabegesetz – BTHG. Hg. v. Bundesregierung. BT-Drucksache 18/9522, S. 88-367. 2016. Website

1.097. Voigtländer W, Eichenbrenner I, Lehmkuhl D, Rosemann M, Rossmanith P. Psychiatrie ohne Zwang – den Zwang ausschließen oder Patient:innen?. In: Der Nervenarzt 95 (5), S. 474–479. 2024. Journal

1.098. Heinz A, Müller S. Zwang reduzieren und psychisch erkrankte Personen nicht in Gefängnisse verschieben oder der Obdachlosigkeit überlassen. In: Der Nervenarzt 95 (5), S. 480–481. 2024. Journal

1.099. Steinert T. Grundrechte begrenzen sich gegenseitig. In: Der Nervenarzt 95 (5), S. 482–483. 2024. Journal

1.100. Deutscher Bundestag. Gesetzesbegründung. Fundstelle: BT-Drucksache 18/9522, 188–367. In: Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG). 2016.

1.101. Rosemann M. BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit. Köln: Psychiatrie Verlag. 2018.

1.102. WHO. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Hg. v. Weltgesundheitsorganisation. 2005. Website

1.103. Borbé R, Steinhart I, Wienberg G. Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells. In: Steinhart, I.; Wienberg, G. (Hrsg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag; S. 278-298. 2017.

1.104. Kupka P, Gühne U. Das Teilhabechancengesetz im SGB II. Arbeitsmarktpolitik (auch) für psychisch kranke Menschen?. In: Psychiatr Prax 48 (1), S. 5–7. 2021. Journal

1.105. Konrad M, Gühne U. Die Mobile psychiatrische Rehabilitation als zentraler Baustein in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In: Psychiatr Prax 50 (6), S. 287–289. 2023. Journal

1.106. Gottlob M, Holzke M, Raschmann S, Bechdolf A, Borbé R, Brieger P. Stationsäquivalente Behandlung – Wie geht das? Umsetzungsstrategien aus acht psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen in Deutschland. In: Psychiatr Prax 49 (4), S. 188–197. 2022. Journal

1.107. Schwarz J, Bechdolf A, Hirschmeier C, Hochwarter S, Holthoff-Detto V, Mühlensiepen F. „Ich sehe es tatsächlich als Zwischenschritt" – eine qualitative Analyse der Implementierungsbedingungen und -hürden von Stationsäquivalenter Behandlung in Berlin und Brandenburg. In: Psychiatr Prax 48 (4), S. 193–200. 2021. Journal

1.108. Schwarz J, Hemmerling J, Kabisch N, Galbusera L, Heinze M, von Peter S, et al. Equal access to outreach mental health care? Exploring how the place of residence influences the use of intensive home treatment in a rural catchment area in Germany. BMC psychiatry 2022;22(1):826 Pubmed Journal

1.109. Weinmann S, Bechdolf A, Greve N. Psychiatrische Krisenintervention zu Hause. Das Praxisbuch zu StäB & Co. Psychiatrie Verlag. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. 2021.

1.110. Bernot S. Nach der Reform ist vor der Reform – Menschenrechtliche Schlaglichter auf die Betreuungsrechtsreform. In: Recht & Psychiatrie 40 (3), 132 ff. 2022.

1.111. Brieger P, Menzel B. Die Reform des Betreuungsrechts aus psychiatrischer Sicht. Schwerpunkt : Betreuungsrechtsreform, 40 Jahrgang. In: Recht & Psychiatrie 40 (3). 2022.

1.112. Tinnemann P. Der Sozialpsychiatrische Dienst. 2020.

1.113. Albers M, Elgeti H. Fachliche Empfehlungen zu Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste. 1. Auflage. Hannover: Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland. 2018.

1.114. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart. 2018.

1.115. Dierks ML, Kofahl C. Die Rolle der gemeinschaftlichen Selbsthilfe in der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 62 (1), S. 17–25. 2019. Journal

1.116. Abderhalden C, Needham I, Wolff S, Sauter D. Auffassung von Pflege. In: Sauter, D.; Abderhalden, C.; Needham, I.; Wolff, S. Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Vol. 4. vollst. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 56-67: Hogrefe Verlag. 2023.

1.117. Behrens J. Theorie der Pflege und der Therapie: Grundlagen für Pflege–und Therapieberufe. Hogrefe Verlag 2019.

1.118. Taylor SG, Renpenning K. Selbstpflege: Wissenschaft, Pflegetheorie und evidenzbasierte Praxis. Hofmann Verlag 2013.

1.119. ICN. Guidelines on mental health nursing. International Council of Nurses. 2024. Website

1.120. Lakeman R. What is good mental health nursing? A survey of Irish nurses. In: Archives of Psychiatric Nursing 26 (3), S. 225–231. 2012. Journal

1.121. Richter D, Schwarze T, Hahn S. Was ist gute Psychiatrische Pflege?. In: Psych Pflege 20 (03), S. 125–131. 2014.

1.122. Sauter D, Needham I, Abderhalden C, Wolff S, Ahrens RC, Amberger S. Lehrbuch psychiatrische Pflege. Unter Mitarbeit von Patrick Muijsers. Hogrefe Verlag. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe. 2023.

1.123. Dickens GL, Al Maqbali M, Blay N, Hallett N, Ion R, Lingwood L, et al. Randomized controlled trials of mental health nurse-delivered interventions: A systematic review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2023;30(3):341-360 Pubmed Journal

1.124. Sauter D, Löhr M, Scheydt S, Anderl-Doliwa B, Vilsmeier F. Die Tätigkeiten der Pflege in der klinischen Erwachsenpsychiatrie und Psychosomatik–ein Update. In: Pflege & Gesellschaft (4). 2020.

1.125. Verbändedialog Psychiatrische Pflege. Pflegetätigkeiten in der klinischen Erwachsenenpsychiatrie. 2024. Website

1.126. Gühne U, Schulz M, Nienhaber A, Rogge S, Riedel-Heller SG. Herausforderungen in der Versorgung schwer psychisch kranker Menschen. In Pflege-Report, S. 139-154: Springer Berlin. 2022.

1.127. Happell B, Furness T, Jacob A, Stimson A, Curtis J, Watkins A, et al. Nurse-Led Physical Health Interventions for People with Mental Illness: A Scoping Review of International Literature. Issues in mental health nursing 2023;44(6):458-473 Pubmed Journal

1.128. Jönsson PD, Nunstedt H, Berglund IJ, Ahlström BH, Hedelin B, Skärsäter I, et al. Problematization of perspectives on health promotion and empowerment in mental health nursing--within the research network "MeHNuRse" and the Horatio conference, 2012. International journal of qualitative studies on health and well-being 2014;9:22945 Pubmed Journal

1.129. Santangelo P, Procter N, Fassett D. Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care?. International journal of mental health nursing 2018;27(1):258-266 Pubmed Journal

1.130. Scheydt S, Hegedüs A. Tasks and activities of Advanced Practice Nurses in the psychiatric and mental health care context: A systematic review and thematic analysis. International journal of nursing studies 2021;118:103759 Pubmed Journal

1.131. Serobatse MB, Du Plessis E, Koen MP. Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health treatment: a systematic review. In: Health SA Gesondheid 19 (1), S. 1–10. 2014.

1.132. Wabnitz P, Löhr M, Schulz M, Nienaber A, Oppermann G, Sauter D. Perspektiven und Chancen für pflegerisch-psychotherapeutische Interventionen in der stationären psychiatrischen Behandlung. In: Psychiatr Prax 46 (3), S. 156–161. 2019. Journal

1.133. Ameel M, Kontio R, Välimäki M. Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. Journal of psychiatric and mental health nursing 2019;26(9-10):301-322 Pubmed Journal

1.134. Voss M. Alternative stationäre Behandlungskonzepte - Soteria & Co. In: Steinhart, I; Wienberg, G (Hrsg.): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag: S. 164-177. 2017.

1.135. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluiter H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. Health technology assessment (Winchester, England) 2001;5(21):1-75 Pubmed

1.136. GKV-Spitzenverband. Gemeinsame Empfehlungen zur mobilen Rehabilitation. 2021. Website

1.137. Witzmann M, Keller K, Kraus E. ICF-basierte Förder- und Teilhabeplanung für psychisch kranke Menschen. Wissen und Kontroversen zu ICF mit Beispielen aus der Praxis. Unter Mitarbeit von Lea Elixmann. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe (Programmbereich Psychiatrie und Psychotherapie). 2023.

1.138. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. RPK Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen. 2005.

1.139. Welti F. Medizinische Rehabilitation. In: Deinert, O. et al. (Hg.): Stichwort Kommentar Behindertenrecht. Arbeits- und Sozialrecht, Öffentliches Recht, Zivilrecht. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos, S. 1040–1059. 2022.

1.140. Walburg D, Plieninger A. Mobile medizinische Rehabilitation. Eine bislang verhinderte Ressource in der Gemeindepsychiatrie. In: Kerbe (2). 2023. Website

1.141. Weinmann S, Gaebel W. Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. In: Nervenarzt 76, S. 809–821. 2005.

1.142. Stengler K, Becker T, Riedel-Heller SG. Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Fortschr Neurol Psychiatr 82, S. 43–53. 2014.

1.143. Salize H, Schuh C, Krause M, Reichenbacher M, Stamm K, Längle G. Senken arbeitsrehabilitative Maßnahmen während stationärpsychiatrischer Behandlung langfristig die Versorgungskosten von Patienten mit Schizophrenie?. In: Psychiat Prax 34 (5), S. 246–248. 2007. Journal

1.144. Storck J, Plößl I. Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben. 3. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag. 2015.

1.145. Hallwachs H. Potenziale Beruflicher Trainingszentren. Teilnehmerzentrierte berufliche Rehabilitation psychisch behinderter Menschen. In: Rehabilitation 42, S. 301–313. 2003.

1.146. Stengler K, Rauschenbach J. Teilhabekompass Berufliche Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin. 2017.

1.147. Oschmiansky F, Popp S, Riedel-Heller SG, Schwarzbach M, Gühne U, Kupka P. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. IAB-Forschungsbericht, 14/2017. Hg. v. IAB. Nürnberg. 2017.

