



**Ψ DGPPN**

**Gühne · Fricke  
Schliebener · Becker · Riedel-Heller**

# **Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen**

**Patientenleitlinie für Betroffene  
und Angehörige**

 **Springer**

# Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Uta Gühne  
Ruth Fricke  
Gudrun Schliebener  
Thomas Becker  
Steffi G. Riedel-Heller

# **Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen**

Patientenleitlinie für Betroffene und Angehörige

 Springer

**Prof. Dr. med. Thomas Becker**  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der  
Universität Ulm  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Günzburg, Deutschland

**Dr. rer. med. Uta Günhe**  
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig, Medizinische Fakultät  
Leipzig, Deutschland

**Ruth Fricke**  
Herford, Deutschland

**Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller**  
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig, Medizinische Fakultät  
Leipzig, Deutschland



**Gudrun Schliebener**  
Herford, Deutschland

Diese Patientenleitlinie ist die Patienten- und Angehörigenversion der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, die in der Reihe S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie/Psychotherapie federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben wurde und die AWMF Registernummer 038-020 erhielt. Zum Nachweis der wissenschaftlichen Belege gelten die dort aufgeführten Quellen. <http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html>

Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ erhielt das Gütesiegel der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.).

ISBN 978-3-642-55267-0      ISBN 978-3-642-55268-7 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-642-55268-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) 2014

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg  
Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg  
Lektorat: Dr. Brigitte Dahmen-Roscher, Hamburg  
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © Maartje van Caspel, [www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)  
Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

# Vorwort

---

Liebe Leserin, lieber Leser,

schwere und anhaltende psychische Erkrankungen sind oft mit vielfältigen Belastungen in den verschiedenen Lebensbereichen verbunden. Trotzdem gelingt den meisten Menschen mit schweren psychischen Störungen ein Leben in der Gemeinde. Eine Therapie ist für die meisten ständiger Begleiter.

Neben körperlichen Behandlungsmethoden (z. B. Medikamente) und psychotherapeutischen Verfahren (z. B. Verhaltenstherapie) nehmen psychosoziale Therapien eine bedeutende Rolle in der Behandlung und Begleitung psychisch schwer kranker Menschen ein. Psychosoziale Therapien zielen darauf ab, die Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. So wird z. B. mit Hilfe arbeitsrehabilitativer Maßnahmen versucht, die Beschäftigungssituation der Betroffenen positiv zu beeinflussen. Verschiedene Wohnangebote unterstützen und fördern ganz gezielt die Unabhängigkeit der Betroffenen in ihrem Lebensalltag. Trainingsansätze zur Förderung sozialer Fertigkeiten und Kompetenzen können zu einem sicheren Umgang mit anderen Menschen führen.

Diese Leitlinie für Patienten und Angehörige will aufzeigen, welche psychosozialen Behandlungsansätze wirksam und hilfreich sind. Die hier aufgeführten Informationen basieren auf wissenschaftlichen Befunden. Darüber hinaus will diese Information auf relevante Behandlungs-, Beratungs- und Versorgungsangebote innerhalb der deutschen Versorgungslandschaft hinweisen. Diese Information will auch dazu ermuntern, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen, Entscheidungsprozesse im Behandlungsverlauf aktiv mitzugestalten und erforderlichenfalls nach möglichen regionalen Therapieangeboten zu fragen.

**Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker  
und Steffi Riedel-Heller**

Leipzig, Günzburg und Herford, im Sommer 2014

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>An wen richtet sich diese Information?</b> .....	1
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
1.1	<b>Um welche Behandlungen geht es in dieser Information?</b> .....	2
1.2	<b>Wie ist die vorliegende Patienteninformation aufgebaut?</b> .....	2
<b>2</b>	<b>Wie ist diese Patienteninformation entstanden?</b> .....	5
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>3</b>	<b>Was steht im Vordergrund jeder Behandlung?</b> .....	9
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
3.1	<b>Grundprinzipien und Ziele der Behandlung und Rehabilitation</b> .....	10
3.2	<b>Patientenrechte</b> .....	11
<b>4</b>	<b>Welche Möglichkeiten im Bereich psychosozialer Therapien gibt es für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?</b> ....	13
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
4.1	<b>Ein kleiner Überblick</b> .....	14
4.2	<b>Einzelinterventionen</b> .....	14
4.2.1	Ergotherapie (☆☆) .....	14
4.2.2	Künstlerische Therapien (☆☆) .....	15
4.2.3	Psychoedukation (☆☆☆) .....	16
4.2.4	Training sozialer Kompetenzen (☆☆☆) .....	18
4.2.5	Sport- und Bewegungstherapie (☆☆) .....	19
4.3	<b>Systeminterventionen</b> .....	20
4.3.1	Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze .....	20
4.3.2	Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben ☆☆ .....	24
4.3.3	Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinde .....	30
<b>5</b>	<b>Rat und Unterstützung durch Selbsthilfe</b> .....	33
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	

<b>6</b>	<b>Ein kleiner Wegweiser durch das Behandlungs- und Versorgungssystem</b> .....	39
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
6.1	<b>Wer ist an der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beteiligt?</b> .....	40
6.1.1	Ambulante Behandlungs- und Versorgungsleistungen .....	40
6.1.2	Stationäre und teilstationäre Behandlungs- und Versorgungsleistungen .....	43
6.2	<b>Welche Rechtsgrundlagen und Träger gibt es für mögliche Behandlungs- und Versorgungsleistungen?</b> .....	45
<b>7</b>	<b>Was Angehörige wissen sollten</b> .....	49
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>8</b>	<b>Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern</b> .....	53
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>9</b>	<b>Schlussbemerkung</b> .....	57
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>10</b>	<b>Kleines Wörterbuch</b> .....	59
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>11</b>	<b>An der Entwicklung der Leitlinie beteiligte Organisationen und Experten</b> .....	63
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	
<b>12</b>	<b>Lesermeinung</b> .....	67
	<i>Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller</i>	

# Autorenverzeichnis

---

**Becker, Thomas, Prof. Dr.**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm  
am Bezirkskrankenhaus Günzburg  
Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg  
[t.becker@uni-ulm.de](mailto:t.becker@uni-ulm.de)

**Fricke, Ruth**

Mozartstraße 20b, 32049 Herford  
[Ruth.Fricke@t-online.de](mailto:Ruth.Fricke@t-online.de)

**Gühne, Uta, Dr.**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig,  
Medizinische Fakultät  
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig  
[Uta.Guehne@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Uta.Guehne@medizin.uni-leipzig.de)

**Riedel-Heller, Steffi G., Prof. Dr.**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Universität Leipzig,  
Medizinische Fakultät  
Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig  
[Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de](mailto:Steffi.Riedel-Heller@medizin.uni-leipzig.de)

**Schliebener, Gudrun**

Ottenbuschweg 21, 32051 Herford  
[schliebener.herford@t-online.de](mailto:schliebener.herford@t-online.de)

# An wen richtet sich diese Information?

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

- 1.1 **Um welche Behandlungen geht es  
in dieser Information? – 2**
- 1.2 **Wie ist die vorliegende Patienteninformation  
aufgebaut? – 2**

Diese Patienteninformation richtet sich an **Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Angehörige**. D. h. diese Broschüre möchte Menschen mit verschiedenen psychischen Erkrankungen erreichen: z. B. Menschen mit einer Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Erkrankung, Menschen mit schweren affektiven Störungen wie einer Depression oder bipolaren Störung, Menschen mit einer schweren Angst- oder Zwangsstörung sowie Menschen mit einer schweren Persönlichkeitsstörung. Angesprochen werden sollen Menschen mit einer dieser Diagnosen, welche bereits über längere Zeit, mindestens jedoch 2 Jahre erkrankt sind und welche durch die Erkrankung erhebliche Einschnitte in ihren Lebensalltag erleben. Häufig erfahren die von einer schweren psychischen Erkrankung Betroffenen neben starken psychischen Beschwerden zahlreiche Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen wie Familie, Ausbildung, Beruf, Freizeit und in der Teilhabe am sozialen Leben.

## 1.1 Um welche Behandlungen geht es in dieser Information?

---

Diese Patienteninformation will wichtige psychosoziale Therapien vorstellen, deren Wirksamkeit bei der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, wie eingangs beschrieben, untersucht wurde. **Psychosoziale Therapien** zielen hauptsächlich darauf ab, die persönlichen Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer eigenen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsbedingungen oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen, also Fertigkeiten im Umgang mit sich selbst und Anderen in den verschiedenen Lebensbereichen erweitert werden. D. h. psychosoziale Therapien zielen nicht allein auf eine Symptomverbesserung, wie das beispielsweise durch eine medikamentöse Therapie beabsichtigt ist, sondern vielmehr darauf, dass die Betroffenen darin unterstützt und gestärkt werden, sich in ihrem Leben und ihrer Umwelt wieder eigenständiger, sicherer und zielgerichteter zu bewegen und damit mehr Lebensqualität zu erlangen. Psychosoziale Therapien werden auch als 3. Säule der Behandlung psychischer Störungen bezeichnet. Folgende Abbildung soll dies veranschaulichen (▣ [Abb. 1.1](#)).

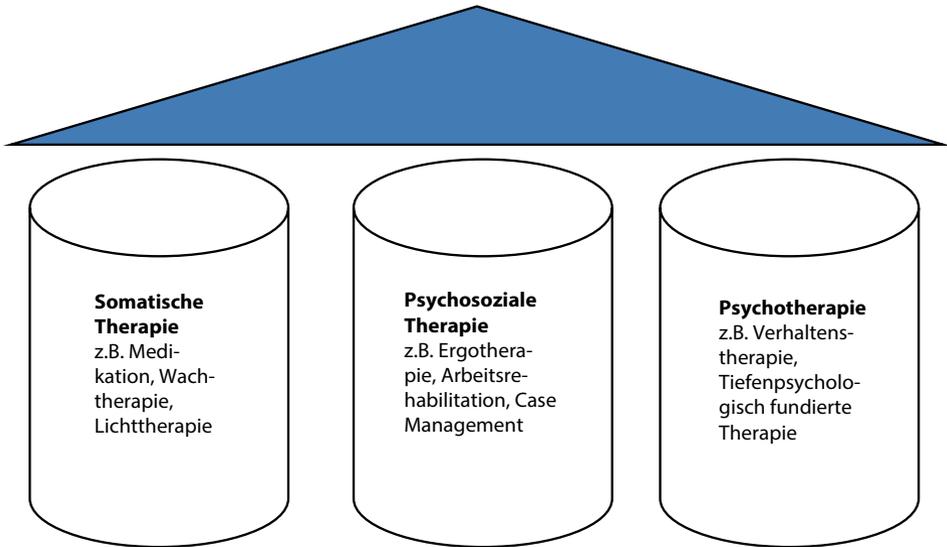
## 1.2 Wie ist die vorliegende Patienteninformation aufgebaut?

---

Neben allgemeinen Informationen zu Beginn dieser Patienteninformation und einigen Worten dazu, wie diese Broschüre entstanden ist (► [Kap. 2](#)), werden in ► [Kap. 3](#) Grundprinzipien und Ziele psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation beleuchtet.

► [Kap. 4](#) stellt das Herzstück dieser Broschüre dar und gibt einen Überblick über psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten. Dort wird über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu psychosozialen Behandlungen schwerer psychischer Erkrankungen informiert. Nach einer Kurzbeschreibung der Behandlungsformen folgen jeweils die Empfehlungen und praktische Hinweise, wo in Deutschland diese Behandlungen vorgehalten werden einschließlich relevanter weiterführender Adressen und Links. Die Empfehlungsstärke wird mit Hilfe kleiner Sternchen ersichtlich hervorgehoben (► [Kap. 2](#): Wie ist diese Patienteninformation entstanden?). Die stärkste Empfehlung ist mit drei Sternen versehen.

Selbsthilfe stellt neben den professionellen Hilfen eine wesentliche Ergänzung innerhalb des Unterstützungsangebotes für Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. In ► [Kap. 5](#) werden verschiedene Ansätze vorgestellt.



■ **Abb. 1.1** Behandlungsspektrum psychischer Störungen

Das psychiatrische Hilfesystem stellt sich für Patienten und Angehörige oft als recht unübersichtlich dar. Die Versorgungslandschaft ist von Bundesland zu Bundesland und von Landkreis zu Landkreis sehr unterschiedlich, vielfach gibt es keine einheitlichen Bezeichnungen für vergleichbare Angebote; umgekehrt stecken hinter identischen Bezeichnungen oft ganz unterschiedliche Dienste. In ► [Kap. 6](#) findet der interessierte Leser eine grobe Übersicht über wichtige Elemente der psychosozialen Behandlung und Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung.

► [Kap. 7](#) richtet sich ganz besonders an Angehörige psychisch kranker Menschen, welche im Verlauf besonderen Herausforderungen ausgesetzt sind und von daher selbst oft Rat und Unterstützung benötigen. Schließlich werden in ► [Kap. 8](#) mögliche Unterstützungsleistungen für die „kleinen“ Angehörigen betrachtet. Denn auch die Kinder schwer psychisch Kranker brauchen unter Umständen besondere Hilfen.

In ► [Kap. 10](#) findet sich ein kleines „Wörterbuch“ und in ► [Kap. 11](#) eine Übersicht über an der Entwicklung der Leitlinie beteiligte Organisationen und beratende Wissenschaftler. Ganz am Ende haben Sie die Möglichkeit, Ihre Meinung zur vorliegenden Broschüre, die uns sehr wichtig ist, zu äußern.

Der Patientenratgeber möchte dabei unterstützen, im Gespräch mit Ärzten oder anderen Behandlern die „richtigen“ Fragen zu stellen und dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit den behandelnden Ärzten, anderen Behandlern und nahen Angehörigen zu treffen. Diese Patienteninformation kann allerdings nicht das Gespräch mit dem Arzt und allen anderen Behandlern ersetzen.

#### ■ **Allgemeine Hinweise**

Diese Information richtet sich an Frauen und Männer. Der einfacheren Lesbarkeit halber haben wir an manchen Stellen allein die männliche Form verwendet.

Da an der Behandlung und Versorgung schwer psychisch Erkrankter neben Ärzten und Psychotherapeuten viele weitere professionell Tätige anderer Berufung beteiligt sind, wird hier oft die Formulierung Behandler gewählt.

► Diese kleinen Pfeile, die in der Broschüre häufig zu finden sind, verweisen auf andere Stellen in der Patienteninformation, z. B. auf das Wörterbuch, in dem einzelne Begriffe näher erläutert werden, und auf weitere Textstellen, zu denen es verwandte Bezüge gibt.

Die Formulierungen der Empfehlungen wurden z. T. für die Patienteninformation verändert, um eine verbesserte Lesbarkeit zu erreichen. Die originalen Empfehlungen sind in der Langversion der Leitlinie nachzulesen.

# Wie ist diese Patienteninformation entstanden?

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Grundlage für diese Patienteninformation ist die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, die 2013 veröffentlicht wurde. Initiator und Herausgeber der Leitlinie ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Die DGPPN ist die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Eine wissenschaftliche Begleitung fand durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) statt.

Die in dieser Leitlinie formulierten Handlungsempfehlungen beruhen auf dem besten derzeit verfügbaren medizinischen Wissen. Zahlreiche Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Berufsverbände aus dem weiten Feld der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Patienten- und Angehörigenvertreter haben die Empfehlungen in dieser Leitlinie in Übereinstimmung verabschiedet (► Kap. 11).

Die Patientenleitlinie, die Sie gerade in den Händen halten, enthält zusammengefasst wichtige Informationen aus dieser zunächst für Fachleute entwickelten Leitlinie. Die vorliegende Broschüre wurde unter Mitwirkung von Patienten- und Angehörigenvertretern erarbeitet. Die wissenschaftlichen Quellen, auf denen die Aussagen dieser Information beruhen, sind in der S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen nachzulesen. Sie ist im Internet unter folgendem Link frei zugänglich: ► <http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/versorgung0/s3-leitlinie-psychosoziale-therapien-bei-schweren-psychischen-erkrankungen.html>. In Buchform ist sie unter folgender ISBN-Nummer erhältlich: ISBN 978-3-642-30269-5.

### Behandlungsleitlinien

Behandlungsleitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand im jeweiligen Fachgebiet wiedergeben und den Behandlern und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung erleichtern. Dennoch sind die Empfehlungen einer Leitlinie nicht zwingend verbindlich für die Behandler. Jeder Patient bringt seine eigene Krankengeschichte, eigene Voraussetzungen und Wünsche mit, die bei der Wahl der Behandlungsform(en) Berücksichtigung finden. In begründeten Fällen muss der Behandler sogar von den Empfehlungen einer Leitlinie abweichen.

