

**Technische Universität München**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Klinikum Rechts der Isar

(Direktor: Prof. Dr. H. Förstl)

**Die Einbeziehung von Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische  
Behandlung aus Sicht der professionellen Helfer:  
Eine empirisch-explorative Fragebogenstudie**

Isabel Kathrin Maurus

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät der Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. J. Schlegel  
Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. J. G. H. Bäuml  
2. apl. Prof. Dr. M. Sack

Die Dissertation wurde am 22.03.2018 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 09.10.2018 angenommen.



**Wenn alle Bande sich auflösen,  
wird man zu den häuslichen zurückgewiesen.**

Johann Wolfgang von Goethe an Herzog Karl August von Weimar, 1806

**Denn zu Zeiten der Not bedarf man seiner Verwandten.**

Aus „Reineke Fuchs“, Johann Wolfgang von Goethe, 1794

In Liebe meiner Familie

## **Inhalt**

<b>1</b>	<b>Einleitung: Sichtweise der Angehörigen im Wandel der Zeit .....</b>	<b>7</b>
1.1	Auswirkungen der Entwicklung von Neuroleptika auf Angehörige .....	8
1.2	Ätiologische Familientheorien der 50er und 60er Jahre .....	8
1.3	Das „Expressed-Emotions-Konzept“ .....	10
1.4	Sichtweise der Angehörigen im Rahmen von PE-Maßnahmen .....	11
1.4.1	Ziele und Wirkfaktoren von Angehörigengruppen .....	13
1.5	Aktuelle Situation der Angehörigen in der Psychiatrie.....	15
1.5.1	Belastungen .....	16
1.5.2	Wünsche und Bedürfnisse .....	17
1.5.3	Verbreitung von PE-Angeboten für Angehörige.....	19
<b>2</b>	<b>Zielsetzung.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden.....</b>	<b>21</b>
3.1	Entstehung des Fragebogens .....	21
3.2	Kollektiv der Befragten .....	21
3.3	Aufbau des Fragebogens .....	22
3.4	Statistische Methoden.....	25
3.5	Kategorisierung der Befragten .....	25
<b>4</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>28</b>
4.1	Charakterisierung der Befragten .....	28
4.1.1	Demographische Merkmale.....	28
4.1.2	Persönliche Einstellungen .....	28
4.1.3	Aspekte des Arbeitsumfeldes .....	30
4.2	Anwendungsprofil von PE-Maßnahmen.....	32
4.3	Überblick über die Bewertung der Items .....	34
4.4	Sichtweise der Angehörigen in Abhängigkeit von persönlichen Merkmalen und besonderen Aspekten des Arbeitsumfeldes der professionellen Helfer ....	35
4.4.1	Nutzen der Einbeziehung.....	35

4.4.2	Belastungen der Angehörigen .....	40
4.4.3	Verhalten und Einfluss auf Krankheitsausbruch/ -verlauf .....	42
4.5	Hindernisse für die Einbeziehung .....	46
4.6	Hilfen für eine verstärkte Einbeziehung.....	49
4.6.1	Möglichkeiten der Förderung von Angehörigengruppen .....	49
4.6.2	Eigene Vorschläge der professionellen Helfer .....	52
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>54</b>
5.1	Diskussion der Methoden.....	54
5.2	Diskussion der Ergebnisse.....	56
5.2.1	Charakterisierung der Befragten.....	56
5.2.2	Anwendungsprofil von PE-Maßnahmen .....	57
5.2.3	Nutzen der Einbeziehung.....	59
5.2.4	Belastungen der Angehörigen .....	64
5.2.5	Verhalten und Einfluss auf Krankheitsausbruch/ -verlauf .....	67
5.2.6	Gesehene Hindernisse für die Einbeziehung .....	73
5.2.7	Potentielle Hilfen für eine verstärkte Einbeziehung.....	81
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>88</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>90</b>
<b>8</b>	<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>101</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>101</b>
9.1	Fragebogen .....	101
9.2	Details und Ergänzungen zu den eigenen Vorschlägen .....	106
<b>10</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>110</b>
<b>11</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>111</b>
<b>12</b>	<b>Lebenslauf.....</b>	<b>112</b>



## **1 Einleitung: Sichtweise der Angehörigen im Wandel der Zeit**

Zur Bewältigung einer derart komplexen Herausforderung wie sie psychische Krankheiten darstellen, müssen alle Beteiligten zusammen versuchen ihre Sichtweisen, ihr Wissen und ihre jeweiligen Lösungsansätze einzubringen. Während früher die Therapie durch professionelle Helfer dominierte, wird diese heutzutage nur mehr als eine von drei Säulen in der Behandlung von psychischen Krankheiten gesehen. Den Patienten wird mehr und mehr Eigenverantwortung in der Therapie zugestanden, für deren langfristiges Gelingen sind professionelle Helfer und Angehörige gleichermaßen relevant (Katschnig 1989).