1.148. Stengler K, Becker T. Supported Employment – ein falsches Konzept für Deutschland. Kontra. In: Psych Prax 43, S. 243–244. 2016.

1.149. Stengler K, Hoffmann H. Teilhabe am Arbeitsleben? Warum es in Deutschland bisher nicht gelungen ist, Supported Employment in der Regelversorgung zu etabliieren. In: Kerbe 2, S. 30–32. 2017.

1.150. Hoffmann H. Supported Employment - Erst platzieren, dann trainieren. In: Steinhart, I; Wienberg, G (Hrsg): Rundum ambulant. Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 246-260. 2017.

1.151. Hussenoeder FS, Koschig M, Conrad I, Gühne U, Pabst A, Kühne S-E, et al. Leipzig - Individual Placement and Support for people with mental illnesses (LIPSY): study protocol of a randomized controlled trial. BMC psychiatry 2021;21(1):410 Pubmed Journal

1.152. Jäckel D, Willert A, Brose A, Leopold K, Nischk D, Senner S, et al. Enhancing educational and vocational recovery in adolescents and young adults with early psychosis through Supported Employment and Education (SEEearly): study protocol for a multicenter randomized controlled trial. Trials 2023;24(1):440 Pubmed Journal

1.153. Stemmler C, Pralle C. RUBIKON – die Kontaktstelle für berufliche Bera-tung und Erprobung. In: Soziale Psychiatrie 47 (4), S. 20. 2023.

1.154. BMAS. Studie zu einem transparenten, nachhaltigen und zukunftsfähigen Entgeltsystem für Menschen mit Behinderungen in Werkstätten für behinderte Menschen und deren Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Forschungsbericht 626 2023. Website

1.155. Konrad M. Die Assistenzleistung. Die universelle Fachleistung der Eingliederungshilfe. 2nd ed. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen). 2022. Website

1.156. Konrad M, Dellmann S. Rehabilitation und Teilhabe wie aus einer Hand. Vom Gesetz zur Praxis. 1. Auflage 2021. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen). 2021. Website

1.157. Zuaboni G, Burr C, Winter A, Schulz M. Recovery und psychische Gesundheit. Grundlagen und Praxisprojekte. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag 2019.

1.158. DVfR. Positionspapier der DVfR zur Gesundheitssorge – Erhalt und Förderung von Gesundheit für Menschen mit Behinderungen unter besonderer Berücksichtigung der Eingliederungshilfe. 2021. Website

1.159. Steinhart I, Wienberg G. Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. In: Psychiatr Prax 41 (4), S. 179–181. 2014. Journal

1.160. Steinhart I, Wienberg G. Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. In: Psychiatr Prax 43, S. 65–68. 2016.

1.161. Wienberg G, Steinhart I. Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. In: Psychiatr Prax 47 (1), S. 9–15. 2020. Journal

1.162. Schwedhelm J, Frank M, Conrad I, Seyde T, Steinhart I, Riedel-Heller S, et al. [LeiP#netz - Leipziger Psychiatrie Netzwerk - A Pilot Project to Implement the Functional Basic Model by Steinhart and Wienberg in a Defined Psychiatric Care Region]. Psychiatrische Praxis 2023;50(2):89-97 Pubmed Journal

1.163. BAR. Bundesteilhabegesetz kompakt „Bedarfsermittlung“. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Frankfurt am Main. 2021.

1.164. Aktion Psychisch Kranke e. V.. Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. 2003. Website

1.165. Rosemann M. Engagierte Leistungserbringer übernehmen regionale Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In: Schmidt-Zadel R, Kruckenberg P, Aktion Psychisch Kranke e. V (Hg.): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie.Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 84–93. 2009.

1.166. Angermeyer M, Riedel-Heller S, Roick C. Besonderheiten des deutschen psychosozialen Versorgungssystems aus psychiatrischer Perspektive. In: Koch U. Pawils S (Hg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart: Schattauer, S. 113–122. 2006.

1.167. Breilmann J, Kösters M. Versorgungsstrukturen und -angebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in zehn bayerischen Versorgungsregionen. Köln, Ulm: Psychiatrie Verlag; Universität Ulm (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften). 2022. Website

1.168. Damschroder L, Aron D, Keith R, Kirsh S, Alexander J, Lowery J. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. In: Implementation science : IS 4, S. 50. 2009. Journal

1.169. Powell BJ, McMillen JC, Proctor EK, Carpenter CR, Griffey RT, Bunger AC, et al. A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. Medical care research and review : MCRR 2012;69(2):123-57 Pubmed Journal

1.170. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. Implementation science : IS 2013;8:139 Pubmed Journal

1.171. Gaigl G, Täumer E, Merz K, Zöscher S, Wagner S, Kösters M, et al. Multifactorial barriers in the implementation of schizophrenia and psychosocial therapies guidelines: A quantitative study across different professions. Schizophrenia research 2021;228:425-434 Pubmed Journal

1.172. Breilmann J, Kilian R, Riedel-Heller SG, Gühne U, Hasan A, Falkai P, et al. Implementation of the patient version of the evidence-based (S3) guideline for psychosocial interventions for patients with severe mental illness (IMPPETUS): study protocol for a cluster randomised controlled trial. Trials 2020;21(1):275 Pubmed Journal

1.173. Fritz S, Kösters M, Allgöwer A, Becker T, Kilian R, Gühne U. Einfluss von Leitlinienempfehlungen, Versorgungsstrukturen und individuellen Faktoren auf die Inanspruchnahme von psychosozialen Therapien bei schwer psychisch kranken Menschen. In: Psychiatr Prax. DOI: 10.1055/a-2133-3527. 2023.

1.174. Richter D, Breilmann J, Becker T, Allgöwer A, Kilian R, Hasan A. Selbsthilfeangebote für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung – wer nutzt welches Format?. In: Der Nervenarzt 96 (1), S. 57–65. 2025. Journal

1.175. Selbmann H, Kopp I. Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. In: g. Psychiatrie, S. 33–38. 2005.

1.176. Grol R. Strategies for dissemination and implementation of clinical guidelines. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges. 1998.

1.177. Grol R, Grimshaw J. Evidence-based implementation of evidence-based medicine. The Joint Commission journal on quality improvement 1999;25(10):503-13 Pubmed

1.178. Gross PA, Greenfield S, Cretin S, Ferguson J, Grimshaw J, Grol R, et al. Optimal methods for guideline implementation: conclusions from Leeds Castle meeting. Medical care 2001;39(8 Suppl 2):II85-92 Pubmed

1.179. Bighelli I, Ostuzzi G, Girlanda F, Cipriani A, Becker T, Koesters M, et al. Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care. The Cochrane database of systematic reviews 2016;12(12):CD009780 Pubmed Journal

1.180. Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. Acta psychiatrica Scandinavica 2007;115(6):420-33 Pubmed

1.181. Gühne U, Quittschalle J, Kösters M, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Therapien für eine verbesserte Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Schulungsmaterial zur Informationsveranstaltung für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

1.182. Gühne U, Fricker R, Schliebener, G, Becker T, Riedel-Heller SG. Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, Berlin: Springer; DGPPN. 2019.

1.183. Breilmann J, Kilian R, Riedel-Heller SG, Gühne U, Hasan A, Falkai P. Implementation of the patient version of the evidence-based (S3) guideline for psychosocial interventions for patients with severe mental illness (IMPPETUS): study protocol for a cluster randomised controlled trial. In: Trials 21 (1), S. 275. 2020. Journal

1.184. Kösters M, Allgöwer A, Becker T, Kilian R, Gühne U, Riedel-Heller S, et al. Implementation of a patient-focused psychosocial intervention guideline for people with severe mental illness: Cluster-randomised controlled trial. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2025;68(1):e163 Pubmed Journal

1.185. Menear M, Briand C. Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: part 1-review of major initiatives and implementation strategies. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2014;59(4):178-86

Pubmed

1.186. Schladitz K, Weitzel EC, Löbner M, Soltmann B, Jessen F, Schmitt J, et al. Demands on Health Information and Clinical Practice Guidelines for Patients from the Perspective of Adults with Mental Illness and Family Members: A Qualitative Study with In-Depth Interviews. International journal of environmental research and public health 2022;19(21) Pubmed Journal

1.187. . No title. 1990. Pubmed Journal

1.188. Weinmann S, Becker T. Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Handbuch. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH. 2009.

1.189. Großimlinghaus I, Hauth I, Falkai P, Janssen B, Deister A, Meyer-Lindenberg A. Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. In: Nervenarzt 88 (7), S. 779–786. 2017. Journal

1.190. AQUA-Institut. Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Indikatorenset 1.1. 2015. Website

1.191. Kösters M, Staudigl L, Picca AC, Schmauß M, Becker T, Weinmann S. Qualitätsindikatoren für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie – Ergebnisse einer Anwendungsstudie. In: Psychiatr Prax 44, S. 163–171. 2017. Journal

1.192. Lehmann I, Zielasek J, Blumenröder T, Engemann S, Vrinssen J, Gaebel W, et al. Development and implementation of quality indicators in a group of nine psychiatric hospitals. Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen 2023;182-183:8-16 Pubmed Journal

1.193. Weinmann S. Evidenzbasierte Psychiatrie. Methoden und Anwendung. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Konzepte und Methoden der klinischen Psychiatrie). 2007.

1.194. Kabisch M, Ruckes C, Seibert-Grafe M, Blettner M. Randomized controlled trials: part 17 of a series on evaluation of scientific publications. Deutsches Arzteblatt international 2011;108(39):663-8 Pubmed Journal

1.195. Anthony W, Rogers ES, Farkas M. Research on evidence-based practices: future directions in an era of recovery. Community mental health journal 2003;39(2):101-14 Pubmed

1.196. Riedel-Heller S, Bramesfeld A, Roick C, Becker T, König. Der Ruf nach mehr Versorgungsforschung. In: Psychiatr Prax, S. 157–159. 2008.

1.197. Bramesfeld A, Riedel-Heller S. Prioritäre Themen in der Versorgungsforschung zur psychischen Gesundheit. In: Psychiatrische Praxis 35 (7), S. 315–317. 2008. Journal

1.198. Schmidt-Hoffmann F. Nutzen und Risiken psychoedukativer Interventionen bei der Krankheitsbewältigung schizophrener Erkrankungen. Köln: Psychiatrie Verlag. 2012.