Die Empfehlungen dieser Leitlinie beruhen auf der Grundlage klinischer Studien und sind damit auf dem höchsten aktuellen Stand der Medizin. D. h. in Vorbereitung der formulierten Empfehlungen in dieser Leitlinie wurde nach qualitativ hochwertigen Studien gesucht, in denen die jeweiligen psychosozialen Therapien hinsichtlich ihrer Wirksamkeit bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen untersucht wurden. Für manche Interventionen liegen viele aussagekräftige Studien vor. Für andere liegen Studien vor, die keine sehr zuverlässigen Ergebnisse liefern. Manchmal gibt es auch widersprüchliche Angaben in unterschiedlichen Studien. Das spiegelt sich in den Empfehlungen einer Leitlinie wieder. Daneben sind andere Faktoren von Bedeutung, die die Stärke einer Empfehlung beeinflussen, z. B. die Präferenz der Patienten für eine Behandlung, die sich beispielsweise in der Behandlungszufriedenheit widerspiegelt. Man unterscheidet demnach **starke Empfehlungen** für sehr gut abgesicherte Behandlungsmöglichkeiten (hier mit drei Sternen markiert) von **schwachen Empfehlungen** für Behandlungsmöglichkeiten, für die keine hochwertigen Daten vorliegen. Die Empfehlungsstärke findet in folgenden aufgeführten Formulierungen ihren Ausdruck (► Tab. 2.1).

**Tab. 2.1** Empfehlungsstärke für Behandlungsmöglichkeiten

„Soll“-Empfehlung ☆☆☆	<b>Starke Empfehlung</b> , für die sehr gut abgesicherte Studienergebnisse vorliegen. Die meisten Patienten sollen die Therapie erhalten.
„Sollte“-Empfehlung ☆☆	<b>Empfehlung</b> , für die Ergebnisse aus gut durchgeführten Studien vorliegen. Nach Abwägung medizinischer Gründe und/oder Patientenpräferenzen soll ein Teil der Patienten die Therapie erhalten.
„Kann“-Empfehlung ☆	<b>Offene Empfehlung</b> , die Ergebnisse stammen aus weniger hochwertigen Studien oder sind nicht eindeutig.

Bei der Umsetzung dieser Leitlinie wurde diese Wortwahl beibehalten. Wenn in dieser Patienteninformation also steht, dass eine bestimmte Intervention angeboten oder durchgeführt werden „soll“, dann bedeutet das: Für diese Therapie gibt es stichhaltige und von Experten geprüfte wissenschaftliche Belege. Zur besseren Veranschaulichung sind die Empfehlungsstärken zusätzlich durch Sternchen hervorgehoben. Hat eine Empfehlung 3 Sternchen, dann ist diese Empfehlung wissenschaftlich gut abgesichert und die entsprechende Behandlung bei schweren psychischen Erkrankungen sehr zu empfehlen. 1 Sternchen hingegen bedeutet, hierzu gibt es bisher wenig aussagekräftige Befunde, um eine Empfehlung für diese Behandlung auszusprechen. Daneben wurden wichtige Empfehlungen, für die keine Studien vorliegen, für die jedoch breite Übereinstimmung unter Experten herrscht, in Form von **Statements** hervorgehoben.

Die Empfehlungen einer Leitlinie sind nie endgültig. Die ständige Weiterentwicklung von medizinischen und psychosozialen Behandlungsansätzen und dessen wissenschaftliche Begleituntersuchungen erfordern deshalb regelmäßige Aktualisierungen von Behandlungsleitlinien.

# Was steht im Vordergrund jeder Behandlung?

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

- 3.1 Grundprinzipien und Ziele der Behandlung und Rehabilitation – 10**
- 3.2 Patientenrechte – 11**

### 3.1 Grundprinzipien und Ziele der Behandlung und Rehabilitation

Bei der Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen bilden gewisse **Grundprinzipien** eine Grundlage für das Handeln der Behandler und Patienten. Die Umsetzung der Grundprinzipien hat einen großen Einfluss auf das Erreichen der Behandlungsziele.

- Die Beziehung zwischen Behandlern und Patienten/Angehörigen sollte bewusst gestaltet werden. Behandler sollten u. a. Verständnis, Echtheit, Einfühlungsvermögen und Geduld mitbringen, Patienten und Angehörige Vertrauen, Motivation und positive Erwartungen.
- Die Haltung der Behandler gegenüber Patienten/Angehörigen sollte von Respekt, Einfachheit, Klarheit und Beständigkeit geprägt sein.
- Am Beginn jeder Behandlung sollte eine ausführliche Information und Aufklärung über die Erkrankung und alle damit verbundenen Aspekte stehen, um den Patienten und Angehörigen eine aktive Beteiligung an der Bewältigung der Erkrankung zu ermöglichen. Die Informationsvermittlung sollte im weiteren Verlauf beständig fortgeführt werden.
- Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sollten sich an den individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen der Patienten orientieren.
- Behandlungsziele sollten auf einer umfangreichen Untersuchung des Patienten und seiner Lebensbedingungen erfolgen und in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit den Patienten und Angehörigen neu formuliert werden.
- Behandlungs- und Rehabilitationsangebote sollten wohnort- und alltagsnah sein.
- Die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen erfordert die Kombination verschiedenster Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten bei hoher Flexibilität. D. h. unterschiedliche Krankheitsphasen im Verlauf sind mit unterschiedlichen Bedürfnissen auf Patientenseite verbunden, die wiederum unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte erfordern.

#### Statement

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben ein Recht darauf, in ihren besonderen Bedürfnissen und ihrem eigenen Hilfebedarf wahrgenommen zu werden. Sie sollen dabei unterstützt werden, ihre eigenen Interessen selbst durchzusetzen, dabei frei und unabhängig zu entscheiden sowie sich und ihre Lebensverhältnisse selbstbestimmt zu organisieren (**Empowerment**).

**Das Ziel der Behandlung und Rehabilitation** schwerer psychischer Störungen besteht darin, die Betroffenen dabei zu begleiten, die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen, die mit der Erkrankung verbunden sind, zu überwinden und zu einem erfüllten und hoffnungsvollen Leben, eingebettet in ein soziales Umfeld, zurück zu finden. D. h. Ziel muss nicht zwangsläufig Heilung bedeuten, sondern eine Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft auch mit der Erkrankung. Eine wichtige Aufgabe der Behandler ist dabei, die Hoffnung der Patienten und Angehörigen auf Besserung aufrechtzuerhalten (Recovery).

Der Begriff „Recovery“ gewann im Umgang mit schweren psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren an Bedeutung und gibt in den englischsprachigen Ländern die gesundheitspolitische Orientierung in der Psychiatrie vor. Den Recovery-Elementen Partizipation (► [Kap. 10](#), Wörterbuch) und Selbstbestimmung kommt im gesamten Gesundheitsprozess eine große Bedeutung zu. Aber auch über Selbstbestimmung und Partizipation im Rahmen psych-

iatrischer Behandlung hinaus finden sich zunehmend Konzepte, die auf dem Wissen Psychiatererfahrener aufbauen. So sind Ansätze von gegenseitiger Unterstützung (Peer support) ein Kernbestandteil recoveryorientierter Praxis (► [Kap. 5](#)).

## 3.2 Patientenrechte

---

Eine Voraussetzung, sich aktiv und gleichberechtigt an der Behandlung zu beteiligen, ist, die eigenen Rechte im Rahmen der Behandlung zu kennen und auch wahrzunehmen. Im Februar 2013 ist das neue **Patientenrechtegesetz** in Kraft getreten. Damit verbunden sind deutliche Verbesserungen für die Patienten. Hervorzuheben sind insbesondere die umfassenden Aufklärungs- und Informationspflichten des behandelnden Arztes. D. h. Patienten müssen künftig rechtzeitig in einem persönlichen Gespräch verständlich und umfassend über Diagnosen und Behandlungen aufgeklärt werden. Auch gegenüber den Krankenkassen können zukünftig mehr Rechte geltend gemacht werden. So müssen die Krankenkassen in Genehmigungsverfahren, z. B. für eine Rehabilitationsmaßnahme, eine gesetzliche Frist einhalten. Wenn sie innerhalb dieser Frist nicht handeln, wird der Antrag als genehmigt gelten. (► „Adressen und weiterführende Links“)

### Adressen und weiterführende Links

► <http://www.patienten-rechte-gesetz.de>

Die wichtigsten Neuerungen hat das Bundesjustizministerium (BMJ) in einem aktuellen Infoblatt zusammengetragen:

► [http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Infoblatt\\_Patientenrechte.pdf](http://www.bmjv.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Infoblatt_Patientenrechte.pdf)

# Welche Möglichkeiten im Bereich psychosozialer Therapien gibt es für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen?

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

- 4.1 Ein kleiner Überblick – 14**
- 4.2 Einzelinterventionen – 14**
  - 4.2.1 Ergotherapie (☆☆) – 14
  - 4.2.2 Künstlerische Therapien (☆☆) – 15
  - 4.2.3 Psychoedukation (☆☆☆) – 16
  - 4.2.4 Training sozialer Kompetenzen (☆☆☆) – 18
  - 4.2.5 Sport- und Bewegungstherapie (☆☆) – 19
- 4.3 Systeminterventionen – 20**
  - 4.3.1 Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze – 20
  - 4.3.2 Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben ☆☆ – 24
  - 4.3.3 Möglichkeiten der Teilhabe am Leben  
in der Gemeinde – 30

## 4.1 Ein kleiner Überblick

---

Die Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen lässt sich in drei große Bereiche gliedern (■ Abb. 4.1). Maßnahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation, einschließlich Pflege und Beratungsangebote, stehen in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form zur Verfügung und sind darauf ausgerichtet, Gesundheit zu unterstützen, Krankheitszeichen zu lindern sowie Krankheitsfolgen zu überwinden bzw. zu reduzieren. Insbesondere für psychisch kranke Menschen mit chronischen und schweren Krankheitsverläufen, häufig verbunden mit Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen, sind darüber hinaus rehabilitative Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft (z. B. Angebote zur Tagesgestaltung und zum Wohnen) von großer Bedeutung.

Im Folgenden werden verschiedene psychosoziale Therapien vorgestellt, die im Rahmen der Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit betrachtet wurden. Dabei werden sogenannte **Einzelinterventionen** beschrieben, wie z. B. die Ergotherapie, Ansätze des sozialen Kompetenztrainings und der Sport- und Bewegungstherapie. Diese können an verschiedenen Orten der Behandlung (z. B. ambulanter Bereich, Tagesklinik, stationäre Behandlung) und in der Regel durch einzelne Behandler durchgeführt werden.

Einen weiteren Bereich stellen sogenannte **Systeminterventionen** dar, bei denen es darum geht, Versorgungsangebote in einer bestimmten Art und Weise zu organisieren und bereitzustellen. Das sind meist komplexe Interventionen, wie z. B. multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Behandlungsverfahren, in denen Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen die gesamte Breite psychiatrischer und psychosozialer Versorgung sicherstellen. Bei Ansätzen der Arbeitsrehabilitation geht es darum, die Betroffenen darin zu unterstützen, die berufliche Situation zu verbessern. Für Menschen, die aufgrund ihrer schweren psychischen Erkrankung und deren Folgen nicht in der Lage sind, ihre persönliche Lebenssituation allein zu bewältigen, stehen z. B. betreute Wohnformen zur Verfügung.

Die im Folgenden aufgeführten psychosozialen Interventionen zielen hauptsächlich darauf ab, die Möglichkeiten der Betroffenen, in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern.

## 4.2 Einzelinterventionen

---

### 4.2.1 Ergotherapie (☆☆)

---

#### ■ Was bedeutet Ergotherapie?

Die Ergotherapie gehört zu den ältesten Behandlungsformen psychischer Erkrankungen. Der Begriff stammt aus dem Griechischen und meint: Gesundheit durch Handeln und Arbeiten. Ergotherapie soll dem Patienten helfen, durch Krankheit verlorene Handlungsfähigkeit und Selbstständigkeit im Alltagsleben wiederherzustellen bzw. zu erhöhen. Dazu gehören wichtige Bereiche wie die der Selbstversorgung und Haushaltsführung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, Fähigkeit zur Berufsausübung beziehungsweise Weiterführen der Ausbildung sowie Freizeitaktivitäten. Dabei wird ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, das heißt, es geht nicht nur um das Schulen bestimmter Bewegungsabläufe, sondern der Mensch als Ganzes wird einbezogen. Die Schwerpunkte der Behandlung orientieren sich an der jeweiligen Situation der Patienten.



■ **Abb. 4.1** Drei große Bereiche des deutschen Behandlungs- und Versorgungssystems

#### ■ Kann Ergotherapie empfohlen werden?

Einige Studien belegen die Wirksamkeit von Ergotherapie in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und **sollte** deshalb im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden ☆☆.

#### ■ Wo findet Ergotherapie statt und wie erhält man Zugang?

Ergotherapie wird in teil- und vollstationären Behandlungsbereichen (Krankenhaus, Rehabilitationskliniken) als Teil des komplexen Behandlungsumfanges angeboten. Darüber hinaus wird Ergotherapie auch in Praxen, Gemeindepsychiatrischen Zentren und Wohneinrichtungen durchgeführt. Ergotherapie kann auch in der realen Lebenswelt stattfinden, z. B. in Form eines Einkaufstrainings. Ergotherapie kann im ambulanten Sektor von allen niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Pro Verordnung muss der Patient in der Regel eine Zuzahlung von 10 % selbst tragen. Die erste Verordnung umfasst üblicherweise zehn Behandlungseinheiten. Eine Therapieeinheit dauert zwischen 30 und 60 Minuten. Ergotherapie findet als Einzel-, Paar- oder Gruppentherapie statt. (► „Adressen und weiterführende Links“)

#### **Adressen und weiterführende Links**

Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) mit Informationen zur Therapeutensuche:

► <https://www.dve.info/ergotherapie/infos-fuer-patienten.html>

### 4.2.2 Künstlerische Therapien (☆☆)

#### ■ Was bedeuten Künstlerische Therapien?

Es existiert eine große Vielfalt künstlerisch-therapeutischer Behandlungsansätze. In der Praxis findet man häufig Angebote von Kunst-, Musik-, Tanz- und Bewegungstherapie sowie Theater- und Dramatherapie. Allen gemeinsam ist, dass Künstlerische Therapien den eigenen Ausdruck und den Austausch mit Anderen auch ohne „sprechende“ Sprache ermöglichen. Die Patienten haben in der Auseinandersetzung mit dem Kunstwerk bzw. im künstlerischen Prozess die Möglichkeit, sich auf ihr inneres Erleben zu konzentrieren und sich in besonderer Art und Weise mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen. Künstlerische Therapien ermöglichen

neue Erlebensräume und geben dem Patienten damit die Gelegenheit, sich selbst und seine Umwelt besser zu verstehen und sich in ihr freier und flexibler zu bewegen. Erreicht werden soll eine Stärkung der inneren Wahrnehmung aber auch der Problemlösefertigkeiten und der Fertigkeiten im Umgang mit Anderen. Während **Musiktherapie** als gezielte Anwendung von Musik oder musikalischen Elementen im therapeutischen Prozess verstanden werden kann, kommen in der **Kunsttherapie** Mittel der bildenden Kunst (z. B. Bilder) zur Anwendung. Die **Tanz- und Bewegungstherapie** nutzt den Körper, die Bewegung und den Tanz für psychotherapeutische Zielsetzungen und die **Theater- und Dramatherapie** greift auf die verwandelnde Kraft des „Theaterspielens“ zurück. Unterschieden werden grundsätzlich aktive und rezeptive Methoden, d. h. im Bereich der Musiktherapie bedeutet das, dass die Patienten zum einen musikalisch selbst aktiv werden und beispielsweise ein Instrument spielen oder über das Hören von Musik neue Erfahrungen erleben.

#### ■ Können Künstlerische Therapien empfohlen werden?

Einige Studien belegen die Wirksamkeit Künstlerischer Therapien in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und **sollten** deshalb im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden☆☆.

#### ■ Wo finden Künstlerische Therapien statt und wie erhält man Zugang?

Künstlerische Therapien haben in Deutschland einen festen Platz bei der Behandlung psychischer Erkrankungen. Sie werden in Institutsambulanzen, Tageskliniken, in der teil- und vollstationären Akutbehandlung, aber auch in Rehabilitationskliniken sowie in der Eingliederungshilfe angeboten. Gesetzliche Krankenkassen übernehmen i. d. R. keine Kosten für eine ambulante Therapie. Dennoch wird empfohlen, bei der jeweiligen Krankenkasse nachzufragen. Künstlerische Therapien werden als Einzel- oder Gruppentherapie durchgeführt. Frequenz und Dauer einer Sitzung richten sich nach der Schwere der Erkrankung. Künstlerische Vorkenntnisse sind nicht erforderlich. (► „Adressen und weiterführende Links“)

#### **Adressen und weiterführende Links**

Verschiedene Gesellschaften und Verbände bieten Informationen zur Therapeutensuche an, z. B.:

Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen e.V.: ► <http://www.dgkt.de>

Berufsverband der TanztherapeutInnen Deutschlands : ► <http://www.btd-tanztherapie.de>

Deutscher Fachverband für Kunst- und Gestaltungstherapie e.V.: ► <http://www.dfgkt.de>

Deutsche Gesellschaft für Theatertherapie: ► <http://www.dgft.de>

Deutsche Musiktherapeutische Gesellschaft: ► <http://www.musiktherapie.de>

### 4.2.3 Psychoedukation (☆☆☆)

#### ■ Was bedeutet Psychoedukation?

Psychoedukation zielt darauf, Patienten und Angehörige über die Krankheit und mögliche Behandlungen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen

Umgang mit der Erkrankung zu stärken und bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Struktur und Inhalte von Psychoedukation orientieren sich sehr stark an den eigenen Erfahrungen der Betroffenen. In den einzelnen Sitzungen werden neben Hintergrundwissen (z. B. Krankheitskonzept, Krankheitszeichen, Verlauf, therapeutische Möglichkeiten) auch praktisches Handlungswissen (z. B. Frühwarnzeichen für Rückfälle, Rückfallvorbeugung, Notfallpläne) erarbeitet. Daneben bleibt Raum zur emotionalen Entlastung der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

### Statement

Jeder Betroffene mit einer schweren psychischen Erkrankung hat über die gesetzliche Aufklärungspflicht hinaus ein Recht darauf, situationsgerechte Informationen zu seiner Erkrankung, deren Ursachen, Verlauf und den verschiedenen Behandlungsalternativen vermittelt zu bekommen. Die Informiertheit ist Grundlage kooperativer Entscheidungsfindung und Voraussetzung gesundheitsfördernden Verhaltens.