Die Rolle der Angehörigen in der Psychiatrie hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Ausgrenzungen und Schuldzuweisungen sind in den Hintergrund getreten, spürbar ist ein zunehmendes Bemühen, Angehörige als gleichberechtigte Partner in die Therapie einzubeziehen und zu unterstützen. Diese Änderung der Haltung ist jedoch nicht selten von Schwierigkeiten in ihrer Umsetzung begleitet (Binder und Richter 2003), welche die vorliegende Arbeit unter anderem behandeln soll. Die folgenden Abschnitte sollen jedoch zunächst einen kurzen Überblick über die Entwicklung des heutigen Stellenwerts der Angehörigen in der Psychiatrie verschaffen und die theoretischen Hintergründe, die hierzu von Bedeutung sind, knapp erläutern.

Dabei handelt es sich meist um Aspekte der Behandlung von schizophren erkrankten Patienten, bei der den Angehörigen von jeher eine besondere Bedeutung zugemessen wurde und aus welcher sie primär entsprungen ist (Borbé et al. 2008; Katschnig 2002). Schizophrenie ist neben den affektiven Erkrankungen die häufigste Diagnose von hospitalisierten psychiatrischen Patienten. Bei einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 32 Tagen pro Fall (Bundespsychotherapeutenkammer 2014) geht sie mit hohen Krankheits- und Folgekosten einher (Robert Koch Institut 2010).

Erkenntnisse aus der Therapie von Schizophrenien lassen sich jedoch gerade im Bereich der Psychoedukation vielfach auch für andere psychische Krankheiten nutzen, da deren Wirkprinzipien in ähnlicher Form auch für diese gültig sind (s. Kap. 1.4.1).

Im Folgenden werden zunächst die sozialen Auswirkungen der Einführung von Neuroleptika erläutert, wichtige Theorien zum Einfluss der Angehörigen auf Krankheitsentstehung- und verlauf beschrieben und deren aktuelle Relevanz diskutiert. Anschließend wird das heute zur Standardbehandlung zählende Konzept der Psychoedukation vorgestellt und welche Bedeutung es den Angehörigen beimisst. Zuletzt wird deren aktuelle Situation samt bestehenden Problemfeldern beschrieben.

## **1.1 Auswirkungen der Entwicklung von Neuroleptika auf Angehörige**

Nach der im 17. Jahrhundert begonnenen „Ausgrenzung der Unvernunft“ aus dem gesellschaftlichen Alltag wurden in sogenannten Asylen ohne Unterschied Kriminelle, Arme aber auch jene, die später als „geisteskrank“ bezeichnet werden sollten, unter oft unmenschlichen Bedingungen untergebracht (Dörner 1995). In einer wissenschaftlichen und humanitären Wende gegen Ende des 18. Jahrhunderts wurden jedoch diejenigen, die als krank angesehen wurden, von den anderen Randgruppen der Gesellschaft getrennt und der Medizin zugeordnet, was die Geburtsstunde der Psychiatrie darstellte (Katschnig 1989). Die kustodial-verwahrende Psychiatrie war damit für lange Zeit die dominierende Form der psychiatrischen Versorgung (Schott und Tölle 2006).

„Sobald die acuten Störungen zurücktreten, gilt es, nach Möglichkeit zu erhalten, was die Krankheit nicht zerstört hat. Vielfach wird nun die Rückkehr in die Familie möglich und sogar zweckmäßig sein, wenn die Verhältnisse einigermaßen günstig (...) sind“, meint Emil Kraepelin am Ende seiner Beschreibung der „Dementia praecox“ (Kraepelin 1899). Was Kraepelin als „möglich und sogar zweckmäßig“ ansah, war aber offenbar nur selten realisierbar (Katschnig 1989).

Allmählich aber wurde die Entlassung zur Regel. „Man erlebt es nur noch ausnahmsweise, daß ein akut erkrankter Schizophrener im Anschluß an die akute Erkrankung dauernd schwer psychotisch auf den Abteilungen für die in höchstem Grade pflegebedürftigen Geisteskranken verbleibt. Früher war es häufig.“ (Bleuler 1972) Ausschlaggebend hierfür war vor allem die Einführung der Neuroleptika, welche ab den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Therapie von psychotischen Störungen revolutionierten und damit gleichzeitig den Patienten eine Rückkehr in die Gesellschaft ermöglichten. Meist ist dies auch heute noch mit einer Rückkehr in die Familie gleichzusetzen, welche nach wie vor den größten Teil der ambulanten Betreuung übernimmt (Goldman et al. 1981; EUFAMI 2014). Damit einher gehen direkte und eingreifende Auswirkungen auf das Leben der Familienangehörigen (s. Kap. 1.5.1).