1.199. Sikorski C, Glaesmer H, Bramesfeld A. Quantität versus Qualität. In: Psychiat Prax 37 (07), S. 322–328. 2010. Journal

1.200. Slade M, Priebe S. Conceptual limitations of randomised controlled trials. In: Slade M. Priebe S (Hg.): Evidence in Mental Health Care. New York: Brunner Routledge, S. 101–108. 2002.

1.201. Krämer UM, Rose D. Wie Psychiatrie-Erfahrene Forschungsprozesse gestalten. Geschichte und Methoden der Nutzer-geleiteten partizipativen Forschung in englischsprachigen Ländern. In: Sozialpsychiatrische Informationen 47 (2), S. 38–42. 2017.

1.202. Synnot A, Bragge P, Lowe D, Nunn JS, O'Sullivan M, Horvat L, et al. Research priorities in health communication and participation: international survey of consumers and other stakeholders. BMJ open 2018;8(5):e019481 Pubmed Journal

1.203. Meyer AE. Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 19, S. 287–291. 1990.

1.204. Paul GL. Behavior modification research: Design and Tactics. In: Franks CM (Hg.): Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw Hill,

S. 29–62. 1969.

1.205. Voigt-Radloff S, Stemmer R, Behrens J. Forschung zu komplexen Interventionen in der Pflege- und Hebammenwissenschaft und in den Wissenschaften der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. 2016. Website

1.206. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. International journal of nursing studies 2013;50(5):587-92 Pubmed Journal

1.207. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Acta psychiatrica Scandinavica 2011;123(5):327-38 Pubmed Journal

1.208. DGPPN. S3-Leitlinie Zwangsstörungen – Langversion. Erste Revision im Juni 2022. 2022. Website

1.209. Álvarez-Jiménez M, Gleeson JF, Henry LP, Harrigan SM, Harris MG, Killackey E, et al. Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. Psychological medicine 2012;42(3):595-606 Pubmed Journal

1.210. Iyer SN, Mangala R, Anitha J, Thara R, Malla AK. An examination of patient-identified goals for treatment in a first-episode programme in Chennai, India. Early intervention in psychiatry 2011;5(4):360-5 Pubmed Journal

1.211. Foley DL, Mackinnon A, Watts GF, Shaw JE, Magliano DJ, Castle DJ, et al. Cardiometabolic risk indicators that distinguish adults with psychosis from the general population, by age and gender. PloS one 2013;8(12):e82606 Pubmed Journal

1.212. Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams (extended time) for recent-onset psychosis. The Cochrane database of systematic reviews 2020;11(11):CD013287 Pubmed Journal

1.213. Driot D, Bismuth M, Maurel A, Soulie-Albouy J, Birebent J, Oustric S, et al. Management of first depression or generalized anxiety disorder episode in adults in primary care: A systematic metareview. Presse medicale (Paris, France : 1983) 2017;46(12 Pt 1):1124-1138 Pubmed Journal

1.214. Early Psychosis Guidelines Writing Group, EPPIC National Support Program. Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis. 2nd edition update. Melbourne. 2016.

1.215. Chanen AM, Sharp C, Nicol K, Kaess M. Early Intervention for Personality Disorder. Focus (American Psychiatric Publishing) 2022;20(4):402-408 Pubmed Journal

1.216. Fineberg NA, Dell'Osso B, Albert U, Maina G, Geller D, Carmi L, et al. Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2019;29(4):549-565 Pubmed Journal

1.217. Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, Rohenkohl A, Sengutta M, Luedecke D, et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with psychotic disorders: the ACCESS III study. Acta psychiatrica Scandinavica 2017;136(2):188-200 Pubmed Journal

1.218. Bechdolf A, Müller H, Hellmich M, de Millas W, Falkai P, Gaebel W, et al. Prevention of First-Episode Psychosis in People at Clinical High Risk: A Randomized Controlled, Multicentre Trial Comparing Cognitive-Behavioral Therapy and Clinical Management Plus Low-Dose Aripiprazole or Placebo (PREVENT). Schizophrenia bulletin 2023;49(4):1055-1066 Pubmed Journal

1.219. Bechdolf A, Leopold K, Lehmann A, Burkhardt E. Junge Menschen mit Psychosen begleiten. Das Praxisbuch zum FRITZ. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag. 2022. Website

1.220. Pfennig A, Correll CU, Leopold K, Juckel G, Bauer M. [Early recognition and intervention for bipolar disorders: state of research and perspectives]. Der Nervenarzt 2012;83(7):897-902 Pubmed Journal

1.221. Leopold K, Nikolaides A, Bauer M, Bechdolf A, Correll CU, Jessen F, et al. [Services for the early recognition of psychoses and bipolar disorders in Germany: inventory survey study]. Der Nervenarzt 2015;86(3):352-8 Pubmed Journal

1.222. Bechdolf A, Schellong M, Izat Y, Leopold K, Hellenschmidt T, Leopold S. soulspace – Implementierung eines niedrigschwelligen, spezifischen

Behandlungs- und Frühinterventionsangebots für junge Erwachsene und Jugendliche in die Regelversorgung in Deutschland. In: Psychiatr Prax 46 (5), S. 243–246. 2019. Journal

1.223. Lambert M, Karow A, Gallinat J, Lüdecke D, Kraft V, Rohenkohl A, et al. Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER). BMJ open 2020;10(5):e036021 Pubmed Journal

1.224. Adam N, Neumann M, Edelhäuser F. Patient satisfaction in inpatient psychiatric treatment compared with inpatient equivalent home treatment in Germany: an in-depth qualitative study. Frontiers in health services 2023;3:1195614 Pubmed Journal

1.225. Baumgardt J, Schwarz J, Bechdolf A, Nikolaidis K, Heinze M, Hamann J, et al. Implementation, efficacy, costs and processes of inpatient equivalent home-treatment in German mental health care (AKtiV): protocol of a mixed-method, participatory, quasi-experimental trial. BMC psychiatry 2021;21(1):173 Pubmed Journal

1.226. Bechdolf A, Nikolaidis K, von Peter S, Längle G, Brieger P, Timm J, et al. Utilization of Psychiatric Hospital Services Following Intensive Home Treatment: A Nonrandomized Clinical Trial. JAMA network open 2024;7(11):e2445042 Pubmed Journal

1.227. Bechdolf A, Bühling-Schindowski F, Nikolaidis K, Kleinschmidt M, Weinmann S, Baumgardt J. Evidenz zu aufsuchender Behandlung bei Menschen mit psychischen Störungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz – eine systematische Übersichtsarbeit. In: Der Nervenarzt 93 (5), S. 488–498. 2022. Journal

1.228. Waldmann T, Bechdolf A, Nikolaidis K, von Peter S, Längle G, Brieger P, et al. Cost Utility of Intensive Home Treatment Compared With Acute Psychiatric Inpatient Admission. JAMA network open 2025;8(5):e2512465 Pubmed Journal

1.229. Weinmann S, Wiedmann S, Breidert T, Bohe M, Pfeiffer J, Rosenberger E, et al. Klinische Wirksamkeit von „FlexiTeam“ (Home Treatment und intensivierte ambulante Behandlung) – Vergleich einer Behandlung in einem Modellprojekt nach § 64b in Berlin mit der stationären Behandlung. In: Psychiatr Prax 46 (5), S. 249–255. 2019. Journal

1.230. Munz I, Ott M, Jahn H, Rauscher A, Jäger M, Kilian R, et al. [Comparison of "home treatment" with traditional inpatient treatment in a mental hospital in rural southern Germany]. Psychiatrische Praxis 2011;38(3):123-8 Pubmed Journal

1.231. Kilian R, Becker T, Frasch K. Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. In: Neurology, Psychiatry and Brain Research 22 (2), S. 81–86. 2016.

1.232. Bechdolf A, Skutta M, Horn A. [Clinical effectiveness of home treatment as compared to inpatient treatment at the Alexianer Hospital Krefeld, Germany]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2011;79(1):26-31 Pubmed Journal

1.233. Briel D, Schulz M, Schaper O, Reimer J. Die aufsuchende Behandlung „Bremen ambulant vor Ort (BravO)“. In: Psychiatr Prax 49 (8), S. 436–439. 2022. Journal

1.234. Mötteli S, Schori D, Schmidt H, Seifritz E, Jäger M. Utilization and Effectiveness of Home Treatment for People With Acute Severe Mental Illness: A Propensity-Score Matching Analysis of 19 Months of Observation. Frontiers in psychiatry 2018;9:495 Pubmed Journal

1.235. Weinmann S, Nikolaidis K, Längle G, von Peter S, Brieger P, Timm J, et al. Premature termination, satisfaction with care, and shared decision-making during home treatment compared to inpatient treatment: A quasi-experimental trial. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2023;66(1):e71 Pubmed Journal

1.236. Reinke B, Mahlke C, Botros C, Kläring A, Lambert M, Karow A, et al. Study protocol of a randomized controlled trial evaluating home treatment with peer support for acute mental health crises (HoPe). BMC psychiatry 2022;22(1):619 Pubmed Journal

1.237. Rauschenberg C, Hirjak D, Ganslandt T, Schulte-Strathaus JC, Schick A, Meyer-Lindenberg A, et al. Digitale Versorgungsformen zur Personalisierung der stationsäquivalenten Behandlung. In: Der Nervenarzt 93 (3), S. 279–287. 2022. Journal

1.238. Weinmann S, Spiegel J, Baumgardt J, Bühling-Schindowski F, Pfeiffer J, Kleinschmidt M, et al. [Comparison of Inpatient Equivalent Home Treatment (IEHT) with Standard Inpatient Treatment: A Matched Cohort Study]. Psychiatrische Praxis 2022;49(8):405-410 Pubmed Journal

1.239. Boyens J, Hamann J, Ketisch E, Brieger P. Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München?. In: Psychiatr Prax 48 (5), S. 269–272. 2021. Journal

1.240. Raschmann S, Götz E, Hirschek D, Längle G. StäB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neue Behandlungsform?. In: Psychiatr Prax 49 (1), S. 46–50. 2022. Journal

1.241. Mueller-Stierlin AS, Helmbrecht MJ, Herder K, Prinz S, Rosenfeld N, Walendzik J, et al. Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial. BMC psychiatry 2017;17(1):283 Pubmed Journal

1.242. Bauer E, Kleine-Budde K, Stegbauer C, Kaufmann-Kolle P, Goetz K, Bestmann B, et al. Structures and processes necessary for providing effective home treatment to severely mentally ill persons: a naturalistic study. BMC psychiatry 2016;16:242 Pubmed Journal

1.243. Weinmann S, Wiedmann S, Breidert T, Bohe M, Pfeiffer J, Rosenberger E, et al. [Clinical Effectiveness of "FlexiTeam" (Home Treatment and Intensive Outpatient Treatment) - Comparison of a Model Project According to § 64b in Berlin with Inpatient Treatment-as-Usual]. Psychiatrische Praxis 2019;46(5):249-255 Pubmed Journal

1.244. Lambert M, König H, Karow A, König H-H, Rohenkohl A, Luedecke D, et al. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). Psychiatry research 2024;339:116007 Pubmed Journal

1.245. King R. Intensive case management: a critical re-appraisal of the scientific evidence for effectiveness. Administration and policy in mental health 2006;33(5):529-35 Pubmed

1.246. Camacho EM, Ntais D, Jones S, Riste L, Morriss R, Lobban F, et al. Cost-effectiveness of structured group psychoeducation versus unstructured group support for bipolar disorder: Results from a multi-centre pragmatic randomised controlled trial. In: Journal of affective disorders 211, S. 27–36. 2017.