#### ■ Kann Psychoedukation empfohlen werden?

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und **sollten** deshalb im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes und orientiert an den Bedürfnissen und Präferenzen des Patienten angeboten werden ☆☆. Die Wirksamkeit von Psychoedukation **soll** durch den Einbezug der Angehörigen erhöht werden ☆☆☆.

#### ■ Wo findet Psychoedukation statt und wie erhält man Zugang?

Psychoedukation kann grundsätzlich in allen Behandlungszusammenhängen (ambulant, teil- und vollstationär) stattfinden, ist jedoch in der Praxis noch nicht regelhaft etabliert. Im Rahmen teil- und vollstationärer Behandlungen wird Psychoedukation als ein Behandlungsbaustein angeboten. Im ambulanten Behandlungssektor sind die Möglichkeiten eingeschränkt: hier findet man psychoedukative Interventionen v. a. an Institutsambulanzen und Polikliniken oder im Rahmen der Integrierten Versorgung (► [Abschn. 6.2](#)). Es wird empfohlen, den behandelnden Arzt und/oder die Krankenkasse nach entsprechenden Angeboten zu fragen. Üblicherweise findet Psychoedukation in Gruppen statt. Dabei gibt es reine Patientengruppen und separate Angehörigengruppen sowie gemischte Gruppen mit Patienten und Angehörigen. Der Einbezug von Angehörigen (Eltern, Partner, Geschwister, Kinder) sollte nach Möglichkeit das Einverständnis des Patienten voraussetzen. Die Gruppensitzungen für Patienten werden i. d. R. wöchentlich durchgeführt, die für die Angehörigen finden in größeren Abständen statt. Angeleitet werden die Gruppen häufig von psychiatrisch tätigen Ärzten und/oder Psychologischen Psychotherapeuten. (► „Adressen und weiterführende Links“)

### Adressen und weiterführende Links

- <http://www.psychiatrie-aktuell.de> mit einer Informationsseite zu Psychoedukation
- <http://www.psychiatrie.de>

#### 4.2.4 Training sozialer Kompetenzen (☆☆☆)

##### ■ Was bedeutet ein Training sozialer Kompetenzen?

Schwere chronische psychische Erkrankungen sind häufig mit Beeinträchtigungen alltagspraktischer und sozialer Kompetenzen oder Fertigkeiten verbunden. Ein Training sozialer Kompetenzen zielt zunächst auf die Stärkung der Fertigkeiten, die für zwischenmenschliche Kontakte und ein soziales Miteinander erforderlich sind. Hierunter sind sowohl grundlegende kommunikative Fertigkeiten zu verstehen, wie Mimik, Gestik und Körpersprache, Lautstärke und Tonfall beim Sprechen, Gesprächsinhalte und weitere Aspekte des Miteinanders. Komplexe Trainingsprogramme beinhalten daneben das Trainieren des Umgangs mit der Erkrankung, mit Medikamenten oder des Umgangs mit Suchtmitteln oder richten sich auf die Pflege von Freundschaften und Freizeitaktivitäten sowie auf soziale Fertigkeiten im Rahmen der Arbeitstätigkeit.

##### Statement

Da schwere psychische Erkrankungen häufig mit Beeinträchtigungen von Alltagsfertigkeiten und sozialen Fertigkeiten 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.

##### ■ Kann ein Training sozialer Kompetenzen empfohlen werden?

Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit eines Trainings sozialer Kompetenzen in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es **soll** deshalb im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes angeboten werden und dabei an die Voraussetzungen und Bedürfnisse des Einzelnen anknüpfen ☆☆☆. Es gibt Hinweise, dass spezielle Aufgaben, die es den Betroffenen erleichtern, das Erlernte im Alltag selbstständig anzuwenden oder die die Angehörigen einbeziehen, die Wirksamkeit eines Trainings erhöhen können. Zudem gibt es Hinweise, dass ein gleichzeitiges Training geistiger Fertigkeiten (z. B. Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Lernen) positive Effekte zeigt.

##### ■ Wo findet ein Training sozialer Kompetenzen statt und wie erhält man Zugang?

In Deutschland findet das Training sozialer Kompetenzen breite Anwendung. Entsprechende Angebote findet man in teil- und vollstationären Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen, die dort Teil des komplexen Behandlungsprogrammes und oft manualisiert sind, d. h. dass sie auf Grundlage verbreiteter Trainingsprogramme basieren. Diese Trainingsprogramme haben eine klare Struktur und sind auf eine praktische Anwendbarkeit und wiederholtes Üben der Fertigkeiten ausgerichtet. Häufig werden entsprechende Trainingsprogramme in Gruppen von etwa 10 Teilnehmern und 1 bis 2 Trainern angeboten. Im ambulanten Sektor werden Fertigkeitentrainings oft in Bereichen des unterstützten Wohnens und der Arbeitsrehabilitation oder durch sozialpsychiatrische Dienste angeboten. Durchgeführt werden die Trainingsangebote durch verschiedene Berufsgruppen.

### 4.2.5 Sport- und Bewegungstherapie (☆☆)

---

#### ■ Was bedeutet Sport- und Bewegungstherapie?

Das Spektrum an Sport- und Bewegungstherapien bei der Behandlung psychischer Erkrankungen ist sehr breit gefächert. Grob umrissen lassen sich 3 sehr zentrale Ansätze benennen:

- **Sporttherapeutische Verfahren**, die in erster Linie die Fitness und Funktionalität des Körpers stärken (z. B. Ausdauertraining, Krafttraining, Sportspiele),
- **Körperpsychotherapeutische Verfahren**, denen die Annahme zugrunde liegt, dass Körper und Psyche eine untrennbare Einheit bilden und deshalb die Bewegung gezielt zu psychotherapeutischen Zwecken einsetzen (z. B. integrative Bewegungstherapie, konzentrierte Bewegungstherapie) und
- **Edukativ-psychosoziale Verfahren**, bei denen Körperbewegung und Körpersprache als therapeutische Mittel genutzt werden, um die zwischenmenschliche Begegnung in einer Gruppe zu fördern und für die Patienten neue Erlebensräume zu schaffen.

Grundsätzlich können Sport- und Bewegungstherapien die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen auf 2 Wegen verbessern: über die Verbesserung der körperlichen Gesundheit und über die Stärkung psychischer Funktionen (z. B. Konzentration, Motivation, Selbstbewusstsein oder das Erleben, etwas zu bewirken).

#### ■ Kann Sport- und Bewegungstherapie empfohlen werden?

Allgemein lässt sich sagen, dass fachlich angeleitete regelmäßige körperliche Aktivität bei schweren psychischen Störungen dazu geeignet ist, psychische Krankheitszeichen zu verbessern, die Körperwahrnehmung zu fördern, die körperliche Fitness zu stärken und Anschluss an Andere (oft finden diese Therapien in Gruppen statt) zu finden. Wissenschaftliche Nachweise zur Wirksamkeit liegen bisher jedoch nur für ausgewählte Patientengruppen (Schizophrenie, Depression) und Verfahren vor.

#### ■ Wo findet Sport- und Bewegungstherapie statt und wie erhält man Zugang?

In jedem Fall sollte vor dem Beginn einer Sport- und Bewegungstherapie die körperliche Gesundheit des Patienten und damit seine Eignung für eine körperliche Belastung ärztlich überprüft werden. In Deutschland finden Sport- und Bewegungstherapien breite Anwendung. Entsprechende Angebote findet man in teil- und vollstationären Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen, die dort Teil des komplexen Behandlungsprogrammes sind. Daneben wird Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation angeboten. (► „Adressen und weiterführende Links“)

#### **Adressen und weiterführende Links**

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.: ► <http://www.dvgs.de>

## 4.3 Systeminterventionen

### 4.3.1 Gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze

Einer der **Grundsätze psychiatrischer Versorgung** ist die Gemeindenähe. Behandlungs- und Versorgungsangebote sollen demnach dort angeboten werden, wo die Menschen mit ihren Familien und Angehörigen leben und damit ermöglichen, dass die Betroffenen nicht aus ihrem Lebensumfeld herausgerissen werden, sondern lernen, mit der Erkrankung und ihren Folgen in diesem weiter zu leben. Gemeindenahe Behandlung kann beispielsweise auch die Behandlung zu Hause bei den Betroffenen bedeuten. Ein weiterer, damit eng verknüpfter Grundsatz ist die Behandlung „ambulant vor stationär“. Wenn eine ambulante Behandlung möglich ist, sollte dieser vor einer stationären Behandlung der Vorrang gegeben werden. Was allerdings auch bedeutet, dass die ambulanten Angebote entsprechend ausgestaltet werden und eine zuverlässige Behandlung auch schwer psychisch kranker Menschen ermöglichen. Angestrebt werden soll zudem eine lückenlose Behandlung und Begleitung ohne wiederholte Abbrüche bzw. Wechsel der Behandler.

#### **Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung** ☆☆☆

Die Wirksamkeitsnachweise für multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlungsansätze sind zum Großteil im Ausland erfolgt. Ihren Ursprung finden diese Ansätze in den USA und in Großbritannien. Dort und in anderen Ländern werden sie erfolgreich angewendet. In Deutschland finden sich z. T. vergleichbare Einrichtungen und Strukturen.

#### ■ **Was bedeutet multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung?**

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung ermöglicht gemeindenahen Komplexangeboten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, da Fachleute aus verschiedenen Berufsgruppen in einem Team (z. B. Ärzte, Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialarbeiter) zusammenarbeiten. Umsetzbar sind alle erforderlichen Bausteine der psychiatrischen Behandlung, einschließlich der notwendigen Untersuchungen. D. h. es erfolgt beispielsweise eine Aufklärung über die Erkrankung und ihre möglichen Folgen (Psychoedukation), eine medikamentöse Behandlung, eine Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu verschiedenen Themen oder die Organisation und Durchführung von Hilfesprechstunden. Je nach Zusammensetzung des Teams werden auch spezielle Therapien wie z. B. Psychotherapie, Ergotherapie oder Sport- und Bewegungstherapie durchgeführt.

Die Behandlung durch diese Teams erfolgt über alle Krankheitsphasen hinweg und sorgt damit für Beständigkeit in der Behandlung. Mehrheitlich finden die Behandlungen in der Einrichtung statt; Hausbesuche sind möglich. Stellt es sich heraus, dass über das Angebot dieser Einrichtung hinausgehende Unterstützungsleistungen erforderlich sind, helfen die Mitarbeiter bei der Suche nach entsprechenden Möglichkeiten (z. B. Tagesstätten, betreutes Wohnen, unterstützte Beschäftigung). Derartige Einrichtungen sind in größeren Gemeinden angesiedelt, um vielen Menschen den Zugang zu ermöglichen.

■ **Kann die multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung empfohlen werden?**

Die vorliegenden Studien zeigen, dass die Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams gegenüber einer Behandlung durch einzelne Behandler ohne ein Team von Vorteil ist. Ambulante gemeindepsychiatrische teambasierte und multiprofessionelle Behandlung in definierten Regionen **soll** deshalb zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung etabliert werden ☆☆☆.

■ **Wo findet multiprofessionelle gemeindepsychiatrische und teambasierte Behandlung statt und wie erhält man Zugang?**

In Deutschland findet diese Form der Behandlung hauptsächlich an Institutsambulanzen statt. Institutsambulanzen sind an psychiatrischen Kliniken, an psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken sowie an Zentren für Psychiatrie angesiedelt. Die Angebote der Institutsambulanzen richten sich in erster Linie an schwer und chronisch psychisch kranke Menschen und deren Angehörige, welche eine langfristige und anhaltende Behandlung benötigen. Angeboten werden verschiedene Untersuchungen sowie das gesamte Spektrum psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Therapien einschließlich medikamentöser Therapie. Darüber hinaus bestehen Netzwerke zu niedergelassenen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und anderen Einrichtungen oder Servicestellen. Eine Überweisung an eine Institutsambulanz erfolgt über niedergelassene Ärzte. Die Kosten tragen die Krankenkassen. Ziel ist die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung, aber auch die Sicherstellung einer Behandlung für Patienten, die von den Angeboten niedergelassener Ärzte nicht oder nicht ausreichend erreicht werden.

Auch niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenärzte, hier insbesondere sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen, Sozialpsychiatrische Dienste und zum Teil Gesundheitsämter können in unterschiedlichem Maße diese Aufgaben übernehmen (► [Abschn. 6.1](#)).

**Aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung** ☆☆☆

■ **Was bedeutet aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung?**

Aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung meint, dass spezielle multiprofessionelle Teams die Patienten in ihrer häuslichen Umgebung aufsuchen und behandeln. Sie stellen damit eine Alternative zur Krankenhausbehandlung dar. Die Häufigkeit der Hausbesuche, die grundsätzlich rund um die Uhr an sieben Tage die Woche möglich sind, und die geleistete Hilfe und Unterstützung vor Ort richten sich nach den Bedürfnissen der Patienten und schließen eine medikamentöse Behandlung ein. Die Mitarbeiter eines solchen Teams arbeiten sehr flexibel und sind an einem Einbezug der Angehörigen interessiert. Eine solche Behandlung kann z. B. über die Dauer einer akuten Krankheitsphase bzw. psychischen Krise hinweg angeboten werden. Dann spricht man auch von einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit, die Betroffenen über einen längeren Zeitraum zu begleiten. Dann ist das Leistungsangebot breiter; neben einer medikamentösen Behandlung werden beispielsweise Hilfestellungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens oder in den Bereichen Arbeit und Wohnen gegeben. Ziele der aufsuchenden multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen und teambasierten Behandlung sind die Aufrechterhaltung der Behandlung und

Versorgung der Betroffenen, nach Möglichkeit die Vermeidung stationärer Behandlungen und die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen.

#### ■ Kann die aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung empfohlen werden?

Die Studienergebnisse zeigen einheitlich, dass die aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung mindestens gleichwertig ist. Betrachtet man den Allgemeinzustand und die psychische Gesundheit, werden durch eine solche mobile Behandlung gleichwertige Erfolge erzielt. Stationäre Behandlungszeiten und das Risiko einer stationären Wiederaufnahme können dadurch reduziert werden; die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen mit der Behandlung vergrößert und das Belastungserleben der Angehörigen verkleinert werden. Deshalb lautet die Empfehlung: Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen **sollen** die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen und darüber hinaus in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden ☆☆☆.

❗ **Eine mobile Akutbehandlung im häuslichen Umfeld ist nicht in jedem Fall geeignet, evtl. sollte der stationären Versorgung Vorrang gegeben werden. Es wird empfohlen, gemeinsam mit Behandlern, Patienten und Angehörigen über die möglichen Behandlungsalternativen zu beraten und zu entscheiden. In einigen begründeten Fällen entscheidet der Arzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) über das weitere Vorgehen, z. B. bei erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung oder lebensbedrohlichen Notfällen, die einer dringenden stationären Behandlung bedürfen.**

#### ■ Wo findet aufsuchende multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung statt und wie erhält man Zugang?