## **1.2 Ätiologische Familientheorien der 50er und 60er Jahre**

In der Mitte des vergangenen Jahrhunderts setzte die systematische Theoriebildung und empirische Forschung zur Rolle der Familien bei schizophrenen Psychosen ein. Die früheren Familientheorien beruhten dabei auf der Annahme, dass Schizophrenien durch familiäre Faktoren verursacht sind. Die der psychoanalytischen Schule zugehörige



Frieda Fromm-Reichmann sah die Ursache für die Krankheitsentstehung im spezifischen Verhalten der „schizophrenogenen Mutter“, die sie als überprotektiv, kalt, kritisch und unempfindlich für die Bedürfnisse ihres Kindes beschrieb (Fromm-Reichmann 1948; Hahlweg 2006). Weitere Theorien fokussieren pathologische Rollen- und Beziehungsmuster beider Eltern oder spezielle Beziehungsstrukturen in der Familie (Lidz et al. 1957; Wynne et al. 1958). In anderen Arbeiten wurde eine bestimmte Art der elterlichen Kommunikation für die Krankheitsentstehung verantwortlich gemacht. Hierbei sind die Konzepte der „double-bind“-Theorie (Bateson et al. 1956) und der „communication deviance“ (Singer et al. 1978) von Bedeutung (Hahlweg 2006). Als wichtigste Vertreterin der systemischen Ansätze gilt Mara Selvini-Palazzoli. Nach ihr führen bestimmte Interaktionsmuster und Konflikte zwischen den Familienmitgliedern zur Erkrankung, welche wiederum dadurch aufrecht erhalten wird, dass sie der Stabilisierung des familiären Systems dient (Hahlweg 2006; Selvini-Palazzoli 1986). Allerdings ließen sich weder die zugrundeliegenden theoretischen Konzepte der Familientheorien (Helmerson 1983) noch die Wirksamkeit der auf ihnen beruhenden Therapieansätze empirisch belegen (Massi und Beels 1972). Die Beschreibung der Theorien sei durch ein „unnötig hohes Ausmaß an Uneindeutigkeit und Ungenauigkeit gekennzeichnet“ (Mishler und Waxler 1965), man versuche gar die „Erforschung des Unerforschbaren“ (Angermeyer 1978), denn, so meinte beispielsweise Gregory Bateson 1966 selbst: „(...) die Doppelbindungstheorie der Schizophrenie ist schlüpfrig, (...) so schlüpfrig, dass man sich empirische Fakten, die ihr widersprechen würden, vielleicht nicht einmal vorstellen kann“ (zitiert nach Angermeyer 1978). Und dennoch bleibt das Vorurteil von der Familie als Krankheitsverursacher in der Öffentlichkeit und in den Überzeugungen mancher Fachleute weiterhin bestehen (Straub 2003). Irrige Vorstellungen über Krankheitsursachen vereiteln eine gemeinschaftliche Therapie auf Augenhöhe mit den Angehörigen. Des Weiteren wird den Angehörigen zusätzlich zu dem Leid durch die Erkrankung eines Familienmitglieds eine nicht gerechtfertigte Schuld an der Entstehung der Krankheit aufgebürdet (Holzinger et al. 2001). Wieweit das Vorurteil der schizophrenogenen Mutter bei professionellen Helfern noch verbreitet ist, soll unter anderem in der vorliegenden Arbeit untersucht werden (s. Kap. 4.4.3).

### 1.3 Das „Expressed-Emotions-Konzept“

Im Gegensatz zu den Spekulationen über die familiäre Verursachung psychischer Krankheiten gilt der Zusammenhang zwischen emotionalem Familienklima und Krankheitsverlauf bei schizophrenen Psychosen als empirisch gesichert. Auf die Beobachtung hin, dass die Rückfallquote entlassener schizophrener erkrankter Patienten von der Umgebung, in die sie zurückkehren, stark beeinflusst wird, untersuchten Brown und Mitarbeiter gezielt das emotionale Klima in der Familie. Sie entwickelten hierzu das halbstandardisierte „Camberwell Family Interview“ (Brown et al. 1972), welches von Vaughn und Leff weiterentwickelt wurde (Vaughn und Leff 1976). Dabei wurde festgestellt, dass verstärkte Kritikbereitschaft, feindselige Ablehnung und emotionales Überengagement von Seiten der engsten Verwandten in regelhafter Weise das Wiedererkrankungsrisiko erhöhen, was mit einem „High-Expressed-Emotions“-Status (HEE) der Angehörigen zusammengefasst wird. Dem gegenüber steht der „Low-Expressed-Emotions“-Status (LEE) beim Vorliegen von einem warmen, distanzierten Familienklima. Der EE-Index ist dabei von hoher prädiktiver Valenz. Eine Metaanalyse von 26 EE-Studien ergab eine 2,5fach erhöhte Rückfallquote bei HEE- gegenüber LEE-Status (Butzlaff und Hooley 1998; Wearden et al. 2000). Allerdings ist ein hohes emotionales Engagement nicht per se pathogen, sondern erst dann mit einem erhöhten Rückfallrisiko korreliert, wenn diese Einstellung auch nach langer Zeit noch bestehen bleibt (Schulze Mönking 1993b).