1.247. Shimodera S, Furukawa TA, Mino Y, Shimazu K, Nishida A, Inoue S. Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. BMC psychiatry 2012;12:40 Pubmed Journal

1.248. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. The Journal of clinical psychiatry 2007;68(6):854-61 Pubmed

1.249. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. The Journal of clinical psychiatry 2006;67(3):443-52 Pubmed

1.250. Hornung WP, Feldmann R, Klingberg S, Buchkremer G, Reker T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons--results of a five-year follow-up. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 1999;249(3):162-7 Pubmed

1.251. Stangier U, Hilling C, Heidenreich T. Maintenance Cognitive-Behavioral Therapy and Manualized Psychoeducation in the Treatment of Recurrent Depression: A Multicenter Prospective Randomized Controlled Trial. In: Am J Psychiatry 170, S. 624–632. 2013.

1.252. Bechdolf A, Knost B, Kuntermann C, Schiller S, Klosterkötter J, Hambrecht M, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. Acta psychiatrica Scandinavica 2004;110(1):21-8 Pubmed

1.253. Bechdolf A, Köhn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. Acta psychiatrica Scandinavica 2005;112(3):173-9 Pubmed

1.254. Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung AR, et al. Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. The Australian and New Zealand journal of psychiatry 2010;44(2):144-50 Pubmed Journal

1.255. Jahn T, Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J. Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. Psychological medicine 2011;41(3):533-44 Pubmed Journal

1.256. Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J, Jahn T. [Neuropsychology of psychoeducation in schizophrenia: results of the Munich COGPIP study]. Der Nervenarzt 2013;84(1):79-90 Pubmed Journal

1.257. Feldmann R, Hornung WP, Prein B, Buchkremer G, Arolt V. Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2002;252(3):115-9 Pubmed

1.258. Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia--results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophrenia bulletin 2006;32(4):765-75 Pubmed

1.259. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. BMC psychiatry 2013;13:170 Pubmed Journal

1.260. Rummel-Kluge FF, Berger M, Bitzer EM, Hölzel LP. Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment – a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. In: BMC psychiatry 14, S. 143. 2014.

1.261. Lägel R, Püschner F. Psychoedukation - gesundheitspolitische Implikationen medizinischer und gesundheitsökonomischer Fakten. In: Bäuml, J; Behrendt, B; Henningsen, P; Pitschel-Walz, G. Handbuch der Psychoedukation. In: Stuttgart: Schattauer, S. 78–84. 2016.

1.262. Kissling W, Seemann U. Psychoedukation im Rahmen der Integrierten Versorgung. In: Pitschel-Walz G. Bäuml J (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer, S. 263–269. 2008.

1.263. Bock T, Heumann K. Psychoedukation ist ein überholtes paternalistisches Konzept – Pro. In: Psychiat Prax 42, S. 296–297. 2015.

1.264. Gielen R, Geissler D, Giesler H, Bock T. Leitlinie Bipolare Störungen und die Bedeutung des Trialogs. Chancen und Risiken. In: Nervenarzt 83, S. 587–594. 2012.

1.265. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. Journal of mental health administration 1995;22(2):135-46 Pubmed

1.266. Gonzalez MT, Andvig E. Experiences of Tenants with Serious Mental Illness Regarding Housing Support and Contextual Issues: A Meta-Synthesis. Issues in mental health nursing 2015;36(12):971-88 Pubmed Journal

1.267. Richter D, Steinhart I. 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.

1.268. Goering P, Veldhuizen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E. National At Home/Chez Soi Final Report. Mental Health Commission of Canada. Calgary. 2014. Website

1.269. Dehn LB, Beblo T, Richter D, Wienberg G, Kremer G, Steinhart I, et al. Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2022;57(5):927-937 Pubmed Journal

1.270. Steinhart I. WiEWohnen MV Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Mecklenburg-Vorpommern. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von S. Jenderny, J. Schreiter und I. Toebe. Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. Rostock. 2024.

1.271. Adamus C, Mötteli S, Jäger M, Richter D. Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness - longitudinal results from an observational study. BMC psychiatry 2024;24(1):554 Pubmed Journal

1.272. Walther C. Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen. Wirksamkeitsstudien in Deutschland. In: Soziale Arbeit 63 (2), S. 54–62. 2014.

1.273. Quadflieg N, Fichter MM. Ist die Zuweisung dauerhaften Wohnraums an Obdachlose eine effektive Maßnahme? Eine prospektive Studie über drei Jahre zum Verlauf psychischer Beschwerden. In: Psychiat Prax 34, S. 276–282. 2007.

1.274. Salize HJ, Arnold M, Uber E, Hoell A. [Improving Mental Health Care in People at Risk for Getting Homeless]. Psychiatrische Praxis 2017;44(1):21-28 Pubmed Journal

1.275. Schreiter J, Schulze T, Graupner P, Schönherr J, Steinhart I, Stengler K. Entlassmanagement in die Wohnungslosigkeit? Es geht auch anders: supported housing!. In: Psychiat Prax 51 (07), S. 396–398. 2024. Journal

1.276. Konrad M, Frank U, Flammer E. Die Versorgung ehemaliger Patienten im Gemeindepsychiatrischen Verbund – Auswertung einer Basisdokumentation aus zwei Landkreisen. In: Psychiat Prax 38, S. 376–381. 2011.

1.277. Birkenheier C, Hagen A. Halt - Begegnung - Hoffnung. Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen. Symposium am 26.10.2005. Völklingen, Saar: VITAL e.V. 2006.

1.278. Konrad M. Betreutes Wohnen in Familien – Vernachlässigte Alternative zur Heimversorgung für schwer psychisch erkrankte Menschen. In: Psychiatr Prax 43, S. 239–241. 2016.

1.279. Burgess-Barr S, Nicholas E, Venus B, Singh N, Nethercott A, Taylor G, et al. International rates of receipt of psychological therapy for psychosis and schizophrenia: systematic review and meta-analysis. International journal of mental health systems 2023;17(1):8 Pubmed Journal

1.280. Kim M, Lee Y, Kang H. Effects of Exercise on Positive Symptoms, Negative Symptoms, and Depression in Patients with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health 2023;20(4) Pubmed Journal

1.281. Kitzmüller G, Wiklund Gustin L, Kalhovde AM. Filling the Void: The Role of Adult Siblings Caring for a Brother or Sister With Severe Mental Illness. Global qualitative nursing research 2023;10:23333936231162230 Pubmed Journal

1.282. Rothbauer J, Spiessl H, Schön D. [Family information days. Attitudes and needs of family of schizophrenic patients]. Psychiatrische Praxis 2001;28(3):118-22 Pubmed

1.283. Fähndrich E, Kempf M, Kieser C, Schütze S. Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. In: Psychiatrische Praxis 28 (3), S. 115–117. 2001. Journal

1.284. Schmid R, Schilein T, Jakob W, Spiessl H. Entlassungsbriefe an Angehörige von psychisch Kranken: Vermittlung von Unterstüutzungsangeboten und Psychoedukation. In: Psychiatrische Praxis 35 (6), S. 302–305. 2008. Journal

1.285. Wessling A, Wölwer W, Heres S, Mayenberger M, Rummel C, Sievers M, et al. [A telephone hotline as an easily accessible service for questions on schizophrenia]. Der Nervenarzt 2006;77(9):1105-6, 1108-10 Pubmed

1.286. Bergström T, Seikkula J, Holma J, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Alakare B. Retrospective Experiences of First-Episode Psychosis Treatment Under Open Dialogue-Based Services: A Qualitative Study. Community mental health journal 2022;58(5):887-894 Pubmed Journal

1.287. Lehtinen V, Aaltonen J, Koffert T, Räkköläinen V, Syvälahti E. Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model. Is immediate neuroleptisation always needed?. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2000;15(5):312-20 Pubmed

1.288. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. In: J Constr Psychol 14, S. 267–284. 2001.

1.289. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open Dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. In: Ethical Hum Sci Serv 5 (3), S. 163–182. 2003.

1.290. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. In: (Psychosis) Psychological, Social and Integrative Approaches 3 (3), S. 192–204. 2011.

1.291. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinen K. The Comprehensive Open Dialogue Approach in Western Lapland: I The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. In: Psychosis. Psychological, Social and Integrative Approaches 3 (3), S. 179–191. 2011.

1.292. Bergström T, Seikkula J, Jaakko KS, Päivi J, Aaltonen J. Need adapted use of medication in the open dialogue approach for psychosis: a descriptive longitudinal cohort study. In: Psychosis 15 (2), S. 134–144. 2023. Journal

1.293. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, et al. The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. Psychiatry research 2018;270:168-175 Pubmed Journal

1.294. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Kurtti M, Köngäs-Saviaro P, Löhönen E, et al. The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents: A nationwide longitudinal register-based study. Early intervention in psychiatry 2022;16(12):1368-1375 Pubmed Journal

1.295. Mueller-Stierlin AS, Meixner F, Kohlmann A, Schumacher M, Hänsel A, Pouwels M, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a community-based mental health care programme (GBV) for people with severe mental illness in Germany: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2020;21(1):598 Pubmed Journal

1.296. Peukert R, Julius L. Geschwister psychisch erkrankter Menschen. In: Meike Watzlawik und Holger von der Lippe (Hg.): Geschwisterbeziehungen. Herausforderungen und Ressourcen für die Entwicklung: Kohlhammer, S. 131–148. 2024.