In Deutschland gibt es aktuell keine flächendeckende Umsetzung von aufsuchender Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams. Am ehesten realisieren aktive Psychiatrische Institutsambulanzen oder Sozialpsychiatrische Dienste die Umsetzung zentraler Aspekte dieser aufsuchenden Behandlung. Bekannt sind dennoch einige lokale Angebote, die sich mehr oder weniger an der beschriebenen Versorgungsform orientieren und durch die sog. Integrierte Versorgung (► Abschn. 6.2) begünstigt werden. Es wird empfohlen, bei der jeweiligen Krankenkasse und den Behandlern vor Ort nachzufragen. (► „Adressen und weiterführende Links“)

#### **Adressen und weiterführende Links**

► <http://integrierte-versorgung.psychenet.de> hält neben wertvollen Informationen zu Projekten der Integrierten Versorgung für psychische Erkrankungen eine Landkarte mit relevanten Angeboten bereit

Eine weitere Übersicht zu Projekten der Integrierten Versorgung findet sich hier: ► <http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/integrierte-versorgung-iv-projekte.html>

**Beispielhaft sei auf zwei Angebote verwiesen:**

Akutbehandlung im häuslichen Umfeld in Günzburg und Umgebung: ► [http://www.bkh-guenzburg.de/psychiatrie/home\\_treatment.htm](http://www.bkh-guenzburg.de/psychiatrie/home_treatment.htm)

„Hamburger Modell“: ► [www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index\\_77646.php](http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_77646.php)

**Statement**

Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein, um so die Behandlungskontinuität zu sichern. Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Unterstützungsleistungen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsverlaufes orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung ambulant vor stationär sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.

- ❗ **Die Einschätzung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung erfolgt in der Regel durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Unter Umständen muss eine notwendige stationäre psychiatrische Behandlung ohne Verzögerung eingeleitet werden.**

**Case Management ☆☆**

Im Bereich des Case Managements (auch Fallmanagement) unterscheidet man viele verschiedene Ansätze. An dieser Stelle sollen einige wichtige gemeinsame Aufgaben und Grundsätze benannt werden:

- Case Management, im Folgenden durch CM abgekürzt, soll die Patienten dabei unterstützen, sich in der Vielzahl von psychiatrischen und psychosozialen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten zu orientieren und diese auch zu erreichen und bedarfsgerecht in Anspruch zu nehmen.
- CM soll sicherstellen, dass die Behandlungen aufrecht erhalten werden und es möglichst nicht zu Abbrüchen kommt.
- CM zielt auf eine individuell zugeschnittene Behandlung, die sich an den Bedürfnissen und Interessen der Patienten orientiert.

Bedeutender Unterschied zu den oben beschriebenen multiprofessionellen teambasierten Ansätzen ist, dass der Fallmanager in der Regel allein die Verantwortung trägt und diese nicht in einem Team teilt.

**■ Kann Case Management empfohlen werden?**

Die Studienlage zu CM ist sehr uneinheitlich. Erschwert wird ein klares Bild durch die vielen verschiedenen Formen von CM. Deshalb kann CM nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung aller Patienten empfohlen werden. Es **sollte** jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob die Begleitung durch einen Case Manager zielführend sein kann ☆☆.

### ■ Wo findet Case Management statt und wie erhält man Zugang?

In Deutschland findet der Patient ein zersplittertes Behandlungs- und Versorgungssystem vor, was ein Zurechtfinden in diesem oft erschwert. Aufgrund damit verbundener Erfordernisse nach einem höheren Koordinierungsaufwand findet Case Management zunehmend auch in Deutschland statt. Trotz einer gewissen Bandbreite an verschiedenen, nicht immer gut voneinander abgrenzbaren Formen des Case Managements, wird insbesondere das **Modell einer koordinierenden Bezugsperson** im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung von schwer und chronisch psychisch Kranken in verschiedenen Regionen des Landes umgesetzt. In Kombination mit dem Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan und der Hilfeplankonferenz bieten diese Instrumente bei Erhalt wichtiger therapeutischer und sozialer Bezüge die Möglichkeit, notwendige Hilfen flexibel sowie personen- und bedarfsorientiert auszurichten. In der Praxis finden sich vergleichbare Hilfen auch unter anderer Bezeichnung (z. B. therapeutische Hauptbezugsperson).

Die koordinierende Bezugsperson wird im Rahmen des Behandlungs- und Rehabilitationsplanes, an dessen Planung Betroffene und Angehörige sowie Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Klinik und anderer Leistungserbringer (z. B. aus den Bereichen Wohnen, Arbeit, Therapie) sowie Leistungsträger beteiligt sind, bestimmt. Aufgabe der koordinierenden Bezugsperson ist, den Rehabilitationsprozess längerfristig zu begleiten und als Ansprechpartner für Patient und Angehörige sowie alle anderen Beteiligten zur Verfügung zu stehen. Die koordinierende Bezugsperson achtet auf die Umsetzung der vereinbarten Hilfen und trägt Verantwortung für den kontinuierlichen Informationsaustausch. Die koordinierende Tätigkeit wird entweder im Rahmen der eigentlichen Tätigkeit der koordinierenden Bezugsperson durchgeführt (z. B. im Bereich Wohnen) oder es werden zusätzliche Ressourcen (z. B. im Rahmen der Hilfe zur Teilhabe nach § 10 SGB IX) bereitgestellt.

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

#### Adressen und weiterführende Links

► <http://integrierte-versorgung.psychenet.de/> hält neben wertvollen Informationen zu Projekten der Integrierten Versorgung für psychische Erkrankungen eine Landkarte mit relevanten Angeboten bereit

### 4.3.2 Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben ☆☆

#### ■ Was bedeutet berufliche Rehabilitation?

Als Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation werden alle psychosozialen Interventionen verstanden, die auf eine Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungssituation psychisch kranker Menschen abzielen. Es konnte wiederholt wissenschaftlich aufgezeigt werden, dass Arbeit günstige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit schwer psychisch Erkrankter hat. Umgekehrt führt Arbeitslosigkeit zu einem Verlust der Tagesstruktur, zur Ausdünn-

nung sozialer Kontakte, zu finanziellen Schwierigkeiten, gesellschaftlicher Stigmatisierung (► Kap. 10, Wörterbuch) sowie einer Verminderung des Selbstwertgefühls. Damit kommt der (Wieder-)Erlangung einer Beschäftigung eine hohe Bedeutung zu. Nicht alle psychisch kranken Menschen können dabei das Ziel einer Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen. Daher sollten sich die Ziele beruflicher Rehabilitation an den persönlichen Fortschritten der Betroffenen orientieren, die sich an folgender Skala messen lassen: „keine Arbeit“ – „Beschäftigungs- und Arbeitstherapie“ – „Arbeit im geschützten Rahmen“ – „Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt“.

Grob lassen sich zwei große methodische Ansätze der Arbeitsrehabilitation unterscheiden:

- Beim **Vorbereitenden Arbeitstraining** (engl. Pre-vocational Training) 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. Erst im Anschluss an dieses Training unter „beschützten“ Bedingungen wird die Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt („erst trainieren, dann platzieren“).
- Bei der **Unterstützten Beschäftigung** (engl. Supported Employment) erfolgt ein umgekehrtes Vorgehen. Der Betroffene wird – eine ausreichende Motivation und gesundheitliche Stabilität vorausgesetzt – ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und dort durch spezialisierte Dienste professionell unterstützt („erst platzieren, dann trainieren“). Diese direkte Unterstützung am Arbeitsplatz durch einen Jobtrainer ist zeitlich nicht limitiert. Ziel ist eine andauernde Beschäftigung in einem normalen Arbeitsverhältnis. Augenmerk wird auf die Passung zwischen Anforderungen, die die Arbeit an den Rehabilitanden stellt, und die Besonderheiten des Rehabilitanden gelegt.

#### ■ Kann berufliche Rehabilitation empfohlen werden?

Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Befunde, die eine Überlegenheit des Ansatzes der raschen Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt (Unterstützte Beschäftigung) aufzeigen. Zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt anstreben, **sollten** deshalb Programme mit einer raschen Platzierung direkt auf einen Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes und unterstützendem Training (Unterstützte Beschäftigung) genutzt und ausgebaut werden ☆☆.

Zur Förderung der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen am Arbeitsleben **sollten** auch Angebote vorgehalten werden, die nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“ vorgehen. Diese sind insbesondere für die Teilgruppe schwer psychisch Kranker unverzichtbar, für die eine Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt (noch) kein realistisches Ziel darstellt. Finanzielle Anreize erhöhen die Wirksamkeit entsprechender Angebote. Die Kombination der Angebote mit Interventionen, die auf Motivationssteigerung abzielen, oder ein rasches Überleiten der Programmteilnehmer in bezahlte übergangsweise Beschäftigung erhöht ebenfalls die Wirksamkeit ☆☆.

#### Statement

Die berufliche Rehabilitation sollte noch stärker darauf ausgerichtet werden, den Arbeitsplatzverlust zu vermeiden. Dazu bedarf es beim Auftreten psychischer Erkrankungen eines frühzeitigen Einbezuges entsprechender Dienste bzw. Hilfen.

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 betriebliche und sonstige Ausbildungsangebote wohnortnah und mit entsprechenden begleitenden Unterstützungsangeboten zur Verfügung stehen.

#### ■ Wo findet berufliche Rehabilitation statt und wie erhält man Zugang?

In Deutschland kommen bislang überwiegend arbeitsrehabilitative Programme, die nach dem Prinzip „erst trainieren, dann platzieren“ ausgerichtet sind, zum Einsatz. Allerdings ist ein Trend dahin gehend erkennbar, dass in viele dieser Programme zunehmend Elemente der Unterstützten Beschäftigung einfließen – oftmals kann man deshalb auch von „Mischformen“ zwischen Vorbereitendem Training und Unterstützter Beschäftigung sprechen. In solchen Mischformen findet sich trotz eines (kurzen) vorbereitenden Trainings eine deutliche Ausrichtung auf eine Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt – beispielsweise durch frühzeitige Praktika in Betrieben des 1. Arbeitsmarktes, die von vornherein auf eine Festanstellung ausgerichtet sind. Mit dem Ziel einer stärkeren Umsetzung des Ansatzes „erst platzieren, dann trainieren“ wurde Anfang 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ im § 38a des SGB IX gesetzlich verankert.

#### Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX

Ziel der unterstützten Beschäftigung ist, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und zu erhalten. Unterstützte Beschäftigung umfasst eine individuelle betriebliche Qualifizierung (InbeQ) und bei Bedarf Berufsbegleitung. Die individuelle betriebliche Qualifizierung wird in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes durchgeführt. Sie dient der Erprobung geeigneter betrieblicher Tätigkeiten sowie der Unterstützung bei der Einarbeitung und Qualifizierung auf dem betrieblichen Arbeitsplatz. Die Maßnahme wird vom zuständigen Rehabilitationsträger für bis zu zwei Jahren erbracht, kann aber unter bestimmten Bedingungen um weitere 12 Monate verlängert werden. Leistungen der Berufsbegleitung nach § 38a Abs. 3 SGB IX kommen im Anschluss an die Begründung eines sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses zur Anwendung, wenn und solange zu dessen Stabilisierung Unterstützung und gegebenenfalls auch Krisenintervention erforderlich ist. Bei Zuständigkeit eines Rehabilitationsträgers wird die Berufsbegleitung von diesem erbracht, anderenfalls vom Integrationsamt bzw. von Integrationsfachdiensten.

In Deutschland gibt es ein umfassendes, sehr differenziertes System an Angeboten zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen. Im Folgenden wird ein Überblick angestrebt:

Einrichtungen, die vorwiegend nach dem Prinzip „**erst trainieren, dann platzieren**“ arbeiten, sind in Deutschland insbesondere

- die Träger der ambulanten Arbeitstherapie,
- Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK),
- berufliche Trainingszentren (BTZ),
- Berufsförderungswerke (BFW),
- Berufsbildungswerke (BBW),
- Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).

**Arbeitstherapeutische Maßnahmen** stehen gewissermaßen am Beginn der rehabilitativen Versorgungskette; sie stellen oftmals einen wichtigen vorbereitenden Schritt für weitergehende berufliche Rehabilitationsmaßnahmen 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.

**Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK)** Hier wird eine integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation ausschließlich für psychisch kranke Menschen angeboten. 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 Unterstützter Beschäftigung enthalten.

**Berufliche Trainingszentren (BTZ)** sind ebenfalls Spezialeinrichtungen zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen. 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. 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 Teilnehmern zu fördern. Das Leistungsspektrum lässt sich dabei grob in Berufliche Trainingsmaßnahmen, 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 Unterstützter Beschäftigung enthalten.

**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 Teilnehmern mehr gefordert als in einem BTZ oder einer RPK. Einige BFWs halten spezielle Angebote für psychisch kranke Menschen vor. Das Angebotsspektrum von Berufsförderungswerken umfasst Lehrgänge, die anerkannten Ausbildungsberufen entsprechen, 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 Teilnehmer, 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 ausgerichtet sind, gibt es in jedem Bundesland.

**Berufsbildungswerke (BBW)** sind auf die Erstausbildung und Berufsvorbereitung beeinträchtigter junger Menschen ausgerichtet, wobei bundesweit 25 Häuser (auch) Menschen mit psychischen Erkrankungen aufnehmen. Berufsbildungswerke bieten auch Arbeitserprobungen und Eignungsabklärungen an, um für Jugendliche den passenden Beruf zu finden.

**Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** stellen im Spektrum der bisher erwähnten Rehabilitationseinrichtungen die niedrigsten Anforderungen an die Belastbarkeit der Rehabilitanden. Werkstätten sind gegliedert in einen Berufsbildungsbereich, der den Teilnehmern eine angemessene berufliche Bildung ermöglichen soll, sowie einen Arbeitsbereich, der im Anschluss an die Berufsbildung eine unbefristete Beschäftigung zu einem leistungsgemäßen Entgelt sichert. Auch im Arbeitsbereich findet eine weitergehende Förderung statt. Dennoch gelingt nur sehr wenigen Teilnehmern der Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. 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. Seit dem Jahr 2004 gibt es basierend auf einem saarländischen Modellprojekt auch Virtuelle Werkstätten, die vollständig auf eigene Produktionsstätten verzichten und deren Mitarbeiter psychisch erkrankte Menschen stattdessen individuell auf Arbeitsplätzen des ersten Arbeitsmarktes platzieren und dort vor Ort unterstützen.

In jüngerer Zeit haben sich in Deutschland weitere Angebote zur beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen entwickelt, in denen sich die Bedingungen denen des ersten Arbeitsmarktes annähern. Zu diesen Angeboten zählt beispielsweise die achtmonatige, von der Agentur für Arbeit finanzierte Maßnahme der **Beruflichen Reintegration für psychisch kranke Menschen (BeRe-PK)**, in der frühzeitig ein betriebsgestütztes Training zum Einsatz kommt. Zu diesen Angeboten zählen weiterhin die Integrationsprojekte bzw. -firmen und die Zuverdienstprojekte.

#### Integrationsprojekte nach SGB IX

Bei den Integrationsprojekten nach SGB IX (► [Abschn. 6.2](#)) handelt es sich um ein Instrument zur dauerhaften beruflichen Eingliederung schwerbehinderter Menschen. Es sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern geführte Betriebe oder Abteilungen, 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. Gegebenenfalls bieten Integrationsprojekte auch Belastungserprobungen, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen oder berufliche Weiterbildungen 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. Sie können für Patienten nach dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung eine sinnvolle Station zur Vorbereitung auf den ersten Arbeitsmarkt sein oder aber längerfristige bzw. dauerhafte Beschäftigung bieten.

#### Zuverdienstangebote

Zuverdienstangebote bestehen im Bereich der Integrationsunternehmen, daneben aber auch teilweise in Einrichtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung (beispielsweise in Tagesstätten) oder unter dem Dach von Vereinen. Sie bieten psychisch kranken Menschen geringfügige Teilzeitbeschäftigung bei zumeist frei vereinbarten Arbeitszeiten und unter Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Krankheitsausfälle. Die konkreten Bedingungen der Beschäftigung leiten sich aus der Zielgruppe und den vorhandenen Strukturen des jeweiligen Anbieters ab. Insgesamt ist in der Bundesrepublik eine große Vielfalt der entsprechenden Angebote zu verzeichnen. Mit dem Eintritt in ein Zuverdienstprojekt begründet sich nicht immer ein Arbeitsvertrag entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zur geringfügigen Beschäftigung. Durchaus üblich ist auch ein Betreuungsvertrag mit entsprechenden Vereinbarungen zur Zahlung des Entgeltes, z. B. als „Aufwandsentschädigung“. Gemeinsam ist allen Zuverdienstprojekten, dass wirtschaftlich verwertbare Produkte oder Dienstleistungen hergestellt bzw. erbracht werden, dass mindestens die unmittelbaren Kosten der Produktion bzw. der Dienstleistung und relevante Anteile der Entlohnung der Mitarbeiter erwirtschaftet werden müssen, dass der Erwerbscharakter der Arbeit im Vordergrund steht und die Entlohnung der Mitarbeiter an die Arbeitsleistung gekoppelt ist.