Nicht ausreichend vorbereitete Angehörige laufen also vor allem zu Anfang Gefahr, ihr noch stressempfindliches Familienmitglied ungewollt zu überfordern und durch unreflektiertes Verhalten unter starkem emotionalen Druck zu setzen. Auf der anderen Seite eröffnet das EE-Konzept den Angehörigen die Chance, durch ihr entsprechend adaptiertes Verhalten den Langzeitverlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen (Bäumel et al. 2003; Klingberg und Buchkremer 1998; Schulze Mönking 2003; Watzl et al. 1993). Ein Zusammenhang zwischen emotionalem Status der Familien und dem Rückfallrisiko von Patienten konnte darüber hinaus auch bei Depressionen (Butzlaff und Hooley 1998; Hooley 2007; Pitschel-Walz 2003), Essstörungen (Butzlaff und Hooley 1998), bipolaren Erkrankungen (Miklowitz und Goldstein 1997), sowie Zwangs- und Angststörungen (Chambless und Steketee 1999) aufgezeigt werden.

In der vorliegenden Arbeit wird untersucht, wie professionelle Helfer das Verhalten der Angehörigen nach den HEE-Kriterien beurteilen und ob dies Auswirkungen auf deren weitere Einschätzungen bezüglich des Stellenwerts der Angehörigen hat (s. Kap. 4.4.3).

Im sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin und Spring 1977) und in dessen Weiterentwicklung, dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell (Lieberman et al. 1986), fungiert das ungünstige Familienklima als einer von mehreren psychosozialen Risikofaktoren, die im Zusammenwirken mit biologischen und psychologischen Vulnerabilitätsfaktoren den Ausbruch von psychischen Krankheiten begünstigen (Hahlweg 2006). Diese ätiologischen Modelle stellen die theoretische Grundlage der psychoedukativen Interventionen dar.

#### **1.4 Sichtweise der Angehörigen im Rahmen von PE-Maßnahmen**

Im Folgenden soll näher erläutert werden, was unter dem Konzept der Psychoedukation zu verstehen ist und wie dieses zur Veränderung der Sichtweise der Angehörigen beigetragen hat.

Klaus Dörner und Renate Groth über die Geburtsstunde der Angehörigengruppen: „Zu Beginn unserer Tagesklinik­tätigkeit vor 5 Jahren hatten wir die Angehörigen wie auch sonst üblich gesehen: als Lieferanten oder Empfänger von Informationen; im Übrigen hatten wir uns über ihre verschiedenen Einmischungen geärgert, hatten erfolglos versucht, ihnen dies zu verbieten und hätten ihnen gern die Schuld an unserer eigenen therapeutischen Unfähigkeit zugeschoben (...), oder wenn ein Patient nach scheinbarem Erfolg sich in der Familie wieder so festgerannt hatte, daß er wieder ins Krankenhaus aufgenommen werden mußte. Solche Mißerfolge machten uns zunehmend unzufrieden und brachten uns allmählich zu der Einsicht, daß wir der Situation der Angehörigen so nicht gerecht werden, daß wir insbesondere ihre eigene gefühlsmäßige Problematik nicht länger ignorieren konnten. (...) Aus diesem Grund kamen wir auf die Idee einer Therapie für Angehörige. 1973 wagten wir den ersten Versuch einer Therapiegruppe nur für Angehörige“ (Katschnig 1989).

Ende der 70er Jahre erkannten die Arbeitsgruppen von namhaften Forschern wie Goldstein, Falloon, Leff, Hogarty und Anderson ebenfalls die Bedeutung der Angehörigen und integrierten sie über Familientherapien oder Angehörigengruppen in die Behandlung. 1980 führten Anderson und Mitarbeiter eine primär an die Angehörigen gerichtete Familienintervention ein, die sie unter Bezugnahme auf die didaktische Informationsvermittlung als „psychoedukativ“ bezeichneten (Schaub 2003).

Unter Psychoedukation werden laut der Arbeitsgruppe für Psychoedukation „systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen“ verstanden, „um

Patienten und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz 2008). Psychoedukation will also dem Erkrankten Informationen an die Hand geben, um ihn zu einem selbstverantwortlichen Umgang mit seiner Krankheit zu befähigen. Hierdurch wird ermöglicht, dass er schließlich zum „Experten“ seiner eigenen Krankheit wird und mit Überzeugung an der Behandlung mitwirkt. Durch Psychoedukation wird der „Empowerment“-Gedanke gestärkt und damit das Selbsthilfepotenzial des Erkrankten geweckt.

Analog gilt dies auch bei den Angehörigen. Angehörige können als wichtige „Co-Therapeuten“ fungieren und ein hohes protektives Potential besitzen. Dies bedeutet, dass sie für die Therapie des Patienten einen wesentlichen Beitrag zu leisten vermögen, indem sie durch den ständigen Kontakt dessen Veränderungen einschätzen und im Notfall warnen können, ihm bei der Rezidivprophylaxe mit Neuroleptika beratend zur Seite stehen und ihn auch sonst auf seinem Weg unterstützen. Der Patient als „Experte“ seiner Krankheit, die Angehörigen als „Co-Therapeuten“ und die Expertise der Behandler bewirken ein optimales Ineinandergreifen von professionellen Therapieverfahren und individuellen Selbsthilfestrategien. Werden die Angehörigen bei der Therapie jedoch außer Acht gelassen, steigt die Gefahr von Rückfällen, sozialem Abstieg und dem Auseinanderbrechen familiärer Strukturen (Bäuml und Pitschel-Walz 2008).