1.297. Zietlow A-L, Krumpholtz L. [From generation to generation: mechanisms of risk transmission of parental mental illness in early childhood]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2024;67(12):1350-1358 Pubmed Journal

1.298. Lenz A. Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Göttingen [u.a.]: Hogrefe. 2008.

1.299. Hänelt M, Neumann A, Lux U, Renner I. [Growing up with a parent with mental health difficulties: results of the nationally representative study Children in Germany 0-3 2022]. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2024;67(12):1359-1367 Pubmed Journal

1.300. Evenson E, Rhodes J, Feigenbaum J, Solly A. The experiences of fathers with psychosis. In: J Ment Health 17 (6), S. 629–642. 2008. Journal

1.301. Götztl C, Staiger T, Stiawa M, Beschoner P, Gündel H, Becker T. Vaterschaft und Depression: familiärer Umgang mit einer depressiven Erkrankung aus Sicht von Vätern – eine qualitative Untersuchung. In: Psychiatr Prax 49 (8), S. 411–418. 2022. Journal

1.302. Isacco A, Hofscher R, Molloy S. An Examination of Fathers' Mental Health Help Seeking: A Brief Report. American journal of men's health 2016;10(6):NP33-NP38 Pubmed

1.303. Price-Robertson R. Fatherhood and mental illness. A review of key issues. Australian Institute of Family Studies. Melbourne (CFCA PAPER NO. 30 2015). 2015.

1.304. Chen Y-L, Pan A-W, Hsiung P-C, Chung L, Lai J-S, Shur-Fen Gau S, et al. Life Adaptation Skills Training (LAST) for persons with depression: A randomized controlled study. Journal of affective disorders 2015;185:108-14 Pubmed Journal

1.305. Lahera G, Benito A, Montes JM, Fernández-Liria A, Olbert CM, Penn DM. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder. In: Journal of affective disorders 146 (1), S. 132–136. 2013. Journal

1.306. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2002;53(5):545-7 Pubmed

1.307. Liberman RP, Kopelowicz A. Training skills for illness self-management in the rehabilitation of schizophrenia. A Family-assisted Program for Latinos in California. In: Salud Mental 32 (2), S. 93–105. 2009.

1.308. Granholm E, McQuaid R, McClure F, Simjee L, Peter C, Perivoliotis D, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. In: The Journal of clinical psychiatry 68 (5), S. 730–737. 2007.

1.309. . No title. 2009. Pubmed

1.310. SIGN. Management of schizophrenia. SIGN publication no. 131. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Edinburgh. 2013. Website

1.311. Green BL, Wehling C, Talsky GJ. Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. In: Hospital & community psychiatry 38 (9), S. 988–991. 1987.

1.312. Richardson P, Jones K, Evans C, Stevnse P, Rowe A. Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. In: J Ment Health 16 (4), S. 483–491. 2007. Journal

1.313. Zhou Y, Tang W. A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. In: Chinese Ment Health J, S. 669–671. 2002.

1.314. Wang M, Wu J, Yan H. Effect of music therapy on older adults with depression: A systematic review and meta-analysis. Complementary therapies in clinical practice 2023;53:101809 Pubmed Journal

1.315. Jenabi E, Bashirian S, Ayubi E, Rafiee M, Bashirian M. The Effect of the Art Therapy Interventions on Depression Symptoms Among Older Adults: A Meta-analysis of Controlled Clinical Trials. Journal of geriatric psychiatry and neurology 2023;36(3):185-192 Pubmed Journal

1.316. Yuan Z, Li B, Ye X, Zhu X. Systematic review and meta-analysis of the effects of group painting therapy on the negative emotions of depressed adolescent patients. Annals of palliative medicine 2021;10(10):10744-10755 Pubmed Journal

1.317. Newland P, Bettencourt BA. Effectiveness of mindfulness-based art therapy for symptoms of anxiety, depression, and fatigue: A systematic review and meta-analysis. Complementary therapies in clinical practice 2020;41:101246 Pubmed Journal

1.318. Karkou V, Aithal S, Zubala A, Meekums B. Effectiveness of Dance Movement Therapy in the Treatment of Adults With Depression: A Systematic Review With Meta-Analyses. Frontiers in psychology 2019;10:936 Pubmed Journal

1.319. Koch SC, Riege RFF, Tisborn K, Biondo J, Martin L, Beelmann A. Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. Frontiers in psychology 2019;10:1806 Pubmed Journal

1.320. Tomaszewski C, Belot R-A, Essadek A, Onumba-Bessonnet H, Clesse C. Impact of dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review. European journal of psychotraumatology 2023;14(2):2225152 Pubmed Journal

1.321. Ganter-Argast C, Junne F, Seifert K. [Art therapy : Current developments in research and training]. Der Nervenarzt 2022;93(9):953-970 Pubmed Journal

1.322. Lloyd C, Tse S, Bassett H. Mental health recovery and occupational therapy in Australia and New Zealand. In: International Journal of Therapy and Rehabilitation 11 (2), S. 64–70. 2004.

1.323. WHO. ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. 2005. Website

1.324. Arbesman M, Logsdon DW. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2011;65(3):238-46 Pubmed

1.325. Noyes S, Sokolow H, Arbesman M. Evidence for Occupational Therapy Intervention With Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2018;72(5):7205190010p1-7205190010p10 Pubmed Journal

1.326. Christie L, Inman J, Davys D, Cook PA. A systematic review into the effectiveness of occupational therapy for improving function and participation in activities of everyday life in adults with a diagnosis of depression. Journal of affective disorders 2021;282:962-973 Pubmed Journal

1.327. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for adults with serious mental illness: a systematic review. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2011;65(3):247-56 Pubmed

1.328. D'Amico ML, Jaffe LE, Gardner JA. Evidence for Interventions to Improve and Maintain Occupational Performance and Participation for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2018;72(5):7205190020p1-7205190020p11 Pubmed Journal

1.329. Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio L-M, Garcia de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. BMJ open 2021;11(10):e047467 Pubmed Journal

1.330. Kirsh B, Martin L, Hultqvist J, Eklund M. Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence. In: Occupational Therapy in Mental Health 35 (2), S. 109–156. 2019. Journal

1.331. Lu S, Zhao Y, Liu J, Xu F, Wang Z. Effectiveness of Horticultural Therapy in People with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. International journal of environmental research and public health 2021;18(3) Pubmed Journal

1.332. Ikiugu MN, Nissen RM, Bellar C, Maassen A, Van Peursem K. Clinical Effectiveness of Occupational Therapy in Mental Health: A Meta-Analysis. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2017;71(5):7105100020p1-7105100020p10 Pubmed Journal

1.333. Eklund M, Tjörnstrand, C, Sandlund M, Argentzell E. Effectiveness of Balancing Everyday Life (BEL) versus standard occupational therapy for activity engagement and functioning among people with mental illness – a cluster RCT study. In: BMC psychiatry 17. 2017. Journal

1.334. Chan ATY, Sun GYY, Tam WWS, Tsoi KKF, Wong SYS. The effectiveness of group-based behavioral activation in the treatment of depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trial. Journal of affective disorders 2017;208:345-354 Pubmed Journal

1.335. Uphoff E, Ekers D, Robertson L, Dawson S, Sanger E, South E, et al. Behavioural activation therapy for depression in adults. The Cochrane database of systematic reviews 2020;7(7):CD013305 Pubmed Journal

1.336. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Deste G, Nibbio G, Wykes T. Acceptability of cognitive remediation for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Psychological medicine 2023;53(8):3661-3671 Pubmed Journal

1.337. Vita A, Barlati S, Ceraso A, Nibbio G, Ariu C, Deste G, et al. Effectiveness, Core Elements, and Moderators of Response of Cognitive Remediation for Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. JAMA psychiatry 2021;78(8):848-858 Pubmed Journal

1.338. Nischk D, Herwig U, Senner S, Rockstroh B. Effektivität und Kosteneffizienz von Individual Placement and Support (IPS) in Deutschland – eine Vergleichsstudie bei Menschen mit Psychosen. In: Psychiat Prax 51, S. 84–91. 2024. Journal

1.339. Kilian R, Lauber C, Kalkan R, Dorn W, Rössler W, Wiersma D, et al. The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2012;47(9):1381-9 Pubmed Journal

1.340. Richter D, Hoffmann H. Effectiveness of supported employment in non-trial routine implementation: systematic review and meta-analysis. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2019;54(5):525-531 Pubmed Journal

1.341. Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. Scandinavian journal of occupational therapy 2013;20(6):420-8 Pubmed Journal

1.342. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) 2012;11(1):32-9 Pubmed

1.343. Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff HS, et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. The American journal of psychiatry 2005;162(10):1948-56 Pubmed

1.344. Taylor SJ, Pinnock H, Epiphaniou E, Pearce G, Parke HL, Schwappach A, et al. No title. 2014. Pubmed Journal

1.345. Glover CM, Frounfelker RL. Competencies of more and less successful employment specialists. Community mental health journal 2013;49(3):311-6 Pubmed Journal

1.346. Jäckel D, Bechdolf A, Burkhardt E, Kallenbach M, Gamig ML, Mößnang A, et al. Efficacy of Individual Placement and Support (IPS) on Employment, Education, and Training in Young Adults With Early PsychosisA Randomized Controlled Trial. In: Brain and behavior 15 (5), e70469. 2025. Journal

1.347. Bond GR, Becker T, Drake RE. Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: case example of the IPS Fidelity Scale. In: Clinical Psychology: Science and Practice 18, S. 126–141. 2011.