In diesem Zusammenhang sind die **Integrationsfachdienste (IFD)** zu nennen. Integrationsfachdienste beraten und unterstützen schwerbehinderte Menschen im Arbeitsleben oder bei der Suche nach einem passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplatz. Die Mitarbeiter der Integ-

rationsfachdienste sind für diese Aufgabe besonders qualifiziert: Neben einem sozial-/pädagogischen Studium und der erforderlichen beraterischen Ausbildung bringen sie meist auch Erfahrungen aus Vorberufen (Industrie, Handwerk, Handel oder Verwaltung) mit. Die Integrationsfachdienste kennen sich mit allen Formen von Behinderungen aus. Sie beraten neutral und unparteiisch. Zu ihren Kernaufgaben zählt auch, sich um die Erhaltung von Arbeitsplätzen der Betroffenen zu kümmern. In Deutschland gibt es ein flächendeckendes Netz an Integrationsfachdiensten. (► „Adressen und weiterführende Links“)

#### **Adressen und weiterführende Links**

Internetseite der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke mit umfangreichen Informationen und einer Standortkarte zu Einrichtungen: ► <http://www.arge-bfw.de>

Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke mit umfangreichen Informationen und systematischer Suchmöglichkeit nach relevanten Anbietern: ► <http://www.bagbbw.de>

Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren: ► <http://www.bag-btz.de>

Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker e.V. mit umfangreichen Informationen und einer Standortkarte zu Einrichtungen ► <http://www.bagrpk.de>

Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. mit umfangreichen Informationen ► <http://www.bag-ub.de>

Internetseite der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. stellt viele aktuelle Themen rund um die berufliche Rehabilitationen vor: ► <http://www.bagwfbm.de>

Internetseite der Integrationsfachdienste mit Suchmöglichkeiten nach regionalen Ansprechpartnern: ► <http://www.ifd-bw.de>

Internetseite der Bundesagentur für Arbeit informiert zum Thema berufliche Rehabilitation und stellt verschiedene Merkblätter und Broschüren zur Verfügung: ► <http://www.arbeitsagentur.de>

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales stellt hier seine Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ vor: ► <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-behinderter-Menschen/Initiative-Jobs-ohne-Barrieren/inhalt.html>

Das Webportal für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen, Verwaltungen und Unternehmen „einfach teilhaben“ bietet ein breites Spektrum an Informationen nicht nur zur beruflichen Teilhabe: ► <http://www.einfach-teilhaben.de>

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bietet viele Infos auch zur Teilhabe am Arbeitsleben, u. a. ein Verzeichnis der Anbieter entsprechender Leistungen: ► <http://www.bar-frankfurt.de>

### 4.3.3 Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinde

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben einen Anspruch auf Hilfen, die ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördern. Dabei lassen sich **sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung im Bereich Wohnen** von **sozialpsychiatrischen Hilfen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung** unterscheiden. Im Rahmen der vorliegenden Leitlinie wurde nicht nach der Wirksamkeit von Angeboten zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung gefragt. Im Sinne der Vollständigkeit werden dennoch Angebote, so wie sie in Deutschland vorgehalten werden, dargestellt. Es findet sich deshalb keine Empfehlung dazu.

#### Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung im Bereich Wohnen ☆

##### ■ Was bedeuten Sozialpsychiatrische Hilfen zur Selbstversorgung im Bereich Wohnen?

Hierzu gehören alle Leistungen und Aktivitäten, die mit der 'Sorge um sich selbst' verknüpft sind, d. h. die Sorge um das Wohnen (einschließlich des sozialen Umfelds und aller Maßnahmen zur Erhaltung der Wohnung), Gesundheit, Hygiene, Essen, Kleidung, Wahrnehmung von Arztterminen, Behördengänge, Familienkontakte, Einnahme von Medikamenten etc. Umsetzung finden diese Leistungen in betreuten Wohnformen. **Betreute Wohnformen** sind eine Hilfe zur Selbsthilfe für Menschen, die aufgrund ihrer schweren psychischen Erkrankung und deren Folgen nicht in der Lage sind, ihre persönliche Lebenssituation ohne professionelle Hilfe zu bewältigen.

##### ■ Können betreute Wohnformen empfohlen werden?

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit betreuter Wohnformen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind insgesamt wenig aussagekräftig. Dennoch gibt es durchaus positive Auswirkungen, die aber auch von anderen Faktoren wie zum Beispiel der Erkrankungsschwere abhängen. Unterstützung im Rahmen des Betreuten Wohnens kann dazu beitragen, stationäre Krankenhausaufenthalte zu verringern und Möglichkeiten für zwischenmenschliche Begegnungen zu schaffen und so die Betroffenen besser in soziale Netze einzubinden. Die Studien weisen einheitlich daraufhin, dass eine „Institutionalisierung“, d. h. Betreuung der Patienten im Bereich Wohnen, die die Selbständigkeit des Patienten nicht ausreichend berücksichtigt mit negativen Auswirkungen verbunden ist. Deshalb sollte die Möglichkeit einer Veränderung im Sinne einer De-Institutionalisierung regelmäßig geprüft und eine Dauerinstitutionalisierung (z. B. dauerhafte Unterbringung in Wohnheimen) möglichst vermieden werden ☆☆☆.

Stattdessen sollten differenzierte Wohnangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Förderung von Teilhabe und Selbstständigkeit zur Verfügung stehen. Die Entscheidung über die Art der Betreuung und die Form des Wohnens sollte in Abhängigkeit von dem individuellen Hilfebedarf der Patienten und den Einschätzungen der unmittelbar an der Behandlung und Betreuung Beteiligten, unter Einschluss der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie des sozialen Umfeldes insbesondere der Angehörigen erfolgen ☆. Betreute Wohnformen sollten möglichst gemeindenah orientiert sein, um soziale Kontaktmöglichkeiten der Patienten und Patientinnen zu erhalten bzw. zu fördern. Dezentrale, gemeindeintegrierte Wohnformen mit kleinen Wohneinheiten sollten bevorzugt genutzt werden. Das Betreute Wohnen in Familien (BWF, ehemals Psychiatrische Familienpflege) kann z. B. eine Alternative zur Heimversorgung darstellen.

#### ■ **Wo findet betreutes Wohnen statt und wie erhält man Zugang?**

Betreute Wohnformen umfassen verschiedene Formen der Betreuung und des Wohnens. Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen ambulanter Betreuung, bei der die Betreuungsleistung von der Wohnung getrennt finanziert wird (wobei viele Träger sowohl die Wohnung, als auch die ambulante Betreuung anbieten), und stationärer Betreuung im Heim, bei der Wohnen, Unterkunft und Verpflegung gemeinsam finanziert werden. Wohnheime sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung, Pflegeheime sind Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen.

**Betreutes Einzelwohnen** bezieht sich auf Menschen mit psychischen Erkrankungen, die alleine, in einer Partnerschaft oder mit Familienangehörigen wohnen und durch psychiatrisch geschultes Fachpersonal betreut werden. Der Betreuungsschlüssel wird in Bezug auf die krankheitsbedingte Einschränkung festgelegt.

Für das Konzept **Betreuter Wohngruppen** wird ein Wohnraum für mehrere Patienten von einem Träger zur Verfügung gestellt, die Betreuung erfolgt durch psychiatrisch geschultes Fachpersonal. Diese Art des betreuten Wohnens umfasst die fördernde und fordernde Wirkung des Zusammenlebens.

**Betreutes Wohnen in Familien (BWF)** richtet sich an psychisch kranke Menschen, die mittel- bis langfristig in einer verwandtschaftlich nicht verbundenen Familie (Gastfamilie) leben. Das BWF stellt eine Alternative zur Betreuung im Heim dar, in der die (Gast-)Bewohner ihre Selbstständigkeit und Beziehungsfähigkeit, die sie teilweise verloren haben, wieder erlernen können.

Im **dezentralen Wohnverbund im Heimstatus** leben die Patienten allein bzw. in kleinen Gruppen in einer vom Heimträger angemieteten Wohnung. Die Kompetenz, sich selbst zu versorgen, ist bei diesen Patienten reduziert. Sie erhalten mehr Betreuung und mehr Unterstützung im Alltag.

Das Konzept der **Wohn- und Pflegeheime** richtet sich an schwer psychisch erkrankte Menschen mit einem großen Hilfebedarf bei alltäglichen Anforderungen. Es hat das Ziel, diesen Patienten zu helfen, ihr Leben wieder eigenständig gestalten zu können. Hier gilt eine durchgängige Betreuung durch Fachpersonal. Dabei können Wohnheime auch dezentral geführt werden. Unterschieden werden die beiden Einrichtungen in Bezug auf die Verwaltung und Finanzierung. Die Finanzierung der Wohnheime erfolgt über die Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung und die der psychiatrischen Pflegeheime über eine (Anteils-) Finanzierung nach SGB XI.

**Übergangseinrichtungen** sollen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen durch zeitlich befristete Rehabilitationsmaßnahmen ermöglichen, ihr Leben wieder eigenständig zu gestalten.

Bei **Soziotherapeutischen Einrichtungen** handelt es sich in der Regel um ein Angebot mit einer begrenzten Aufenthaltsdauer von Patienten mit Doppeldiagnosen (Menschen mit Suchterkrankungen und Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen). Dabei wird versucht, eine Betreuung unter Berücksichtigung beider Erkrankungen zu gewährleisten.

Die Zuständigkeiten für das betreute Wohnen sind länderspezifisch festgelegt. Dementsprechend erfolgt im ambulant betreuten Wohnen die Übernahme der Kosten für das Wohnen durch die Grundsicherung im Rahmen der Sozialhilfe (oder die ARGE nach SGB II) und für die Betreuung durch Leistungen der Eingliederungshilfe, im Wohnheim insgesamt durch die Leistungen der Eingliederungshilfe, im psychiatrischen Pflegeheim verbleibt der Anteil für die Unterkunft und Verpflegung grundsätzlich bei dem Betroffenen (Sozialhilfe). Die Kosten für das Wohnen der schwer psychisch erkrankten Menschen werden zum größten Teil durch

die Sozialhilfe oder Pflegeversicherung übernommen. Grundsätzlich ist ein Hilfeplan- oder Gesamtplanverfahren erforderlich.

## **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung**

### ■ Was bedeuten Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung?

Zu diesem Bereich zählen alle Leistungen, die außerhalb der Sorge um das eigene häusliche Leben gehören. Als wesentlich zu nennen sind hier Leistungen der Sorge um die Gestaltung des Tagesablaufs, der Begleitung durch den Tag außerhalb des Wohnbereiches, Aktivitäten zur Förderung der Freizeit- und Kontaktgestaltung und die Pflege sozialer Beziehungen.

### ■ Wo finden Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung statt und wie erhält man Zugang?

Kontaktstellen, Tageszentren und andere Möglichkeiten tagesstrukturierender Angebote helfen eine Lücke zwischen ambulanter und stationärer Versorgung psychisch Kranker zu schließen und sind von großer Bedeutung, insbesondere dann, wenn die Betroffenen ohne Beschäftigung sind und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und Gestaltung sozialer Kontakte benötigen.

**Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen** sind in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich weit verbreitet und unterscheiden sich in ihrer Ausrichtung und in den verwendeten Begrifflichkeiten. Sie bieten einen niedrigschwelligen Zugang für Betroffene und Angehörige und konzentrieren sich dabei in erster Linie auf Beratungsangebote. Darüber hinaus sind Hilfen zur Tagesgestaltung, Unterstützung im lebenspraktischen Training, Ergotherapie, Hilfen zum Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte sowie zur Sicherung von häuslichen und materiellen Ansprüchen möglich. Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion werden oft aus freiwilligen Leistungen der Länder und/oder Kommunen finanziert.

Auch **Tagesstätten** verfügen über keine einheitliche Konzeption. Als teilstationäre Einrichtung werden sie durch ein kleines multiprofessionelles Team ohne ärztliche Mitarbeiter geführt. Oft finden sich regionale Kooperationen mit Trägern anderer Dienste (z. B. sozialpsychiatrischer Dienst, ambulantes Wohnen). Das Angebot wendet sich ganz besonders an schwer und chronisch psychisch kranke Menschen. Leistungen umfassen z. B. tagesstrukturierende Maßnahmen, die Unterstützung von Alltagsgestaltung, Selbständigkeit und alltagspraktischen Fähigkeiten, Gesprächsmöglichkeiten in Kontakt- und Freizeitclubs, niedrigschwellige Beschäftigungsangebote, die Vermittlung in Praktika und die Koordination von Hilfsangeboten.

# Rat und Unterstützung durch Selbsthilfe

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Viele Betroffene suchen im Umgang mit der Erkrankung nach Selbsthilfe; ihr Nutzen ist heute unumstritten. Dabei hat Selbsthilfe viele Gesichter. In Deutschland findet Selbsthilfe ohne und mit Expertenunterstützung statt. Die gesetzliche Krankenversicherung ist über den § 20, Abs. 4, SGB V zur Förderung von Selbsthilfe verpflichtet. Die Durchführung klinischer Studien in diesem Bereich ist allerdings sehr schwierig, da Selbsthilfe an vielen Orten und auf vielen Wegen passiert, ohne dass diese „verordnet“ und damit wissenschaftlich begleitet wird. Deshalb finden sich hier Hinweise, die auf Expertenmeinung beruhen und keine Empfehlungen (► Kap. 2). (► „Adressen und weiterführende Links“)

### Statement

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

**Selbstmanagement** bzw. **Selbstregulierung** wird als Fähigkeit verstanden, die eigene Entwicklung selbstständig zu gestalten. Unterstützendes Selbstmanagement zielt z. B. auf eine Erweiterung von Problemlösestrategien und Lösungswegen sowie auf eine Stärkung des Selbstvertrauens der Betroffenen in die eigenen Kompetenzen. Auch die Sensibilisierung für Frühwarnzeichen kann eine bedeutende Voraussetzung für Selbsthilfe sein.

### Statement

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

Zunehmende Bedeutung erlangt die **mediengestützte Edukation** und **Selbsthilfe**. Hierzu gehören Ratgebermaterialien, die als schriftliche Informations- und Aufklärungshilfen für spezielle Störungen und Probleme verfasst sind. Patientenratgeber enthalten in der Regel eine detaillierte Auflistung und Beschreibung der typischen Beschwerden des Störungsbildes, deren diagnostische Erfassung, Informationen über unterschiedliche Krankheitsverläufe, die persönlichen und sozialen Folgen für die Betroffenen, eine Darstellung der wichtigsten Behandlungsverfahren und praktische weiterführende Hilfen.

### Statement

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

**Internet- und computerbasierte Selbsthilfeinterventionen** gewinnen durch den einfachen Zugang sowie zeitliche und lokale Flexibilität immer mehr an Bedeutung. Die Betroffenen haben zudem die Möglichkeit eines selbstgewählten Tempos. So werden **Online-Selbsthilfe-Foren** zunehmend als Kommunikationsplattform für psychisch Kranke und deren Angehörige genutzt. Neben Vorteilen wie hohe Flexibilität, Anonymität und Selbstregulation existieren jedoch auch Nachteile und Gefahren. Zentrale Probleme werden in der Qualität und Seriosität von Informationen und Quellen sowie im Datenschutz gesehen. Eine übermäßige 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 anfälligen Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Selbstmordgedanken eine Möglichkeit des Austausches bieten.

#### Statement

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

**Selbsthilfegruppen** werden auf unterschiedliche Weise gestaltet: geschlossene oder offene Gruppen, Betroffenen-Selbsthilfegruppen oder Angehörigen-Selbsthilfegruppen sowie gemischte Gruppen für Patienten und deren Angehörige sowie Gruppen, in denen sich Betroffene, welche alle an ein und derselben Erkrankung leiden oder Gruppen, in denen sich Menschen treffen, welche unterschiedliche Erkrankungen haben. Die inhaltliche Gestaltung erfolgt durch die Gruppenmitglieder. Dabei dominieren Themen zur eigenen Krankheitssituation, zu aktuellen Problemen und Entwicklungen. Der Erfahrungs- und Informationsaustausch in Selbsthilfegruppen führt oft zu gefühlsmäßiger Entlastung und erweitert Strategien im Umgang mit der Erkrankung. Die Teilnehmer 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.

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

#### Statement

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

Im Rahmen der **Gegenseitigen Unterstützung** (engl. peer support) findet ein aktives Engagement Psychiatrie-Erfahrener auf verschiedenen Ebenen in der „Psychiatrie“ (z. B. Gremienmitarbeit, Forschung, Fortbildung, sozialpsychiatrische Arbeitsfelder) statt. So soll nicht nur die Qualität der Versorgung und der Dienste verbessert werden, sondern beispielsweise auch durch die aktive Beteiligung an der Entwicklung und Durchführung von Ausbildungen, ein besseres Verständnis unter den Psychiatrie-Tätigen hinsichtlich der Bedarfe psychisch Kranker vermittelt werden.

Mit den im EU-geförderten Experienced Involvement Curriculum (EX-IN-Kurse) ausgebildeten Peer-Beratern steht hierfür auch eine Möglichkeit im deutschsprachigen Raum zur Verfügung.

Eine Beteiligung von Betroffenen und deren Familien bzw. Angehörigen und Fachleuten auf gleicher Augenhöhe wird durch den sog. **Trialog** (Dialog zwischen drei Parteien) erreicht. Im Trialog gehen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um voneinander zu lernen. So ermöglicht er beispielsweise allen Beteiligten einen Perspektivwechsel. Auf Seiten der Betroffenen stellt der Trialog zudem eine Option zu mehr Verantwortungsübernahme dar und hat eine aktive Selbstbestimmung und die Verbesserung der Fähigkeit zum Selbstmanagement zur Konsequenz.