Auf der anderen Seite sind nicht nur die Patienten, sondern auch deren Angehörige vielfältigen Belastungen ausgesetzt (s. Kap. 1.5.1). Zu deren Bewältigung können psychoedukative Maßnahmen beitragen. Ein effizienter und in Studien bereits bewährter Rahmen für deren Umsetzung sind sogenannte Angehörigengruppen (Bäuml und Pitschel-Walz 2008; Behrendt 2005; Bäuml et al. 2016)

### **Durchführungsmodalitäten von Angehörigengruppen**

Angehörigengruppen finden meist in den frühen Abendstunden statt, um Berufstätigen entgegen zu kommen. Der angesprochene Personenkreis umfasst dabei Familienmitglieder (Partner, Eltern, Kinder, etc.) aber auch andere relevante Bezugspersonen (z.B. Betreuer oder Freunde). Die Frequenz liegt bei ein bis vier Mal pro Monat mit einer Dauer von 90 bis 150 Minuten. In Metaanalysen waren Programme, die sich über mehr als drei Monate erstrecken, Kurzinterventionen deutlich

überlegen (Glynn et al. 2007; Pitschel-Walz et al. 2001). Im Idealfall sollten die Angehörigengruppen parallel zu den PE-Gruppen für Patienten stattfinden.

Der Ablauf und die Inhalte von Patienten- und Angehörigengruppen sind ähnlich. Dies soll den jeweiligen Teilnehmern dabei helfen, in Bezug auf Krankheitsentstehung und Behandlungsoptionen eine gemeinsame Sprache zu finden. Es werden Informationen über Symptomatik, Epidemiologie und Ursachen der Krankheit, über Frühwarnzeichen mit Krisenplänen, bis hin zur (Pharmako-)Therapie vermittelt. In Angehörigengruppen muss darüber hinaus noch ausreichend Raum für die Bearbeitung zentraler emotionaler Themen eingeräumt werden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).

Psychoedukative Konzepte wurden zunächst vorrangig für die Behandlung der Schizophrenie und der schizoaffektiven Störungen entwickelt, finden aber heutzutage in nahezu allen Bereichen der psychischen Erkrankungen Anwendung (Hornung und Feldmann 2000).

#### **1.4.1 Ziele und Wirkfaktoren von Angehörigengruppen**

Die Teilnehmer psychoedukativer Angehörigengruppen erfahren im Gespräch mit anderen, dass sie mit ihren Ängsten und Problemen nicht allein sind und können sich gegenseitig bei deren Bewältigung unterstützen (Glynn et al. 2007). Die Einmaligkeit und Schwere des eigenen Schicksals wird hierdurch relativiert und erleichtert. Zu merken, dass auch die Familienmitglieder anderer Patienten bisweilen Enttäuschung, Aggression und Überforderung gegenüber den Erkrankten empfinden, bedeutet oft eine große Entlastung, da sie nicht als Zeichen der Unzulänglichkeit, sondern als verständliche Folge der schweren Erkrankung des Patienten interpretiert werden können. Häufig schambesetzten Fragen über die Krankheitsentstehung und die „Schuld“ der Familie wird Raum gegeben, in dem sie konstruktiv bearbeitet und im besten Falle aufgelöst werden können.

Zudem kann es den Teilnehmern der Gruppe gemeinsam gelingen, sinnvolle Wege der Abgrenzung zu finden und die eigene Lebensgestaltung wieder in die Hand zu nehmen (Rave-Schwank 2002). Nur wenn andauernde Frustration und Erschöpfung bei den Angehörigen vermieden werden, bleiben diese als wichtige Stütze für die Patienten erhalten.

Von großer Bedeutung ist außerdem die Förderung der Kompetenz der Angehörigen mittels Informationen. Durch diese vermögen sie ihren Patienten langfristig in dessen

Behandlungsbereitschaft zu unterstützen. Darüber hinaus können entsprechend geschulte Angehörige helfen, Frühwarnzeichen zu erkennen und Krisen zu bewältigen. Zusammenfassend sind also Informationen zum Umgang mit dem Patienten und die Möglichkeit von emotionaler Entlastung untereinander die wesentlichen Faktoren, mit welchen Angehörigen dazu beitragen, die Angehörigen in ihrer wichtigen Rolle zu stärken (Bäumel und Pitschel-Walz 2008).

Eng verbunden mit den stationären psychoedukativen Maßnahmen ist die Ausbildung von Selbsthilfegruppen. Diese existieren sowohl für Betroffene als auch für Angehörige. Sie entstehen vielmals aus dem vorangehenden Setting mit einem professionellen Helfer heraus und machen aus dem Kreis der „Hilfebedürftigen“ einen Kreis der Eingeweihten, die sich gegenseitig unterstützen und eine Lobbyfunktion für die Erkrankten zu übernehmen vermögen (Katschnig 2002).

Ebenso wie Selbsthilfegruppen stellen Angehörigengruppen eine Plattform dar, in der Anerkennung für die Versorgungsleistung von Angehörigen ausgesprochen werden kann, was im Klinikalltag häufig zu kurz kommt.