1.348. Bond GR, Peterson AE, Becker DR, Drake RE. Validation of the Revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). Psychiatric services (Washington, D.C.) 2012;63(8):758-63 Pubmed Journal

1.349. Henry AD, Hashemi L, Zhang J. Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. Psychiatric rehabilitation journal 2014;37(4):284-8 Pubmed Journal

1.350. Kalkan R, Dorn W, Ehiosun U. Unterstützte Beschäftigung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Erfahrungen im deutschen Studienzentrum der europäischen EQOLISE-Studie. In: Sozialpsychiatrische Informationen 39 (4), S. 40–45.

1.351. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. Schizophrenia bulletin 2009;35(5):949-58 Pubmed Journal

1.352. Jäger M, Paras S, Nordt C, Warnke I, Bärtsch B, Rössler W, et al. [How sustainable is supported employment? A follow-up investigation]. Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte und Psychiater 2013;27(4):196-201 Pubmed Journal

1.353. Viering S, Jäger M, Bärtsch B, Nordt C, Rössler W, Warnke I, et al. Supported Employment for the Reintegration of Disability Pensioners with Mental Illnesses: A Randomized Controlled Trial. Frontiers in public health 2015;3:237 Pubmed Journal

1.354. Jäckel D, Leopold K, Bechdolf A. [Individual placement and support in mental health services: evaluation of routine clinical data using a retrospective chart review]. Der Nervenarzt 2024;95(9):839-844 Pubmed Journal

1.355. Jäckel D, Siebert S, Baumgardt J, Leopold K, Bechdolf A. Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung. In: Psychiatr Prax 47 (5), S. 235–241. 2020. Journal

1.356. Adamus C, Richter D, Sutor K, Zürcher SJ, Mötteli S. Preference for Competitive Employment in People with Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis of Proportions. In: Journal of occupational rehabilitation. Journal

1.357. DGE. Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2016. Website

1.358. Rütten A, Pfeifer K. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen-Nürnberg: FAU. 2016. Website

1.359. Soderlund A, Fischer A, Johannson T. Physical activity, diet and behaviour modification in the treatment of overweight and obese adults: a systematic review. In: Perspect Public Health 129 (3), S. 132–142. 2009.

1.360. Soundy A, Freeman P, Stubbs B, Probst M, Coffee P, Vancampfort D. The transcending benefits of physical activity for individuals with schizophrenia: a systematic review and meta-ethnography. Psychiatry Res. 2014 Dec 15;220(1-2):11-9. 2014. Journal

1.361. Cook JA, Jonikas JA, Burke-Miller JK, Hamilton M, Powell IG, Tucker SJ, et al. Whole Health Action Management: A Randomized Controlled Trial of a Peer-Led Health Promotion Intervention. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2020;71(10):1039-1046 Pubmed Journal

1.362. Druss BG, Singh M, von Esenwein SA, Glick GE, Tapscott S, Tucker SJ, et al. Peer-Led Self-Management of General Medical Conditions for Patients With Serious Mental Illnesses: A Randomized Trial. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2018;69(5):529-535 Pubmed Journal

1.363. Hassan S, Ross J, Marston L, Osborn D, Walters K. Factors prospectively associated with physical activity and dietary related outcomes in people with severe mental illness: A systematic review of longitudinal studies. Psychiatry research 2019;273:181-191 Pubmed Journal

1.364. Firth J, Rosenbaum S, Stubbs B, Gorczynski P, Yung AR, Vancampfort D. Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. Psychological medicine 2016;46(14):2869-2881 Pubmed

1.365. Chen MD, Jung-Hsuan I, Pellegrini C, Tang TC, Chang-Chih K. A qualitative exploration of facilitators and barriers to physical activity participation in people with severe mental illness in Taiwan. In: Mental Health and Physical Activity 13 (2), S. 100–107. 2017. Journal

1.366. Soundy A, Stubbs B, Probst M, Hemmings L, Vancampfort D. Barriers to and facilitators of physical activity among persons with schizophrenia: a survey of physical therapists. Psychiatr Serv. 2014 May 1;65(5):693-6. 2014. Journal

1.367. Glowacki K, Duncan M, Gainforth H, Faulkner G. Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. In: Mental Health and Physical Activity 13 (2), S. 108–119. 2017. Journal

1.368. Quirk H, Hock E, Harrop D, Crank H, Peckham E, Traviss-Turner G, et al. Understanding the experience of initiating community-based group physical activity by people with serious mental illness: A systematic review using a meta-ethnographic approach. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2020;63(1):e95 Pubmed Journal

1.369. Farholm A, Sørensen M. Motivation for physical activity and exercise in severe mental illness: A systematic review of intervention studies. International journal of mental health nursing 2016;25(3):194-205 Pubmed Journal

1.370. Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers R, Corpeleijn E. Design of the Lifestyle Interventions for severe mentally ill Outpatients in the Netherlands (LION) trial; a cluster randomised controlled study of a multidimensional web tool intervention to improve cardiometabolic health in patients with severe mental illness. BMC psychiatry 2017;17(1):107 Pubmed Journal

1.371. Looijmans A, Jörg F, Bruggeman R, Schoevers R, Corpeleijn E. Multimodal lifestyle intervention using a web-based tool to improve cardiometabolic health in patients with serious mental illness: results of a cluster randomized controlled trial (LION). In: BMC psychiatry 19 (1), S. 339. 2019. Journal

1.372. Mueller-Stierlin AS, Peisser A, Cornet S, Jaeckle S, Lehle J, Moerkl S, et al. Exploration of Perceived Determinants of Disordered Eating Behaviors in People with Mental Illness-A Qualitative Study. International journal of environmental research and public health 2022;20(1) Pubmed Journal

1.373. Peisser AM, Cornet S, Moerkl S, Müller-Stierlin A. „Aber ohne therapeutische Begleitung, schaffe ich es nicht“ – Exploration von Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen hinsichtlich der Unterstützung bei ernährungsbezogenen Problemen. In: Psychiatr Prax 51 (1), S. 16–23. 2024. Journal

1.374. Mueller-Stierlin AS, Cornet S, Peisser A, Jaeckle S, Lehle J, Moerkl S, et al. Implications of Dietary Intake and Eating Behaviors for People with Serious Mental Illness: A Qualitative Study. Nutrients 2022;14(13) Pubmed Journal

1.375. Vilamala-Orra M, Vaqué-Crusellas C, Foguet-Boreu Q, Guimerà Gallent M, Del Río Sáez R. Applying the Stages of Change Model in a Nutrition Education Programme for the Promotion of Fruit and Vegetable Consumption among People with Severe Mental Disorders (DIETMENT). Nutrients 2021;13(6) Pubmed Journal

1.376. Foguet-Boreu Q, Vilamala-Orra M, Vaqué-Crusellas C, Roura-Poch P, Assens Tauste M, Bori Vila J, et al. Metabolic impact of a nutrition education program for the promotion of fruit and vegetable consumption with people with severe mental disorders (DIETMENT). BMC research notes 2022;15(1):122 Pubmed Journal

1.377. NICE. Rehabilitation for adults with complex psychosis (NG181): NICE guideline. 2020. Website

1.378. Maurus I, Wagner S, Spaeth J, Vogel A, Muenz S, Seitz V, et al. EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2024;67(1):e80 Pubmed Journal

1.379. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2008;193(2):101-7 Pubmed Journal

1.380. De Rosa C, Sampogna G, Luciano M, Del Vecchio V, Pocai B, Borriello G, et al. Improving physical health of patients with severe mental disorders: a critical review of lifestyle psychosocial interventions. Expert review of neurotherapeutics 2017;17(7):667-681 Pubmed Journal

1.381. Brown C, Geiszler LC, Lewis KJ, Arbesman M. Effectiveness of Interventions for Weight Loss for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association 2018;72(5):7205190030p1-7205190030p9 Pubmed Journal

1.382. Naslund JA, Whiteman KL, McHugo GJ, Aschbrenner KA, Marsch LA, Bartels SJ. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and

obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. General hospital psychiatry 2017;47:83-102 Pubmed Journal

1.383. Olker S, Parrott JS, Swarbrick M, Spagnolo A. Weight management interventions in adults with a serious mental illness: A meta-analytic review. In: American Journal of Psychiatric Rehabilitation 19 (4), S. 370–393. 2016. Journal

1.384. Singh VK, Karmani S, Malo PK, Virupaksha HG, Muralidhar D, Venkatasubramanian G, et al. Impact of lifestyle modification on some components of metabolic syndrome in persons with severe mental disorders: A meta-analysis. Schizophrenia research 2018;202:17-25 Pubmed Journal

1.385. Taylor J, Stubbs B, Hewitt C, Ajjan RA, Alderson SL, Gilbody S, et al. The Effectiveness of Pharmacological and Non-Pharmacological Interventions for Improving Glycaemic Control in Adults with Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS one 2017;12(1):e0168549 Pubmed Journal

1.386. Meader N, Melton H, Evans C, Wright K, Shiers D, Ratschen E, et al. No title. 2022. Pubmed Journal

1.387. Lee C, Piernas C, Stewart C, Michalopoulou M, Hajzadeh A, Edwards R, et al. Identifying effective characteristics of behavioral weight management interventions for people with serious mental illness: A systematic review with a qualitative comparative analysis. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity 2022;23(1):e13355 Pubmed Journal

1.388. Mohanty K, Gandhi S, Krishna Prasad M, John AP, Bhaskarapillai B, Malo P, et al. Effectiveness of lifestyle intervention on prevention/management of antipsychotic-induced weight gain among persons with severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. Journal of health psychology 2024;29(7):690-706 Pubmed Journal

1.389. Stevens H, Smith JO, Bussey L, Innerd A, McGeechan G, Fishburn S, et al. Weight management interventions for adults living with overweight or obesity and severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. The British journal of nutrition 2023;130(3):536-552 Pubmed Journal

1.390. Aucoin M, LaChance L, Clouthier SN, Cooley K. Dietary modification in the treatment of schizophrenia spectrum disorders: A systematic review. World journal of psychiatry 2020;10(8):187-201 Pubmed Journal

1.391. Gierisch JM, Nieuwsma JA, Bradford DW, Wilder CM, Mann-Wrobel MC, McBroom AJ, et al. Pharmacologic and behavioral interventions to improve cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. The Journal of clinical psychiatry 2014;75(5):e424-40 Pubmed Journal

1.392. Tosh G, Clifton AV, Xia J, White MM. General physical health advice for people with serious mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2014;2014(3):CD008567 Pubmed Journal