**Psychoseminare** sind eine 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 Informationsvermittlung, fördern jedoch vor allem einen gegenseitigen Erfahrungsaustausch und Einblicke in das Erleben der Betroffenen. Es geht dabei um eine wechselseitige Fortbildung, den gegenseitigen Abbau von Vorurteilen und das Bemühen um eine gemeinsame Sprache.

#### Statement

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

#### Adressen und weiterführende Links

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS): Otto-Suhr-Allee 115 in 10585 Berlin, Telefon: (030) 31 01 89 60, E-Mail: [selbsthilfe@nakos.de](mailto:selbsthilfe@nakos.de), Internet: ► <http://www.nakos.de>

SeeleFon: Bundesweite Information und Hilfe durch Telefon- und Email-Beratung durch den Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V., unterstützt von der Techniker Krankenkasse: Telefon: 01805 950 951, E-Mail: [seelefon@psychiatrie.de](mailto:seelefon@psychiatrie.de)

Ebenfalls auf der Homepage des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker e.V. findet sich eine Internet-Plattform für Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit der Selbsthilfe in der Psychiatrie mit Suchmöglichkeiten nach regionalen Angeboten:

► <http://www.psychiatrie.de/bapk/selbsthilfenetz>

Homepage des Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. mit Verweisen auf regionale Selbsthilfegruppen ► <http://www.bpe-online.de>

Homepage des EX-IN Deutschland e.V. mit Informationen zum Verein und zur Ausbildung:  
► <http://www.ex-in.de>

Darüber hinaus bietet die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) eine bundesweite kostenlose Beratung an. In Beratungsstellen vor Ort und über ein Beratungstelefon werden Sie von Medizinerinnen, Juristinnen oder Sozialarbeiterinnen beraten. Beratungstelefon: 800 0 11 77 22, Internet: ► <http://www.unabhaengige-patientenberatung.de>

# Ein kleiner Wegweiser durch das Behandlungs- und Versorgungssystem

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

- 6.1 Wer ist an der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beteiligt? – 40**
  - 6.1.1 Ambulante Behandlungs- und Versorgungsleistungen – 40
  - 6.1.2 Stationäre und teilstationäre Behandlungs- und Versorgungsleistungen – 43
- 6.2 Welche Rechtsgrundlagen und Träger gibt es für mögliche Behandlungs- und Versorgungsleistungen? – 45**

## 6.1 Wer ist an der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen beteiligt?

---

An der Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen sind Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Einrichtungen beteiligt. Hier den Überblick zu bewahren, ist nicht immer leicht. Eine Übersicht über Behandlungs- und Versorgungsangebote für Menschen mit schweren psychischen Störungen sollen die folgenden Abschnitte geben. Dabei werden ambulante von teilstationären und stationären Angeboten unterschieden. Ambulant heißt, man nimmt einen Behandlungstermin wahr und geht anschließend wieder nach Hause, bei einer stationären Behandlung bleibt man über Nacht in der Einrichtung. Eine teilstationäre Behandlung umfasst eine Behandlung in einer Klinik über den Tag; die Patienten gehen am späten Nachmittag nach Hause. (► „Adressen und weiterführende Links“)

6

### 6.1.1 Ambulante Behandlungs- und Versorgungsleistungen

---

**Hausärzte** (studierte Mediziner mit der Berufszulassung als Arzt, insbesondere Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere Medizin, Praktische Ärzte) bilden vielfach eine erste Anlaufstelle für psychisch Kranke und sind auch an der Diagnostik und Behandlung schwer und chronisch psychisch Kranker beteiligt. Hausärzte können u. a. durch entsprechende Überweisungen für eine hilfreiche Weichenstellung im Versorgungssystem sorgen und ggfs. eine körperliche und medikamentöse Begleitbehandlung durchführen. Zudem können Hausärzte bis zu 3 Stunden Soziotherapie sowie häusliche und psychiatrische (nach Diagnosesicherung durch einen Facharzt) Krankenpflege verordnen.

**Niedergelassene Fachärzte** (studierte Mediziner mit der Berufszulassung als Arzt, insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) bieten Diagnostik, Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen, Einzel- und Gruppengespräche, Pharmakotherapie, Psychotherapie, Notfallbehandlungen und Kriseninterventionen an. Sie sind beteiligt bei der Erstellung von Hilfeplänen und haben die Möglichkeit zur Verordnung von Ergotherapie, ambulanter Soziotherapie und häuslicher Krankenpflege. Fachärzte erstellen gutachterliche Stellungnahmen sowie Indikationen für ggfs. notwendige Zuweisungen zu Psychotherapie, Krankenhausbehandlung oder Rehabilitationsleistungen. Die Feststellung einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit ist durch Fachärzte möglich. Eine Besonderheit stellen **sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxen** dar, die mit Anbietern anderer gemeindepsychiatrischer Angebote (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, ergotherapeutische Praxen, psychiatrische Pflegedienste) vernetzt sind. Für schwer psychisch kranke Menschen, die oft eine **Komplexleistung sowie eine aufsuchende Behandlung** benötigen, können vom Facharzt zusätzliche Dienstleistungen herangezogen und koordiniert werden oder eine Überweisung an eine psychiatrische Institutsambulanz erwogen werden.

**Psychiatrische Institutsambulanzen** sind an psychiatrischen Kliniken, an psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder Universitätskliniken sowie an Zentren für Psychiatrie angegliedert und durch die Tätigkeit **multiprofessioneller Teams** (► Kap. 10, Wörterbuch) geprägt. Das krankenhaushnahe Versorgungsangebot soll sich an Kranke richten, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung von anderen Versorgungsangeboten unzureichend erreicht werden. Die Behandlung richtet sich an diejenigen Personen mit

psychischen Krankheiten und der Besonderheit eines chronischen Verlaufes, welche eine langfristige, kontinuierliche Behandlung erfordern (§ 118 SGB V). Leistungsinhalte der psychiatrischen Institutsambulanzen umfassen neben umfangreicher Befunderhebung das gesamte Spektrum psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Therapie einschließlich Psychopharmakotherapie und Psychoedukation. Darüber hinaus wird die Tätigkeit durch Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und komplementären Einrichtungen sowie ergänzenden Leistungsanbietern und den Einbezug von Bezugspersonen unterstützt.

**Psychotherapie** kann von niedergelassenen **Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärztlichen Psychotherapeuten** als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse (SGB V) angeboten werden. Diese bieten Diagnostik und psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlungen von Patienten, aber auch Kriseninterventionen an. Als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse werden aktuell die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie getragen. Es wird zwischen einer Kurzzeittherapie (bis 25 Stunden) und einer Langzeittherapie (u. U. in Abhängigkeit vom Verfahren bis zu 300 Stunden) unterschieden.

#### Anmerkung

Hier wird grundsätzlich zwischen studierten Psychologen mit Diplom- oder Masterabschluss und Berufszulassung als Psychotherapeut (Psychologischer Psychotherapeut) und studierten Medizinerinnen mit Berufszulassung als Arzt (Ärztlicher Psychotherapeut [Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie]) unterschieden. Sowohl Psychologische als auch Ärztliche Psychotherapeuten haben nach dem Studium eine mehrjährige Weiterbildung absolviert und eine staatliche Prüfung abgelegt.

**Häusliche Pflege für psychisch kranke Menschen** kann in der Wohnung des Klienten oder an einem anderen geeigneten Ort (betreute Wohneinrichtungen oder Werkstätten für behinderte Menschen) erbracht werden.

- **Ambulante Psychiatrische Pflege** nach HKP-Richtlinien Maßnahme Nr. 27a soll das Selbsthilfepotenzial schwer psychisch kranker Menschen fördern, muss Erfolgsaussicht haben, ist auf eine Dauer von 4 Monaten begrenzt und die Betreuungsintensität muss im Laufe der 4 Monate abnehmen. In begründeten Ausnahmefällen kann eine längere Bewilligung erfolgen. Ziel ist die Verringerung oder Beseitigung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen. Inhalte sind beispielsweise Anleitung zur Alltagsbewältigung und Unterstützung in Krisensituationen. Eine entsprechende Verordnung ist an bestimmte Diagnosen und Fähigkeitsstörungen gebunden.
- **Häusliche Krankenpflege** dient der Sicherung der ärztlichen Behandlung. Hier können gemäß den HKP-Richtlinien Maßnahmen der Behandlungspflege ohne zeitliche Befristung verordnet werden. Für schwer psychisch kranke Menschen ist oft die Hilfe bei der Medikamentengabe angezeigt.
- **Häusliche Pflege nach SGB XI** umfasst Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung), für welche das Vorliegen einer Pflegestufe Voraussetzung ist. Ausnahmen sind zusätzliche Betreuungsleistungen bei erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 45b, SGB XI, die auch für nicht eingestufte Klienten erbracht werden können.

**Ambulante Soziotherapie** (z. B. Diplom-Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagogen oder Fachpflegepersonen der Psychiatrie in hauptberuflicher Tätigkeit und mit einem entsprechenden Vertrag mit Leistungsträgern). Seit 1.1.2000 besteht für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

bzw. Nervenärzte nach § 37a SGB V die Möglichkeit, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soziotherapeutische Leistungen bis zu 120 Stunden in drei Jahren zu verordnen. Dies beschränkt sich in der Regel auf maximal einmal wöchentliche Kontakte. Soziotherapie soll die Koordinierung der verschiedenen Behandlungs- und Versorgungsleistungen unterstützen und die Betroffenen, die häufig nicht in der Lage sind, bestehende Unterstützungsangebote selbstständig in Anspruch zu nehmen, motivieren. Darüber hinaus sieht das Leistungsspektrum von Soziotherapie vor, Hilfen in Krisensituationen zur Verfügung zu stellen, beim Aufbau und Erhalt von Tagesstrukturen zu unterstützen, soziale Kompetenzen zu fördern und Arbeit im sozialen Umfeld zu leisten. Leistungsberechtigt sind schwer kranke Menschen.

**Ambulante Ergotherapie** (Ergotherapeuten) ist eine Leistung der Krankenkassen und kann von allen niedergelassenen Ärzten verordnet werden. Die gesetzliche Grundlage bilden im Wesentlichen die Paragraphen 32, 73, 74, 91, 124 und 125 des SGB V. Mittels unterschiedlicher Methoden (► [Abschn. 4.2.1](#)) wird im Rahmen ambulanter Ergotherapie gezielt mit dem Patienten an der Förderung der individuellen Ressourcen und Interessen zur Stabilisierung der seelischen Gesundheit und Lebensqualität gearbeitet. Ambulante Ergotherapie wird in niedergelassenen Praxen angeboten, kann aber auch in das Angebot von Tagesstätten oder Gemeindepsychiatrischen Zentren eingebunden sein.

**Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi)** (Multiprofessionelles Team ► [Kap. 10, Wörterbuch](#)) übernehmen zum einen Aufgaben in der Versorgung und Betreuung schwer psychisch kranker Menschen und zum anderen koordinierende Aufgaben im psychiatrischen Hilfesystem. Organisatorisch sind Sozialpsychiatrische Dienste überwiegend an die kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter (► unten) angegliedert. Anbindung und Finanzierung werden jedoch länderspezifisch geregelt. Patientenbezogene Leistungen umfassen Angebote der sozialpsychiatrischen Grundversorgung, Soziotherapie, Beratung sowie Maßnahmen zum Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen. Die sozialpsychiatrische Grundversorgung umfasst umfangreiche Leistungen: Unterstützung zur Krankheits- und Alltagsbewältigung, Förderung sozialer Kompetenzen, Hilfe in den Bereichen Wohnen und Arbeit, Kriseninterventionen, bei Bedarf nachgehende, aufsuchende Sozialarbeit, soziale Gruppenangebote, Unterstützung bezogen auf sozialrechtliche Ansprüche sowie fallbezogene Koordinationsaufgaben und Mitarbeit bei Fallkonferenzen. Bei Einwilligung erfolgt der Einbezug der Angehörigen. Die Frequenz der Kontakte ist abhängig vom Bedarf und der personellen Ausstattung, beschränkt sich aber i. d. R. auf ein- bis zweiwöchige Kontakte.

**Gesundheitsämter** leisten insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und deren Angehörige Beratungsangebote zu gesetzlichen Hilfen und entsprechenden regionalen Unterstützungsangeboten. Es kann eine Vermittlung an Spezialdienste, wie bspw. Sozialpsychiatrische Dienste oder die Erstellung von Gutachten nach dem Unterbringungs- und Betreuungsgesetz sowie für eine mögliche Eingliederungshilfe erfolgen. Zum Leistungsspektrum gehören auch Kriseninterventionen.

**Kontakt- und Beratungsstellen** sind in einzelnen Bundesländern verbreitet und können auch als pauschal finanzierte Tagesstätten vorgehalten werden.

**Gemeinsame Servicestellen** bieten trägerübergreifende Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung und Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind. Diese

Servicestellen bieten Menschen, die Auskünfte über Leistungen aus den Bereichen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben wünschen bzw. diese in Anspruch nehmen möchten, eine umfassende und neutrale Beratung. Darüber hinaus leisten die Mitarbeiter Klärung zum Rehabilitationsbedarf, ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger, leisten Hilfestellungen bei entsprechender Antragstellung oder verweisen an andere zuständige Einrichtungen. Beratung findet man dort auch zum Persönlichen Budget sowie zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Das **ambulant betreute Wohnen** ist weit verbreitet und kann in der Umsetzung in den einzelnen Bundesländern variieren. Es stellt eine Alternative zu stationären Wohnangeboten dar (► [Abschn. 4.3.3](#)).

### 6.1.2 Stationäre und teilstationäre Behandlungs- und Versorgungsleistungen

---

Eine **vollstationäre Behandlung** kann einen erheblichen Eingriff in die Lebenskontinuität bedeuten. Grundsätzlich besteht deshalb das Bestreben, ambulante Behandlungs- und Unterstützungsangebote auszuschöpfen und stationäre Behandlungen so wenig wie möglich zu nutzen. Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist dann notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Möglichkeiten aus der ambulanten Versorgung nicht mehr ausreicht. Die Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen erfolgt vorrangig an **psychiatrischen Fachkrankenhäusern** und an **Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser**. Die Einweisung in die Klinik erfolgt durch den niedergelassenen Arzt oder den Notarzt; die Entscheidung über eine vollstationäre Behandlung trifft letztlich der behandelnde Krankenhausarzt. Die stationäre psychiatrische Behandlung umfasst diagnostische und therapeutische Leistungen, die durch ein multiprofessionelles Team (► [Kap. 10](#), Wörterbuch) erbracht werden. Neben ärztlichen und pflegerischen Hilfeleistungen gibt es die Möglichkeit psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen sowie weiterer Therapien.

Für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gibt es außerdem die Möglichkeit der Behandlung in speziellen **Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen** (RPK). RPK's sind kleine gemeindenahe Einrichtungen mit engen regionalen Vernetzungsstrukturen. Im Rahmen einer integrierten Versorgung und gezielten Organisation werden durch ein multiprofessionelles Team (► [Kap. 10](#), Wörterbuch) Leistungen der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gleichermaßen angeboten. Die wesentlichen Behandlungselemente umfassen die ärztliche/psychotherapeutische Behandlung, ggfs. einschließlich Psychopharmakotherapie, weiterhin psychoedukative Gruppen (► [Abschn. 4.2.3](#)), Ergotherapie (► [Abschn. 4.2.1](#)), Arbeitstherapie und Belastungserprobung, psychiatrische Krankenpflege, Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie (► [Abschn. 4.2.5](#)) sowie psychosoziale Beratung und Hilfen. Im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden auch Leistungen zur Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung sowie Trainings- und Berufsvorbereitungsmaßnahmen durchgeführt. Es besteht die Möglichkeit, die Leistungen auch ganztätig ambulant (teilstationär) zu erbringen. 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. Die Antragstellung erfolgt zunächst an die Krankenkasse.

Die **teilstationäre Behandlung** in einer psychiatrischen Tagesklinik ist Teil der Krankenhausbehandlung und meistens an psychiatrische Krankenhäuser oder an psychiatrische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern angegliedert. Die Patienten werden ganztägig in der Klinik behandelt und verbringen die Nächte und die Wochenenden zu Hause. Eine tagesklinische Behandlung kann:

- eine Alternative zur stationären Behandlung bei akuten psychischen Problemen darstellen,
- im Sinne einer Übergangsbildung die Behandlungsdauer stationärer Aufenthalte verkürzen,
- der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Verläufen dienen,
- eine Intensivierung einer (nicht ausreichenden) ambulanten Behandlung zum Ziel haben.

6 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. Grundsätzlich richtet sich das Angebot an Patienten mit psychischen Erkrankungen, die am Tage einen stabilen Behandlungsrahmen benötigen, in der Nacht und an den Wochenenden jedoch über ausreichend Selbständigkeit und Stabilität verfügen, ohne einen solchen therapeutischen Rahmen zurecht zu kommen.