Den professionellen Helfern wiederum wird durch psychoedukative Gruppen ermöglicht, die subjektiven Nöte und Bedürfnisse von Patienten wie Angehörigen, aber auch deren Ressourcen, besser wahrzunehmen. Es kann so gelingen, das protektive Potenzial der Angehörigen optimal zu nutzen (Bäumel und Pitschel-Walz 2008). Die Kooperation zwischen Patienten, deren Angehörigen und den Behandlern vermag folglich durch Angehörigengruppen intensiviert zu werden.

In einer Metaanalyse von 25 internationalen Untersuchungen konnten Pitschel-Walz et al. nachweisen, dass durch eine Einbeziehung der Angehörigen die Rückfallraten von schizophrenen Patienten im Zeitraum von 2 Jahren um 20% verringert werden können (Pitschel-Walz et al. 2001). Durch eine konsequente Anwendung ließe sich viel menschliches Leid verhindern und große Summen sparen. Nach einer Berechnung von Bäumel und Kissling amortisiert sich die Finanzierung psychoedukativer Gruppen für schizophrene Patienten und ihre Angehörigen bereits dann, wenn durch sie die Wiederaufnahmerate um nur 1% (Universitätspflegesatz) bzw. um 3% (niederer Pflegesatz der Landeskrankenhäuser) gesenkt werden kann (Bäumel und Kissling 1993). Einsparungen durch Psychoedukation für Angehörige zeigten sich konsistent auch in der neueren Forschung (Bäumel 2010; Mino et al. 2007; Shimodera et al. 2012).

Die in Studien und Metaanalysen nachgewiesenen Effekte von psychoedukativen Familieninterventionen bei schizophrenen Patienten können folgendermaßen zusammengefasst und mit Beispielen aus der Literatur belegt werden:

### Bezüglich der Patienten:

- Reduktion der Rückfallrate und Rehospitalisierung (Guo et al. 2010; Pharoah et al. 2010; Xia et al. 2011)
- Reduktion von stationären Behandlungstagen (Bäumel et al. 2007)
- Reduktion von Behandlungskosten (Bäumel 2010; Bäumel et al. 2007; Glynn et al. 2007; Shimodera et al. 2012)
- Verbesserung der Compliance (Guo et al. 2010; Pekkala und Merinder 2002; Pharoah et al. 2010; Xia et al. 2011)
- Soziale Adaptation (Buchkremer et al. 1995; Mueser et al. 2013)

### Bezüglich der Angehörigen:

- Vergrößerung des krankheitsbezogenen Wissens (Pekkala und Merinder 2002; Pitschel-Walz et al. 2012)
- Verbesserung der sozialen Adaptation (Chien et al. 2004; Magliano et al. 2005)
- Reduktion von Stress und Belastungen (Hazel et al. 2004; Magliano et al. 2005; Mueser et al. 2013)
- Erhöhung der Lebensqualität (Shi et al. 2000)
- Empowerment (=Selbstbefähigung) (Pitschel-Walz et al. 2012)
- Reduktion von HEE-Verhalten (Pharoah et al. 2010)

Von Psychoedukation und der Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung profitieren also Patient, dessen Angehörige sowie die Gesellschaft insgesamt, sodass die routinemäßige Durchführung von psychoedukativen Interventionen und Angehörigenarbeit eindeutig zu befürworten ist (Evidenzebene Ia; Empfehlungsgrad A, S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, DGPPN 2012; DGPPN 2005; Riedel-Heller et al. 2012; Wiedemann und Buchkremer 2005).

## **1.5 Aktuelle Situation der Angehörigen in der Psychiatrie**

Die Klinik, die Behandlungseinrichtungen und die professionellen Helfer bilden immer nur einen kleinen Ausschnitt aus der Lebensrealität von psychisch kranken Menschen. Die einzigen kontinuierlichen Bezugspersonen im Leben von chronisch psychisch Kranken sind deren Angehörige und damit, wie „normal“ oder „gestört“ den Professionellen die familiäre Wirklichkeit auch erscheinen mag, wesentlich für deren

Lebensbewältigung. Behandlungserfolg ist daher nicht nur über die direkte Einflussnahme auf den Patienten zu erreichen, sondern manchmal sogar vorrangig über eine Stärkung seines Lebensumfeldes. Professionelle Helfer mögen Experten sein in Fragen von Krankheit, Pflege und Behandlung in den Institutionen der psychiatrischen Versorgung. Sie sind aber in der Regel keine Experten, wo es um das Zusammenleben mit psychisch Kranken geht (Deger-Erlenmaier 1997).

Allerdings werden die Angehörigen im klinischen Alltag in Anbetracht ihrer äußerst wichtigen Rolle nicht immer ausreichend unterstützt. „Ein wesentlicher Schlüssel für diese Schwierigkeiten scheint mir darin zu liegen, dass tiefgreifendes Verständnis für die Probleme der Angehörigen gerade bei unerfahrenen Therapeuten nicht in ausreichendem Maße vorhanden ist. Dieses Verständnis ist jedoch für eine erfolgreiche therapeutische Arbeit Voraussetzung (...)“ (Schulze Mönking 2003).