1.393. McKeon G, Papadopoulos E, Firth J, Joshi R, Teasdale S, Newby J, et al. Social media interventions targeting exercise and diet behaviours in people with noncommunicable diseases (NCDs): A systematic review. Internet interventions 2022;27:100497 Pubmed Journal

1.394. Malhi GS, Bell E, Singh AB, Bassett D, Berk M, Boyce P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders: Major depression summary. Bipolar disorders 2020;22(8):788-804 Pubmed Journal

1.395. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie 2024;69(9):641-687 Pubmed Journal

1.396. Malhi GS, Bell E, Bassett D, Boyce P, Bryant R, Hazell P, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry. 2021 Jan;55(1):7-117. 2020. Journal

1.397. Marx W, Manger SH, Blencowe M, Murray G, Ho FY, Lawn S, et al. Clinical guidelines for the use of lifestyle-based mental health care in major depressive disorder: World Federation of Societies for Biological Psychiatry (WFSBP) and Australasian Society of Lifestyle Medicine (ASLM) taskforce. World J Biol Psychiatry. 2023 Jun;24(5):333-386. 2023. Journal

1.398. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2017;210(2):110-118 Pubmed Journal

1.399. Mucheru D, Hanlon M-C, McEvoy M, MacDonald-Wicks L. An appraisal of methodology reporting in lifestyle interventions among people with psychosis: A systematic review. Health promotion journal of Australia : official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals 2020;31(3):540-552 Pubmed Journal

1.400. Marx W, Visser M, Wallace C, Jacka FN, Bayes J, Francis H, et al. Methodological and reporting recommendations for clinical trials in Nutritional Psychiatry: Guidelines from the International Society for Nutritional Psychiatry Research. The British journal of nutrition 2024;1-13 Pubmed Journal

1.401. Rocks T, Teasdale SB, Fehily C, Young C, Howland G, Kelly B, et al. Effectiveness of nutrition and dietary interventions for people with serious mental illness: systematic review and meta-analysis. The Medical journal of Australia 2022;217 Suppl 7(Suppl 7):S7-S21 Pubmed Journal

1.402. Aschbrenner KA, Naslund JA, Shevenell M, Kinney E, Bartels SJ. A Pilot Study of a Peer-Group Lifestyle Intervention Enhanced With mHealth Technology and Social Media for Adults With Serious Mental Illness. The Journal of nervous and mental disease 2016;204(6):483-6 Pubmed Journal

1.403. Aschbrenner KA, Naslund JA, Shevenell M, Mueser KT, Bartels SJ. Feasibility of Behavioral Weight Loss Treatment Enhanced with Peer Support and Mobile Health Technology for Individuals with Serious Mental Illness. The Psychiatric quarterly 2016;87(3):401-15 Pubmed Journal

1.404. Kirschner V, Lamp N, Dinc Ü, Becker T, Kilian R, Mueller-Stierlin AS. The evaluation of a physical health promotion intervention for people with severe mental illness receiving community based accommodational support: a mixed-method pilot study. BMC psychiatry 2022;22(1):6 Pubmed Journal

1.405. Ameri A. Optimierung der Schizophrenietherapie - Compliance durch effektives Gewichtsmanagement unterstützen. In: psychoneuro 33 (5), S. 202–203. 2007. Journal

1.406. Cordes J, Thünker J, Regenbrecht G, Zielasek J, Correll CU, Schmidt-Kraepelin C, et al. Can an early weight management program (WMP) prevent olanzapine (OLZ)-induced disturbances in body weight, blood glucose and lipid metabolism? Twenty-four- and 48-week results from a 6-month randomized trial. The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 2014;15(3):229-41 Pubmed Journal

1.407. Wiltink J, Dippel A, Szczepanski M, Thiede R, Alt C, Beutel ME. Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: predictors and maintaining factors of health behavior. Journal of psychosomatic research 2007;62(6):691-8 Pubmed

1.408. Breilmann J, Müller-Stierlin A, Gühne U, Kilian R, Becker T, Kösters M. Gewichtsmanagement bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: ERNÄHRUNGS UMSCHAU (2), M100 bis M107. 2020.

1.409. Penkov CA, Friedrich K, Krieger J, Rössner-Ruff V, Becksvoort M, Ziegenbein M. Der Einfluss von Ernährungstherapie auf die Modifikation von Ernährungsproblemen von Patient:innen mit psychopathogener Symptomatik und Implikationen für die Behandlung psychischer Erkrankungen. In: Kongress ERNÄHRUNG 2024. Kongress ERNÄHRUNG 2024. Leipzig und 22. Juni 2024, Online-Webinare, 13.06.2024 - 14.06.2024: Georg Thieme Verlag KG (Aktuelle Ernährungsmedizin). 2024.

1.410. Wolf S, Seiffer B, Zeibig J-M, Frei AK, Studnitz T, Welkerling J, et al. A transdiagnostic group exercise intervention for mental health outpatients in Germany (ImPuls): results of a pragmatic, multisite, block-randomised, phase 3 controlled trial. The lancet. Psychiatry 2024;11(6):417-430 Pubmed Journal

1.411. Curtis J, Teasdale SB, Morell R, Wadhwa P, Watkins A, Lederman O, et al. Implementation of a lifestyle and life-skills intervention to prevent weight-gain and cardiometabolic abnormalities in young people with first-episode psychosis as part of routine care: The Keeping the Body in Mind program. Early intervention in psychiatry 2024;18(9):731-738 Pubmed Journal

1.412. Curtis J, Watkins A, Rosenbaum S, Teasdale S, Kalucy M, Samaras K, et al. Evaluating an individualized lifestyle and life skills intervention to prevent antipsychotic-induced weight gain in first-episode psychosis. Early intervention in psychiatry 2016;10(3):267-76 Pubmed Journal

1.413. Teasdale SB, Machaczek KK, Marx W, Eaton M, Chapman J, Milton A, et al. Implementing lifestyle interventions in mental health care: third report of the Lancet Psychiatry Physical Health Commission. The lancet. Psychiatry 2025;12(9):700-722 Pubmed Journal

1.414. Hiltensperger R, Bock M, Kersting X, Lukas U, Mannhardt S, Piske U. Gesundheitsförderung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Ernährung & Medizin 39 (01), S. 21–26. 2024. Journal

1.415. Piske U, Neher J, Hiltensperger R, Kröller K, Müller-Stierlin A. Depression und Ernährung: Bewusstsein, Wissen und interdisziplinäre Zusammenarbeit aus Sicht von Ernährungsfachkräften. In: Ernährungsumschau 2025.

1.416. Mueller-Stierlin AS, Mötteli S, Hotzy F, Mörkl S, Ardill-Young O, Hiltensperger R, et al. Feasibility of a multifaceted nutrition-risk screening tool for mental health settings: the NutriMental screener. Br J Nutr. 2026 Mar 14;135(5):559-566. 2026. Journal

1.417. Teasdale SB, Ardill-Young O, Crawford P, Gould P, Hennessy E, Inall B, et al. Feasibility of a targeted nutrition-risk screening tool in Australian mental health services: The NutriMental screener. Nutr Diet. 2025 Sep;82(4):392-402. 2025. Journal

1.418. Fitzgerald I, Crowley EK, Ní Dhubhlaing C, O'Dwyer S, Sahm LJ. Informing the development of antipsychotic-induced weight gain management guidance: patient experiences and preferences - qualitative descriptive study. BJPsych open 2024;10(5):e136 Pubmed Journal

1.419. McGinty EE, Thompson D, Murphy KA, Stuart EA, Wang N-Y, Dalcin A, et al. Adapting the Comprehensive Unit Safety Program (CUSP) implementation strategy to increase delivery of evidence-based cardiovascular risk factor care in community mental health organizations: protocol for a pilot study. Implementation science communications 2021;2(1):26 Pubmed Journal

1.420. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi AI, Siskind D, Rosenbaum S, Galletly C, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. The lancet. Psychiatry 2019;6(8):675-712 Pubmed Journal

1.421. Dalcin AT, Jerome GJ, Appel LJ, Dickerson FB, Wang N-Y, Miller ER, et al. Need for Cardiovascular Risk Reduction in Persons With Serious Mental Illness: Design of a Comprehensive Intervention. Frontiers in psychiatry 2018;9:786 Pubmed Journal

1.422. Daumit GL, Dalcin AT, Dickerson FB, Miller ER, Evins AE, Cather C, et al. Effect of a Comprehensive Cardiovascular Risk Reduction Intervention in Persons With Serious Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. JAMA network open 2020;3(6):e207247 Pubmed Journal

1.423. Muralidharan A, Brown CH, E Peer J, A Klingaman E, M Hack S, Li L, et al. Living Well: An Intervention to Improve Medical Illness Self-Management Among Individuals With Serious Mental Illness. Psychiatric services (Washington, D.C.) 2019;70(1):19-25 Pubmed Journal

1.424. Ehrlich C, Kendall E, Frey N, Denton M, Kisely S. Consensus building to improve the physical health of people with severe mental illness: a qualitative outcome mapping study. BMC health services research 2015;15:83 Pubmed Journal

1.425. Reilly S, Hobson-Merrett C, Gibbons B, Jones B, Richards D, Plappert H, et al. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. The Cochrane database of systematic reviews 2024;5(5):CD009531 Pubmed Journal

1.426. Huber G. Sporttherapie. Sport mit Sondergruppen. Ein Handbuch. In: Rieder H, Huber G, Werle J (Hg.): Reihe Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport. Band 108. Schorndorf: Verlag Karl Hoffmann, S. 69–80. 1996.

1.427. Oertel-Knöchel V, Mehler P, Hänsel F. Effekte von Sporttraining bei psychischen Störungen. In: Oertel-Knöchel, V.; Hänsel, F. (Hrsg.): Aktiv für die Psyche. Berlin: Springer 2016.