**Nachtkliniken** bilden für psychisch kranke Menschen, die z. B. aufgrund von Ängsten nicht zuhause übernachten können eine Möglichkeit, vorübergehend therapeutisch intensiven Schutz sowie eine Übernachtungsmöglichkeit zu erhalten. Die Patienten können tagsüber einer Beschäftigung nachgehen und abends in die Klinik zurückkehren. Indikation kann die Abklärung, Veränderung oder Stabilisierung der Lebenssituation oder die Integration nach akuter Erkrankungsphase sein. Ebenfalls vereinzelt stehen besondere Rückzugsräume in Form von **Krisenhäusern** für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Krisen zur Verfügung. Diese bieten eine erste Anlaufstelle in Krisensituationen.

Es ist ratsam, sich vor Ort über jeweilige Angebote mit ihren Vorzügen und Nachteilen zu informieren. Wenden Sie sich an Ihre Ärzte, andere Behandler oder fragen Sie evtl. andere Betroffene.

#### Adressen und weiterführende Links

Einige Bundesländer halten sog. Psychiatrie-Wegweiser vor, in denen ambulante und/oder stationäre psychiatrische Behandlungs- und Versorgungsangebote zu finden sind: ► <http://www.psychiatrie.de/bapk/prof-hilfen/wegweiser>

Ein Beratungsführer über dessen Suchmaschine nach Beratungsstellen gesucht werden kann ist auf der Homepage der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V. (DAJEB) zu finden: ► <http://www.dajeb.de>

## 6.2 Welche Rechtsgrundlagen und Träger gibt es für mögliche Behandlungs- und Versorgungsleistungen?

---

Für schwer psychisch kranke Menschen kommen als Träger für Leistungen im Sinne der Rehabilitation insbesondere die Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Sozialhilfeträger und die Träger der Jugendhilfe in Betracht (■ Tab. 6.1). Die Zuständigkeit hängt von verschiedenen Faktoren, insbesondere den Zielen und Inhalten der einzelnen Behandlung und den Anspruchsvoraussetzungen ab. Die gesetzliche Unfallversicherung ist für Leistungen zur Teilhabe aufgrund psychischer Erkrankungen selten relevant. (► „Adressen und weiterführende Links“)

Wichtige gesetzliche Grundlage bildet das **deutsche Sozialgesetzbuch (SGB)**, in dem u. a. wesentliche Bereiche im Rahmen der Behandlung, Rehabilitation und weiterer Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen geregelt sind.

Die Pflegekassen gehören nicht zur Gruppe der Rehabilitationsträger, deshalb werden sie hier gesondert aufgeführt. Die **soziale Pflegeversicherung (SGB XI)** hat die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen der Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind. Leistungen umfassen verschiedenste Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung. Im Rahmen der ambulanten Versorgung bei häuslicher Pflege können hierbei Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen bereitgestellt werden. Zudem erbringt die Pflegeversicherung Leistungen im Bereich von Kurzzeitpflege, Tages- oder Nachtpflege und vollstationärer Pflege.

Das Neunte Buch (SGB IX) enthält die Vorschriften für die **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen** und hat den Zweck, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Behinderte und für von Behinderung bedrohte Menschen zu unterstützen. Geregelt sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Rehabilitationsträger umfassen zahlreiche Träger, wie die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit oder die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. In Teil 2 werden besondere Regelungen zur **Teilhabe schwerbehinderter Menschen** beschrieben, die auch psychisch kranken Menschen Leistungen zur Teilhabe bieten können. Als schwerbehindert gelten Personen, bei denen längerfristige Funktionseinschränkungen bestehen und der Grad der Behinderung auf mindestens 50 % geschätzt wird. Eine Anerkennung der Schwerbehinderung erfolgt über das Versorgungsamt sowie über ein ärztliches Begutachtungsverfahren. Grundlage der Schweregradeinschätzung bei psychischen Erkrankungen ist das Ausmaß der sozialen Anpassungsschwierigkeiten. Regelungen des Schwerbehinderterrechts umfassen z. B. besondere Bedingungen des Kündigungsschutzes, die Gewährung von Nachteilsausgleich (► Kap. 10, Wörterbuch) 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 (► Abschn. 4.3.2).

Mit dem seit 01.01.2008 bestehenden Rechtsanspruch behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen auf Leistungen in Form des **Persönlichen Budgets** (§ 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX) hat sich die Möglichkeit der Eigenverantwortung im Umgang mit Teilhabeleistungen erweitert. Die Betroffenen können damit selbst über Einsatzmodalitäten der ihnen zustehenden Mittel unter Berücksichtigung von Zielvereinbarungen entscheiden. Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX

**Tab. 6.1** Überblick über Rehabilitationsträger und Leistungszuständigkeiten

Rehabilitationsträger	Leistungen zur medizinischen Versorgung	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Ziel: Erhalt und Verbesserung der Gesundheit	z. B. ambulante und stationäre Krankenbehandlung, Arznei- und Heilmittel, Soziotherapie, häusliche Krankenpflege		
Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) Ziel: Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben	z. B. ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation, Rehabilitationsnachsorge	z. B. Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen, Erstattung von Bewerbungskosten, Zuschuss zu Arbeitsmitteln	z. B. Mobilitätshilfen, Haushaltshilfe
Bundesagentur für Arbeit (Arbeitsförderung SGB III, Grundversicherung für Arbeitssuchende SGB II) Ziel: Förderung der Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben		z. B. berufsvorbereitende Maßnahmen, Vermittlungsunterstützung, Berufsbildungswerke, Ausbildungszuschüsse	
Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) Ziel: Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit	Stabilisierungsmaßnahmen und notwendige Weiterbehandlung, z. B. durch Ergo- und Psychotherapie	z. B. Qualifizierungsmaßnahmen, Entgeltersatzleistungen	z. B. Kraftfahrzeug oder Wohnungshilfe
Altersversicherung der Landwirte (ALG) Ziel: Erhalt bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit	Ambulante oder stationäre medizinische Rehabilitation		
Träger der öffentlichen Jugendhilfe (SGB XIII) Ziel: Unterstützung von Kindern und Jugendlichen unter 27 Jahren und deren Familien	z. B. sozialpädagogische Familienhilfe	z. B. Jugendarbeit	z. B. gemeinsame Wohnformen für Eltern und Kinder, Hilfe zur Erziehung, soziale Gruppenarbeit
Träger der Sozialhilfe (SGB XII) Ziel: Verbesserung der Teilhabe in allen Bereichen	z. B. Hilfen zur Gesundheit	Eingliederungshilfe z. B. Hilfen zur Ausbildung	Eingliederungshilfe z. B. Hilfen zur Weiterführung des Haushalts

sind sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben als auch zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft budgetfähig.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 wurde die Möglichkeit der sog. **Integrierten Versorgung** eingeführt. Ziel ist eine Überwindung der einzelnen Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Rehabilitation) und Unterstützung einer Zusammenarbeit fachübergreifender Versorgungseinrichtungen bei Erhöhung der Wirtschaftlichkeit und einer verbesserten Koordination und Kontinuität in der Behandlung. Die Patienten werden qualitätsgesichert und in fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt. Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken und andere Behandler bzw. Versorger können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch. Zu den Leistungen können beispielsweise das Fallmanagement, die Erbringung aufsuchender medizinischer, therapeutischer und pflegerischer Leistungen, sowie eine umfassende Krisenversorgung außerhalb des Krankenhaussettings gehören. Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge. Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

#### Adressen und weiterführende Links

Arbeitshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: ► <http://www.bagrpk.de/fileadmin/webseite/Downloads/RPK-Empfehlungsvereinbarung/110701-BAR-Arbeitshilfe-psychische-Erkrankungen.pdf>

Der Paritätische Gesamtverband hat eine Internet-Plattform zum Persönlichen Budget geschaffen, die Antragstellende, Budgetnehmende, Angehörige, Beratende, Leistungsträger und Leistungserbringer kostenlos vernetzen soll: ► <http://www.budgetaktiv.de>

► <http://integrierte-versorgung.psychenet.de> hält neben wertvollen Informationen zu Projekten der Integrierten Versorgung für psychische Erkrankungen eine Landkarte mit relevanten Angeboten bereit

Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit mit Informationen zur Integrierten Versorgung: ► <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>

# Was Angehörige wissen sollten

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Mögliche Belastungen von Angehörigen können vielfältig und schwerwiegend sein. Neben gesundheitlichen und emotionalen Belastungen hat die Erkrankung eines nahen Angehörigen weitreichende Auswirkungen, die beispielsweise in beruflichen Nachteilen, in zusätzlichen finanziellen und zeitlichen Aufwendungen oder in der Einschränkung eigener Freizeitgestaltung bestehen. Oft sind die Beziehungen zu Anderen beeinträchtigt und die Angehörigen erfahren Diskriminierung und Ablehnung. Zu den Angehörigen zählen nicht nur Eltern, sondern auch Geschwister und bei eigenen Familien auch Partner und Kinder (► Kap. 8), die betroffen sein können und die auf jeweils unterschiedliche Weise beteiligt, verunsichert und zu unterstützen sind. Zugleich sind Angehörige und die damit verbundene soziale familiäre Einbindung eine wichtige Ressource. Patienten mit eigenen Familien erleben im Allgemeinen einen besseren Krankheitsverlauf.

### Statement

Angehörige von schwer psychisch kranken Menschen erfahren schwerwiegende und vielfältige Belastungen. Zugleich sind sie eine wichtige Ressource und haben eine wesentliche stabilisierende Funktion. Neben professionellen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind deshalb auch Ansätze der selbstorganisierten Angehörigenselbsthilfe zu unterstützen (► Kap. 5).

### ■ Worte an Angehörige

Als Angehörige psychisch kranker Menschen sind Sie in einer schwierigen Situation: Sie wollen helfen und unterstützen und wünschen sich gleichzeitig vielleicht selbst Hilfe und Unterstützung. Einen nahe stehenden Menschen leiden zu sehen, ist schwer. Es kann Ihnen helfen, wenn Sie sich bewusst machen, dass Sie als Angehöriger zwar helfen, aber nicht heilen können.

Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Dennoch ist wichtig zu wissen, niemand trägt Schuld an der Erkrankung. Weder Sie noch der Erkrankte. Falls der Arzt oder Psychotherapeut Ihres erkrankten Angehörigen Sie zu einem Paar- oder Familiengespräch einlädt, dient das auch niemals dazu, Schuld zu verteilen, sondern Prozesse und Belastungen aller Beteiligten besser zu verstehen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Hilfreich für den erkrankten Angehörigen kann es zum Beispiel sein, wenn Sie ihn in seiner Erkrankung ernst nehmen und Verständnis für seine Situation und seine Gefühle aufbringen. Behüten und umsorgen Sie ihn nicht über Gebühr und lassen Sie ihm so viel Selbstständigkeit wie möglich. Geben Sie ihm aber zu verstehen, dass Sie für ihn da sind, wenn er Sie braucht.

Geben Sie sich und ihrem erkrankten Angehörigen Zeit, vor allem nach einer akuten Phase der Erkrankung. Erwarten Sie nicht ungeduldig große und plötzliche Veränderungen, sondern fördern Sie die „kleinen Schritte nach vorn“ und freuen sich an ihnen. Bedenken Sie auch, dass der Erkrankte sich selbst in der Krankheit gesunde Anteile bewahrt und helfen Sie ihm, diese gesunden Anteile zu stärken und zu entwickeln.

Der Umgang mit einem psychisch kranken Menschen kann dazu führen, dass Sie selbst auf vieles verzichten. Auf Dinge, die Ihnen lieb sind, wie Hobbies, Sport, Kontakte, Kultur. Es mag Ihnen evtl. egoistisch erscheinen, dass Sie sich vergnügen, während der andere leidet. Doch damit ist dem Betroffenen nicht geholfen. Wichtig ist, dass Sie auch auf sich selbst Acht geben, um Energie und Kraft zu tanken.

Der Umgang mit einer chronischen schweren Erkrankung ist für Angehörige eine ganz besondere Herausforderung. Wer viel hilft, darf sich zugestehen, auch selber Hilfe in Anspruch zu nehmen, um nicht auszubrennen. Alles, was Sie entlastet, hilft auch dem Angehörigen, um den Sie sich sorgen. Sie haben z. B. die Möglichkeit, sich psychotherapeutische Unterstützung zu suchen, um belastende Situationen besser zu verarbeiten oder Sie nutzen die Angebote von Selbsthilfegruppen für Angehörige (► Kap. 5).

(Quellen: ► <http://www.psychiatrie.de/bapk/rat/>, ► [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005p\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2011\\_abgelaufen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005p_S3_Unipolare_Depression_2011_abgelaufen.pdf))

# Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Kinder von psychisch kranken Eltern sind nicht nur besonderen Herausforderungen im Entwicklungsverlauf ausgesetzt, sondern haben darüber hinaus ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. In manchen Familien gelingt die Bewältigung der mit der Erkrankung einhergehenden Belastungen und Konflikte gut. In anderen Familien dagegen kann sie weniger gut gelingen und die Entwicklung und Erziehung der Kinder kann möglicherweise beeinträchtigt sein. Manchmal geraten Eltern auch an ihre Grenzen und fühlen sich in der Begleitung ihrer Kinder überfordert.

Man weiß, dass unter anderem bestimmte Faktoren dazu beitragen, die es den Kindern und Familien ermöglichen, die besonderen Belastungen in Zusammenhang mit der Erkrankung zu bewältigen.

- Auf Seiten des Kindes können das beispielsweise bestimmte Temperamentsmerkmale wie Flexibilität, Anpassungsvermögen an Veränderungen und eine überwiegend positive Stimmungslage sein. Aber auch Fähigkeiten zur Wahrnehmung und zum Ausdruck von Gefühlen und gute Problemlösefähigkeiten können sich positiv auf die Bewältigung auswirken.
- Innerhalb der Familie spielen beispielsweise die Beziehungsgestaltung in der Familie und das Erziehungsverhalten eine bedeutende Rolle.
- Daneben können auch soziale Schutzfaktoren, die außerhalb der Familie liegen, wie beispielsweise die soziale Unterstützung durch andere Personen oder die soziale Einbindung in die Gemeinde, in Vereine oder die Kirche etc. einen positiven Einfluss haben.

Hilfreich ist es, wenn Kinder psychisch erkrankter Eltern eine altersangemessene Aufklärung und Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung der Eltern erhalten, die an den Bedürfnissen und Fragen der Kinder anknüpft und die von professioneller Seite unterstützt wird. In Deutschland gibt es mittlerweile verschiedene Aktivitäten, Initiativen und Anlaufstellen für betroffene Familien (► „Adressen und weiterführende Links“):

- Informations-, Beratungs- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche, die gleichzeitig für die erkrankten Eltern und ggfs. ihre Partner sowie weitere Angehörige zur Verfügung stehen (z. B. Familienberatungsstellen, Jugendamt, Gesundheitsamt);
- Angebote für Kinder und Jugendliche (z. B. gemeinsame Freizeitaktivitäten, spezielle Kinderprojekte, Patenfamilien);
- Unterstützende sowie entlastende Angebote für betroffene Familien (z. B. Erziehungsberatung, ambulante Erziehungshilfen, Wohngemeinschaften für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder, stationäre Eltern-Kind-Behandlungen);
- Anlaufstellen für Eltern in akuten Krisen (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste).

#### **Adressen und weiterführende Links**

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern mit zahlreichen Informationen zu Einrichtungen und Projekten, zu Büchern und Broschüren etc.: ► <http://www.bag-kipe.de>

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. mit speziellen Informationen und regionalen Angeboten für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil: ► <http://www.kipsy.net>

Das Kinder und Jugendtelefon „Nummer gegen Kummer“ 116111. Anonym und Vertraulich, kostenlos in ganz Deutschland (auch vom Handy aus) Mo.–Sa. 14–20 Uhr.

Das Elterntelefon „Nummer gegen Kummer“ 1110550. Anonym und Vertraulich, kostenlos in ganz Deutschland (auch vom Handy aus) Beratungszeiten: Mo.–Fr. 9 bis 11 Uhr, Di. und Do. 17 bis 19 Uhr.

Online-Beratung für Eltern bei Fragen zu Problemen zur Erziehung: ► <https://eltern.bke-beratung.de>

# Schlussbemerkung

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Die vorliegende Leitlinie weist einige Besonderheiten auf, die bereits eingangs erwähnt wurden. Aufgrund ihres krankheitsübergreifenden Ansatzes (► Kap. 1) handelt es sich bei dieser Leitlinie nicht um eine übliche krankheitsspezifische Leitlinie, wie beispielsweise eine Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie. In einer üblichen diagnosespezifischen Behandlungsleitlinie wird der interessierte Leser über Ursachen, Entstehung, Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der beschriebenen Erkrankung informiert. Solche Informationen wird der Leser hier nicht finden.

Es werden in dieser Leitlinie auch keine körperlichen Therapieverfahren (z. B. medikamentöse Behandlung) und psychotherapeutischen Therapien vorgestellt. Selbstverständlich spielen körperliche Therapieverfahren und psychotherapeutische Ansätze eine unverzichtbare Rolle in der Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, nur sind diese nicht Gegenstand dieser Leitlinie. Der interessierte Leser sei deshalb an dieser Stelle an andere Leitlinien verwiesen.