### **1.5.1 Belastungen**

Nach Hoenig und Hamilton, welche als erste die Belastungen der Angehörigen von schizophren erkrankten Familienmitgliedern untersuchten, wird zwischen objektiven und subjektiven Belastungsfaktoren differenziert (Hoenig und Hamilton 1966). Unter objektiven Belastungen wird unter anderem die zeitliche Beanspruchung durch regelmäßige Leistungen der Angehörigen für die Patienten im Alltag verstanden. So kümmern sich Angehörige von schizophrenen Patienten in Deutschland durchschnittlich 19 Stunden pro Woche um ihr erkranktes Familienmitglied, was einer Teilzeitstelle entspricht (EUFAMI 2014). Des Weiteren zählen zu den objektiven Faktoren finanzielle Belastungen, gesundheitliche Probleme, Beeinträchtigungen des sozialen Lebens sowie Diskriminierung durch die Umwelt (Awad und Voruganti 2008).

Subjektive Belastungen betreffen hingegen eher emotionale Aspekte. Hierunter fallen vor allem Verunsicherung und Ängste wegen mangelnder Information, Überforderung mit den Symptomen der Erkrankung, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Schuldgefühle, die durch eigene oder Anschuldigungen von außen entstehen (Caqueo-Urizar et al. 2015; Schmid et al. 2003). Außerdem zählen hierzu die Enttäuschung über das Nichterreichen ehemals gesetzter Lebensziele, Angst vor einem erneuten Rückfall und Zukunftsängste (Milliken 2001; Unger et al. 2005). Gefühle der Alleinverantwortung und des Nicht-Ernstgenommen-Werdens schmerzen die Angehörigen zusätzlich (Pitschel-Walz 2008; Schmid et al. 2005). In der Zusammenschau der Forschungsergebnisse ergibt sich bei



etwa 60-80% der Angehörigen eine mäßige bis große Belastung durch die Erkrankung eines Familienmitgliedes (Bindl et al. 2011), die Lebensqualität der Angehörigen ist stark beeinträchtigt (Caqueo-Urizar et al. 2009). Obwohl eine psychiatrische Erkrankung in der Familie auf Grund der eingeschränkten Erwerbsfähigkeit der Betroffenen und häufig auch der Betreuenden fast immer mit größeren finanziellen Einbußen einhergeht, scheinen die emotionalen Belastungen schwerer zu wiegen (Mory et al. 2002; Schmid et al. 2003; Pitschel-Walz 2004).

### **1.5.2 Wünsche und Bedürfnisse**

Anhaltspunkte dafür, wie man die Angehörigen am besten unterstützen könnte, lassen sich aus den beschriebenen Belastungen ableiten, sie ergeben sich aber auch aus den Erwartungen der Angehörigen an psychiatrische Einrichtungen. An deren Spitze stehen Aspekte, die weniger die Angehörigen direkt als vielmehr die Patienten betreffen. So wünschen sie sich für ihre Patienten eine erfolgreiche Behandlung durch gute Ärzte und Therapeuten, die Förderung ihres Selbstbewusstseins und die Vermittlung von Zuversicht. Wesentlich für die Angehörigen selbst ist eine offene und verständliche Aufklärung über die Erkrankung ihres Familienangehörigen. Sie erwarten möglichst konkrete und alltagstaugliche Informationen über Krankheitsursachen, Symptome, Behandlungsverlauf und Wiedereingliederungsmöglichkeiten, sowie Hinweise bezüglich zu erwartender Probleme (Spießl et al. 2003). Ferner ist den Angehörigen konkrete Unterstützung im Umgang mit den Patienten ein wichtiges Anliegen (Keller und Schuler 2002). Insbesondere zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns ist die Aufklärung von großer Bedeutung, da der Wissensstand der Angehörigen bezüglich psychischer Krankheiten im Allgemeinen nur sehr gering ist (Jungbauer et al. 2002).

All dies beinhaltet den Wunsch nach viel Zeit von Seiten der Ärzte und Therapeuten für regelmäßige gemeinsame Gespräche (Sibitz et al. 2009; Yamaguchi et al. 2006). Hierauf legten in einer Befragung 90% der Angehörigen großen Wert (Jungbauer et al. 2001). Es werden ausdrücklich mehr Einzelgespräche und Angehörigengruppen gefordert (Jungbauer et al. 2001; Unger et al. 2005).

Ein Informationsdefizit kann zu Angst, Rastlosigkeit, Unsicherheit im Umgang mit der Erkrankung sowie zu Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit führen, sachliche Informationen hingegen verleihen Sicherheit und verringern die Hilflosigkeit der Angehörigen (Jungbauer et al. 2001).

Bedauerlicherweise ist der Ruf nach einer besseren Aufklärung in den vergangenen Jahren gleich laut und dennoch ungehört geblieben (Sibitz et al. 2002; Tietze 1993; Bäuml et al. 1991; Katschnig et al. 1994; Sibitz et al. 2009).