1.428. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Neuroscience and biobehavioral reviews 2019;107:525-539 Pubmed Journal

1.429. Nguyen Ho PT, Ha PBT, Tong T, Bramer WM, Hofman A, Lubans DR, et al. Mechanisms Linking Physical Activity with Psychiatric Symptoms Across the Lifespan: A Systematic Review. Sports medicine (Auckland, N.Z.) 2023;53(11):2171-2190 Pubmed Journal

1.430. McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E. Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta-analysis. Physiotherapy 2015;101(1):1-12 Pubmed Journal

1.431. Sailer P, Wieber F, Pröpster K, Stoewer S, Nischk D, Volk F, 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 Pubmed Journal

1.432. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al. Exercise for depression. The Cochrane database of systematic reviews 2013;2013(9):CD004366 Pubmed Journal

1.433. Brinsley J, Schuch F, Lederman O, Girard D, Smout M, Immink MA, et al. Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. British journal of sports medicine 2021;55(17):992-1000 Pubmed Journal

1.434. Tavares VDDO, Rossell SL, Schuch FB, Herring M, Menezes de Sousa G, Galvão-Coelho NL, et al. Effects of exercise on cognitive functioning in adults with serious mental illness: A meta analytic review. Psychiatry research 2023;321:115081 Pubmed Journal

1.435. Yu Q, Wong K-K, Lei O-K, Nie J, Shi Q, Zou L, et al. Comparative Effectiveness of Multiple Exercise Interventions in the Treatment of Mental Health Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Sports medicine - open 2022;8(1):135 Pubmed Journal

1.436. Ashdown-Franks G, Williams J, Vancampfort D, Firth J, Schuch F, Hubbard K, et al. Is it possible for people with severe mental illness to sit less and move more? A systematic review of interventions to increase physical activity or reduce sedentary behaviour. Schizophrenia research 2018;202:3-16 Pubmed Journal

1.437. Martland R, Korman N, Firth J, Stubbs B. The efficacy of exercise interventions for all types of inpatients across mental health settings: A systematic review and meta-analysis of 47 studies. Journal of sports sciences 2023;41(3):232-271 Pubmed Journal

1.438. Brupbacher G, Gerger H, Zander-Schellenberg T, Straus D, Porschke H, Gerber M, et al. The effects of exercise on sleep in unipolar depression: A systematic review and network meta-analysis. Sleep medicine reviews 2021;59:101452 Pubmed Journal

1.439. Chen C, Shan W. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. Psychiatry research 2019;281:112595 Pubmed Journal

1.440. Guo L, Kong Z, Zhang Y. Qigong-Based Therapy for Treating Adults with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International journal of environmental research and public health 2019;16(5) Pubmed Journal

1.441. Seshadri A, Adaji A, Orth SS, Singh B, Clark MM, Frye MA, et al. Exercise, Yoga, and Tai Chi for Treatment of Major Depressive Disorder in Outpatient Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. The primary care companion for CNS disorders 2020;23(1) Pubmed Journal

1.442. Xie Y, Wu Z, Sun L, Zhou L, Wang G, Xiao L, et al. The Effects and Mechanisms of Exercise on the Treatment of Depression. Frontiers in psychiatry 2021;12:705559 Pubmed Journal

1.443. Heissel A, Heinen D, Brokmeier LL, Skarabis N, Kangas M, Vancampfort D, et al. Exercise as medicine for depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis with meta-regression. British journal of sports medicine 2023;57(16):1049-1057 Pubmed Journal

1.444. Wu Y, Yan D, Yang J. Effectiveness of yoga for major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry 2023;14:1138205 Pubmed Journal

1.445. Pérez Bedoya ÉA, Puerta-López LF, López Galvis DA, Rojas Jaimes DA, Moreira OC. Physical exercise and major depressive disorder in adults: systematic review and meta-analysis. Scientific reports 2023;13(1):13223 Pubmed Journal

1.446. Ren F-F, Hillman CH, Wang W-G, Li R-H, Zhou W-S, Liang W-M, et al. Effects of aerobic exercise on cognitive function in adults with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. International journal of clinical and health psychology : IJCHP 2024;24(2):100447 Pubmed Journal

1.447. Sabe M, Kaiser S, Sentissi O. Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. General hospital psychiatry 2020;62:13-20 Pubmed Journal

1.448. Rißmayer M, Kambeitz J, Javelle F, Lichtenstein TK. Systematic Review and Meta-analysis of Exercise Interventions for Psychotic Disorders: The Impact of Exercise Intensity, Mindfulness Components, and Other Moderators on Symptoms, Functioning, and Cardiometabolic Health. Schizophrenia bulletin 2024;50(3):615-630 Pubmed Journal

1.449. Vogel JS, van der Gaag M, Slofstra C, Knegtering H, Bruins J, Castelein S. The effect of mind-body and aerobic exercise on negative symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. Psychiatry research 2019;279:295-305 Pubmed Journal

1.450. Guo J, Liu K, Liao Y, Qin Y, Yue W. Efficacy and feasibility of aerobic exercise interventions as an adjunctive treatment for patients with

schizophrenia: a meta-Analysis. Schizophrenia (Heidelberg, Germany) 2024;10(1):2 Pubmed Journal

1.451. Chang K-T, Goh KK, Latthirun K, Yang C-T. The effect of exercise on cognition and clinical symptoms of patients with schizophrenia: A systematic review of randomized controlled trial. Progress in brain research 2024;283:255-304 Pubmed Journal

1.452. Ziebart C, Bobos P, MacDermid JC, Furtado R, Sobczak DJ, Doering M. The efficacy and safety of exercise and physical activity on psychosis: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry 2022;13:807140 Pubmed Journal

1.453. Yip ALK, Karatzias T, Chien WT. Mindfulness-based interventions for non-affective psychosis: a comprehensive systematic review and meta-analysis. Annals of medicine 2022;54(1):2340-2353 Pubmed Journal

1.454. Su Y, Pan X, Li H, Zhang G. Effects of mind-body therapies on schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. Schizophrenia research 2024;264:236-247 Pubmed Journal

1.455. Yin J, Sun Y, Zhu Y, Alifujiang H, Wang YI, An S, et al. Effects of yoga on clinical symptoms, quality of life and social functioning in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. Asian journal of psychiatry 2024;93:103959 Pubmed Journal

1.456. Falkai P, Schmitt A, Rosenbeiger CP, Maurus I, Hattenkofer L, Hasan A, et al. Aerobic exercise in severe mental illness: requirements from the perspective of sports medicine. European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2022;272(4):643-677 Pubmed Journal

1.457. Röhricht F, Papadopoulos N. A Treatment Manual: Body Oriented Psychological Therapy for Chronic Schizophrenia. London: Newham Centre for Mental Health. 2010.

1.458. Groß SE, Schlomann L, Jänner M, Gouzoulis-Mayfrank E. Die somatische Versorgung von Patient*innen mit psychischer Komorbidität. Hg. v. Gemeinsamer Bundesausschuss (01VSF19052). 2025. Website

1.459. Lohr KN. Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington, DC: National Academy Press. 1990.

1.460. Neumann A, Baum F, Seifert M, Schoffer O, Kliemt R, March S. Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§ 64b SGB V). In: Psychiatr Prax 48 (3), S. 127–134. 2021. Journal

1.461. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). In: The Journal of clinical psychiatry 71 (10), S. 1313–1323. 2010. Journal

1.462. Karow A, Reimer J, König HH, Heider D, Bock T, Huber C, et al. Cost-effectiveness of 12-month therapeutic assertive community treatment as part of integrated care versus standard care in patients with schizophrenia treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). The Journal of clinical psychiatry 2012;73(3):e402-8 Pubmed Journal

1.463. Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A, Ruppelt F, Sauerbier A-L, Bussopulos A, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar I disorders: the 24-month follow-up ACCESS II study. The Journal of clinical psychiatry 2014;75(12):1371-9 Pubmed Journal

1.464. Schmidt SJ, Lange M, Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). European archives of psychiatry and clinical neuroscience 2018;268(6):593-602 Pubmed Journal

1.465. Schöttle D, Schimmelmann BG, Ruppelt F, Bussopulos A, Frieling M, Nika E, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia-spectrum and bipolar I disorders: Four-year follow-up of the ACCESS II study. PloS one 2018;13(2):e0192929 Pubmed Journal

1.466. Fischer F, Hoffmann K, Mönter N, Walle M, Beneke R, Negenborn S, et al. [Cost evaluation of a model for integrated care of seriously mentally ill patients]. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2014;76(2):86-95 Pubmed Journal

1.467. Kästner D, Büchtemann D, Warnke I, Radisch J, Baumgardt J, Giersberg S, et al. Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients

with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 2015;30(6):736-42 Pubmed Journal

1.468. Büchtemann D, Kästner D, Warnke I, Radisch J, Baumgardt J, Giersberg S, et al. Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients - results of a quasi-experimental study. Psychiatry research 2016;241:249-55 Pubmed Journal

1.469. Müller H, Haag I, Jessen F, Kim EH, Klaus J, Konkol C, et al. [Cognitive Behavioral Therapy and Assertive Community Treatment Reduces Days in Hospital and Delays Hospital Admission in Severe Psychotic Disorders]. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 2016;84(2):76-82 Pubmed Journal

1.470. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures?. Frontiers in psychiatry 2018;9:168 Pubmed Journal

1.471. Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek A, Zapotoczky HG, et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. The British journal of psychiatry : the journal of mental science 2010;197(6):463-7 Pubmed Journal

1.472. Lambert M, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 1. Rationale, treatment concept and results of the pre-study]. Psychiatrische Praxis 2014;41(5):257-65 Pubmed Journal

1.473. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG, Karow A, Bussopulos A, Gallinat J, et al. Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. Frontiers in psychiatry 2019;10:736 Pubmed Journal

1.474. Mueller-Stierlin AS, Becker T, Greve N, Hänsel A, Herder K, Kohlmann A, et al. Results from a randomized controlled trial investigating effectiveness of a community-based intervention on empowerment of people with severe mental illness. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2025;60(9):2135-2147 Pubmed Journal

1.475. Frank F, Rummel-Kluge C, Berger M, Bitzer EM, Hölzel LP. Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment--a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. BMC psychiatry 2014;14:143 Pubmed Journal

1.476. Morrison RL, Bellack AS. Social skills training. In: Bellack AS (Hg.): Schizophrenia: Treatment, management, and rehabilitation. Orlando: Grune & Stratton, S. 247–279. 1984.

1.477. Weinmann S, Becker T. Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie: Handbuch (Fachwissen). Psychiatrie Verlag 2009.