Trotz der angesprochenen Zielgruppe der Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen geht die vorliegende Leitlinie nicht auf die Behandlung von Suchtstörungen ein, obwohl auch die Suchtstörung oft einen schweren und langen Verlauf nimmt. Auch hierzu wird der Leser auf andere Quellen verwiesen. (► „Adressen und weiterführende Links“)

### Adressen und weiterführende Links

Krankheitsspezifische Patienteninformationen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen finden Sie unter folgenden Adressen

- zur Depression und Demenz: ► <http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html>, ► <http://www.buendnis-depression.de>
- zur Schizophrenie: ► <http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de>
- zur Bipolaren Störung: ► <http://www.dgbs.de>
- zur Angst- und Zwangsstörung: ► <http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/Patientenratgeber/AngstZwang.pdf>
- zu Suchtstörungen: ► <http://www.sucht.de>

# Kleines Wörterbuch

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

**Akute Krankheitsphase** (lateinisch „acutus“, scharf, spitz) Als „akut“ werden in der Medizin schnell zum Ausbruch kommende Krankheiten bzw. Krankheitsphasen bezeichnet.

**Ambulant** (lateinisch „ambulare“ umhergehen, spazieren gehen) Bei einer ambulanten Behandlung kann der Patient unmittelbar oder kurze Zeit nach Beendigung wieder nach Hause gehen. Er wird nicht stationär aufgenommen.

**Arbeitsmarkt, allgemeiner und besonderer** Unter dem Begriff „allgemeiner Arbeitsmarkt“ versteht man eine abhängige und entlohnte Beschäftigung als Arbeitskraft. Ist eine Beschäftigung zu den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht möglich, hat der behinderte Mensch die Möglichkeit, zum Beispiel in einer Werkstatt für behinderte Menschen eine geeignete Beschäftigung zu finden. Dies nennt man den „besonderen Arbeitsmarkt“.

**Bipolare Erkrankung** (auch manisch-depressive Erkrankung) bezeichnet eine psychische Störung. Phasen gedrückter, depressiver Stimmung wechseln mit starker Hochstimmung (Euphorie) und Rastlosigkeit, in denen die Betroffenen häufig den Bezug zur Realität verlieren.

**Chronisch (Chronizität)** lang anhaltend, langsam verlaufende Entwicklung

**Empowerment** bedeutet „Selbstbefähigung“, „Stärkung von Autonomie und Eigenmacht“.

**Ergotherapie** (griechisch „érgon“ Arbeit und „therapeía“ dienen, Pflege) meint in etwa „Gesundung durch Handeln“. Die Ergotherapie gehört zu den medizinischen Heilberufen. Sie soll dem Patienten helfen, eine durch Krankheit, Verletzung oder Behinderung verlorengegangene oder noch nicht vorhandene Handlungsfähigkeit im Alltagsleben (wieder) zu erreichen.

**Heilmittel** im Sinne des fünften Sozialgesetzbuches sind „persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsberufe geleistet werden dürfen“. Dazu zählen zum Beispiel die Ergotherapie oder die Physiotherapie. Davon grenzen sich die Arzneimittel (Medikamente) und die Hilfsmittel (sächliche Heilmittel wie Gehhilfen oder ähnliches) ab.

**Integration** Teilhabe an der Gesellschaft, soziale Eingliederung.

**Integrative Bewegungstherapie** ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, die ganz besonders den Körper und seine Bewegungsabläufe in das therapeutische Geschehen einbezieht. Sie geht von der Grundannahme aus, dass mit jedem Gefühl und jedem Gedanken eine innere Bewegung einher geht, die körperlich empfunden wird und sich auch körperlich äußert. Diese Verbindung von inneren Bewegungen (Empfindungen, Gefühlen, Gedanken) und den ihnen entsprechenden körperlichen Äußerungsformen (Haltungen, Aktionen, Verhaltensweisen usw.) werden durch bewusste Körper- und Bewegungsarbeit verdeutlicht und dem Erleben zugänglich gemacht.

**Klinische Studie** In einem kontrollierten Umfeld und unter festgelegten Bedingungen wird die Wirkung einer bestimmten medizinischen Behandlung erforscht.

**Konzentrierte Bewegungstherapie** ist eine körperorientierte psychotherapeutische Methode, in der Wahrnehmung und Bewegung als Grundlage des Handelns, Fühlens und Denkens genutzt werden. Im konzentrativen Sich-Bewegen, Sich-Wahrnehmen werden Erinnerungen reaktiviert, die im Laufe des Lebens ihren Körperausdruck in Haltung und Verhalten gefunden haben.

**Multiprofessionelles Team** Hierunter wird die Zusammenarbeit verschiedener relevanter Berufsgruppen verstanden (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychiatrische Fachpflege, Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Fachberufe, wie z. B. Ergotherapeuten, Soziotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sport- und Bewegungstherapeuten, Therapeuten der künstlerischen Therapieansätze). Regelmäßig sind diese Teams in der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Behandlung etabliert. Im ambulanten Sektor sind sie zentraler Bestandteil einiger gemeindenaher Behandlungsangebote. Hier sind darüber hinaus Hausärzte, also Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. hausärztlich tätige Fachärzte für innere Medizin und praktische Ärzte an der

Behandlung schwer psychisch kranker Patienten beteiligt. Sofern eine Behandlung vor dem 19. Lebensjahr begonnen wurde, zählen auch Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie dazu. Durch die Zusammenarbeit fließen Wissen und Erfahrungen aus verschiedenen Fachbereichen zusammen und ein regelmäßiger Austausch im Team ermöglicht eine gezielte Behandlung der Patienten.

**Nachteilsausgleich** kann zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile geltend gemacht werden. Nachteilsausgleiche sind z. B. unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personenverkehr ("Freifahrt"), Steuerliche Erleichterungen, Parken (Benutzung von Behindertenparkplätzen, Parkerleichterungen), Vergünstigungen bei Bussen und Bahnen, Rundfunkgebührenbefreiung, ermäßigter Eintritt zu Veranstaltungen oder im Arbeitsleben auch Zusatzurlaub und Kündigungsschutz. Sie sind abhängig vom Merkzeichen und vom Grad der Behinderung (GdB) und werden durch den Schwerbehindertenausweis nachgewiesen. Nachteilsausgleiche sind im SGB IX, aber auch in anderen Vorschriften geregelt, zum Beispiel im Steuerrecht.

**Partizipation** Teilnahme, Teilhaben z. B. an Entscheidungsfindungen

**Psychopharmakotherapie** Behandlung mit seelisch wirksamen Medikamenten (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika)

**Psychiater** (griechisch „psychē“ Seele, Leben und „iatros“ Arzt) Facharzt für Psychiatrie, studierter Mediziner mit Berufszulassung (Approbation) als Arzt, der nach dem Studium eine fünfjährige Weiterbildung in Psychiatrie und Neurologie gemacht und eine Facharztprüfung abgelegt hat. Psychotherapie ist Bestandteil der Weiterbildung.

**Psychoanalyse** (griechisch „psychē“ Seele und „analysis“ Zerlegung) ist ein Erklärungsmodell in der Psychologie. Die von Sigmund Freud um 1890 entwickelte Theorie geht davon aus, dass bestimmte Verhaltensmuster unbewusste Ursachen haben. Mit einer psychoanalytischen Therapie können diese bewusst gemacht und verständlich werden.

**Psychologe** (griechisch „psychē“ Seele und „logos“ Wort, Lehre) ist die Berufsbezeichnung von Menschen, die ein Psychologiestudium abgeschlossen haben (Diplom-Psychologen bzw. Master of Science/Arts (Psychologie) oder Bachelor of Science/Arts (Psychologie)). Diplom-Psychologen können auch als „Psychologische Psychotherapeuten“ an der Versorgung psychischer Erkrankungen beteiligt sein, wenn sie eine staatlich geregelte, etwa drei- bis fünfjährige Zusatzausbildung als Psychotherapeut gemacht haben.

**Psychotherapie** (griechisch „psychē“ Seele und „therapeia“ Dienen, Pflege) wird als Oberbegriff für alle Verfahren benutzt, die ohne den Einsatz von Medikamenten psychische Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder Verhaltensstörungen behandeln. Dabei kommen vielfältige Methoden zum Einsatz.

**Psychotherapeut** Als Psychotherapeuten sind entweder Ärzte oder Psychologen tätig, die jeweils eine Zusatzausbildung in Psychotherapie gemacht haben. Bei Fachärzten für Psychiatrie und Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist die Psychotherapie fester Bestandteil der ärztlichen Weiterbildung.

**Recovery** übersetzt: „Genesung“ oder „Wiedergesundung“, in der Psychiatrie benutzt als Synonym für das Potential psychisch erkrankter Menschen, auch nach einer schweren Krise ein erfülltes, teilhabendes und selbstbestimmtes Leben führen zu können.

**Rehabilitation** (lateinisch „re“ wieder- und „habilitas“ Geschicklichkeit, Tauglichkeit, Wiederbefähigung) Unter Rehabilitation werden alle medizinischen, psychotherapeutischen, sozialen und beruflichen Maßnahmen zusammengefasst, die eine Wiedereingliederung eines Kranken in Familie, Gesellschaft und Berufsleben zum Ziel haben. Diese Maßnahmen sollen es den Patienten ermöglichen, besser mit krankheitsbedingten Problemen umzugehen und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

**Soziale Kompetenz** Befähigung zur gesellschaftlichen Rollenfindung und -ausübung

**Stationär** (von lateinisch „statio“ Stillstehen) heißt so viel wie „fest verortet, stillstehend, bleibend“. Das Wort bezeichnet in der Medizin die Versorgung von Patienten, die für einen längeren Zeitraum fest im Krankenhaus oder einer Rehaklinik bleiben (und auch da übernachten). Das Gegenteil ist die „ambulante“ Versorgung, bei der Patienten zur Behandlung eine Praxis oder die Ambulanz eines Krankenhauses aufsuchen und danach wieder nach Hause gehen.

**Stigmatisierung** bezeichnet einen Prozess, in dessen Verlauf innerhalb einer Gesellschaft bestimmte äußere Merkmale von Personen und Gruppen, zum Beispiel eine sichtbare Behinderung, mit negativen Bewertungen belegt und die Betroffenen in eine Randgruppenposition gedrängt werden. Ein stigmatisierter Mensch ist diesem Prozess meistens hilflos ausgeliefert und wird die ihm zugeschriebene negative Bewertung im Normalfall allmählich verinnerlichen. Dies hat zur Folge, dass der Betroffene sich selbst als unzulänglich erlebt.

**Symptom (Krankheitszeichen)** (griechisch „syn“ zusammen, „ptoma“ Fall, Zusammenfall, Begleiterscheinung) bezeichnet in der Medizin und Psychologie Zeichen, die auf das Vorhandensein einer bestimmten Erkrankung hinweisen.

**Tiefenpsychologie** ist die zusammenfassende Bezeichnung für psychologische und psychotherapeutische Ansätze, die unbewussten seelischen Vorgängen einen zentralen Stellenwert für die Erklärung menschlichen Verhaltens und Erlebens beimessen.

**Verhaltenstherapie** Bei der Verhaltenstherapie soll der Patient darin gestärkt werden, selbst mit seiner Erkrankung **umzugehen**. Durch die Unterstützung des Psychotherapeuten werden die Ursachen und die aufrechterhaltenden Bedingungen seiner Erkrankung herausgearbeitet. Gemeinsam werden alternative Denk- und Verhaltensmöglichkeiten entwickelt, erprobt und erlernt, mit denen der Betroffene zukünftig besser zurechtkommt.

# An der Entwicklung der Leitlinie beteiligte Organisationen und Experten

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Am Entwicklungsprozess beteiligt waren die in **Tab. 11.1** aufgelisteten Organisationen.

**Tab. 11.1** An der Entwicklung der Leitlinien beteiligte Organisationen in alphabetischer Reihenfolge

ACKPA	Arbeitskreis der Cheförzttinnen und Cheförzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland
AKP	Aktionskreis Psychiatrie e.V.
AOK	AOK Bayern
APK	Aktion Psychisch Kranke e.V.
ARGE BFW	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke Berufsverband der Soziotherapeuten e.V.
BAG BBW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke
BAG BTZ	Bundesarbeitsgemeinschaft Beruflicher Trainingszentren
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
BAG KT	Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerischer Therapien
BAG RPK	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.
BAG UB	Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V.
BAG WfbM	Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.
BALK	Verband Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen e.V.
BApK	Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V./Familien-Selbsthilfe Psychiatrie
BAPP	Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e.V.
BDK	Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser
BDP	Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
BFLK	Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie e.V.
BKMT	Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie
BPE	Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V.
BptK	Bundespsychotherapeutenkammer
BVDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V.
BVDP	Berufsverband Deutscher Psychiater
bvvp	Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGBP	Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.
DGKJP	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V.

■ **Tab. 11.1** (Fortsetzung) An der Entwicklung der Leitlinien beteiligte Organisationen in alphabetischer Reihenfolge

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DGS	Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention e.V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
DTGPP	Deutsch-türkische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit e.V.
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.
DVGS	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.
VKD	Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V./Fachgruppe Psychiatrie

Bei der Erstellung der Leitlinien waren die in ■ **Tab. 11.2** aufgeführten Wissenschaftler beratend tätig.

■ **Tab. 11.2** Beratende Wissenschaftler

Themenbereich	Experten	Stellvertreter
Arbeit	Prof. Dr. Thomas Reker	PD Dr. Holger Hoffmann
Beschäftigung	PD Dr. Thomas Reuster	Dr. Matthias Schützwohl
Empowerment & Recovery	Prof. Dr. Reinhold Kilian	
Gesundheitssystem-Perspektive	Prof. Dr. Arno Deister	
Gesundheitsökonomie-Perspektive	Prof. Dr. Hans-Helmut König	Dr. Alexander Konnopka
Klinische Relevanz & Außenperspektive	Prof. Dr. Andreas Heinz	Prof. Dr. Rainer Hellweg
Pflege-Perspektive	Prof. Dr. Dirk Richter	
Psychoedukation	Prof. Dr. Katarina Stengler	
Teilhabe am sozialen Leben	Prof. Dr. Heinrich Kunze	Prof. Dr. Gerhard Längle
Transkulturelle Psychiatrie/ Migrationsaspekte	Prof. Dr. Wielant Machleidt	PD Dr. Iris Tatjana Calliess
Trialog	Prof. Dr. Thomas Bock	Dr. Tina Wessels
Vernetzung von Hilfen	Dr. Hermann Elgeti	Dr. Stefan Bartusch
Wohnen	Prof. Dr. Dr. Manfred Wolfersdorf	Dr. Manfred Moos

# Lesermeinung

*Uta Gühne, Ruth Fricke, Gudrun Schliebener, Thomas Becker,  
Steffi Riedel-Heller*

Zu dieser Broschüre bitten wir die Leser um ihre Meinung (■ Abb. 12.1).

Lesermeinung	Seite 1
<p>⌘.....</p> <p>Sie können uns dabei unterstützen, diese Patienten- und Angehörigenleitlinie weiter zu verbessern. Ihre Anmerkungen und Fragen werden wir bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigen. Trennen Sie einfach dieses und das nächste Blatt heraus und senden Sie die Blätter bitte an:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>DGPPN Geschäftsstelle Berlin Stichwort „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Störungen“ Reinhardtstraße 27B <b>10117 Berlin</b></p> </div> <p>Fax: 030-240 477 229</p> <p><b>Wie sind Sie auf die Patientenleitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ aufmerksam geworden?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Im Internet (Suchmaschine)</p> <p><input type="checkbox"/> Gedruckte Anzeige / Broschüre (Wo? Welche?): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation / Arbeitsgruppe (Welche?): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ihre Ärztin / Ihr Arzt oder andere Behandler und beratende Einrichtungen haben Ihnen diese Broschüre empfohlen (Wer?): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte näher bezeichnen: _____</p> <hr/> <p>Ich bin <input type="checkbox"/> Betroffener      <input type="checkbox"/> Interessierter      <input type="checkbox"/> Angehöriger</p> <p><b>Was an dieser Patientenleitlinie hat Ihnen gefallen / Was war hilfreich für Sie?</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div> <p style="font-size: small;">© DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2014. Aus: U. Gühne et al.: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen</p>	

12

■ Abb. 12.1 Formular zur Ermittlung der Lesermeinung

Lesermeinung	Seite 2
⌘.....	
<b>Was an dieser Patientenleitlinie hat Ihnen nicht gefallen / Was war wenig hilfreich für Sie?</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 170px;"></div>	
<b>Was hätten Sie sich noch von dieser Patienteninformation gewünscht?</b>	
<div style="border: 1px solid black; height: 160px;"></div>	
<p>© DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2014. Aus: U. Gühne et al.: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen</p>	

■ **Abb. 12.1** (Fortsetzung) Formular zur Ermittlung der Lesermeinung