In einer Studie von 2014 hielten es 69% der befragten Angehörigen für schwierig, Hilfe und Unterstützung von den zuständigen Fachkräften zu erhalten. Im europäischen Vergleich sind Angehörige aus Deutschland mit der professionellen Unterstützung durch Ärzte und Pflegepersonal dadurch insgesamt unzufriedener (EUFAMI 2014).

Angehörige stehen professionellen Helfern, insbesondere den behandelnden Ärzten, oft ambivalent bis kritisch gegenüber. Hinter der kritischen Haltung der Angehörigen steht dabei meist der Unmut über die defizitäre Gestaltung bestimmter, als zentral erachteter Bereiche des ärztlichen Handelns (Jungbauer et al. 2002). Erhebliche Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Zufriedenheit bestehen laut Angehörigen nach wie vor bezüglich ihrer Einbeziehung in die Therapieentscheidungen, Informationen ohne eigene Nachfrage, Aufklärung über die Erkrankung und Unterstützung im Umgang mit den Patienten (Spießl et al. 2004).

Einen entscheidenden Faktor für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Angehörigen stellt darüber hinaus die wahrgenommene Grundhaltung der professionellen Helfer dar. Als wünschenswert und hilfreich wird eine engagierte und partnerschaftliche Haltung erachtet, die sich unter anderem darin zeigt, dass sich Ärzte ausreichend Zeit für Gespräche nehmen und versuchen, individuell auf die Angehörigen einzugehen. Zudem gilt es als Zeichen von persönlichem Interesse und Vertrauenswürdigkeit, wenn ein Arzt von sich aus auf sie zukommt und deutlich macht, dass er ihre Sorgen und Nöte, aber auch ihre Bedürfnisse nach Information und Mitgestaltung ernst nimmt.

Eine aus Sicht der Angehörigen optimale Betreuungssituation kann in der Praxis leider nur annäherungsweise erreicht werden. Dennoch ist es wichtig, dass alle Beteiligten miteinander im Gespräch bleiben, um den legitimen Bedürfnissen der Angehörigen ausreichend Rechnung zu tragen (Jungbauer et al. 2002).

Psychoedukation trägt wesentlich dazu bei, den wichtigsten Forderungen der Angehörigen nachzukommen. PE-Verfahren können eine effiziente Methode sein, um Informationen über die Krankheit und ihre Behandlung zu vermitteln und den Teilnehmern dabei zu helfen, die krankheitsbedingten Belastungen zu bewältigen (Kissling und Pitschel-Walz 2004).

### **1.5.3 Verbreitung von PE-Angeboten für Angehörige**

Psychoedukative Maßnahmen haben nun seit einiger Zeit Einzug in die Leitlinien zur Behandlung von Schizophrenien und Depressionen gehalten (Lehman 2004; DGPPN 2005; 2015). Dennoch gilt deren Durchführung insbesondere bezüglich der Angehörigen noch nicht als Standard. Laut einer Befragung sämtlicher deutschsprachiger psychiatrischer Kliniken fanden bei 93% der Kliniken PE-Gruppen für Patienten statt, wenn auch derzeit noch die meisten Angebote auf schizophrene oder depressive Erkrankungen beschränkt sind. Angehörigengruppen hingegen fanden lediglich bei 59% der Kliniken überhaupt statt (Rummel-Kluge et al. 2013). Die Zahl der Angehörigen von schizophren erkrankten Patienten, die eine solche Gruppe auch tatsächlich besuchen konnten, belief sich lediglich auf 4% (Rummel-Kluge et al. 2013; Rummel-Kluge et al. 2006). Bei den depressiv erkrankten Patienten lag die Teilnahmerate der Angehörigen mit etwa bei jedem fünften Patienten etwas höher (Frank et al. 2014).

Noch weitaus weniger etabliert sind psychoedukative Maßnahmen derzeit im ambulanten Setting. In der gegenwärtigen Situation wird somit sicherlich Potential für eine Therapie mit anhaltend gutem Erfolg verschenkt.

Während die Bedeutung von PE für Patienten durch die befragten professionellen Helfer in der Studie von Rummel-Kluge als hoch eingeschätzt wurde, wurde PE für Angehörige lediglich als mäßig wichtig eingestuft und lag damit hinter therapeutischen Angeboten mit geringerer Evidenz bezüglich ihrer Wirksamkeit (Rummel-Kluge et al. 2013).

Ein Hemmnis für die flächendeckende Einführung von Angehörigengruppen ist dabei deren schwierige Vergütung einzig über indirekte Finanzierungswege, denn eine eigentliche Abrechnungsziffer für psychoedukative Maßnahmen wurde bislang noch nicht geschaffen. Für niedergelassene Vertragsärzte oder psychologische Psychotherapeuten bestehen damit nur eingeschränkte Möglichkeiten zu deren Realisierung. Im stationären Bereich ist ebenfalls keine Einzelabrechnung möglich, psychoedukative Maßnahmen müssen ins psychiatrisch-psychotherapeutische Gesamtbudget integriert werden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008). Auffallend ist zudem das seit Jahren bestehende Ungleichgewicht zwischen psychosozialen Behandlungsansätzen und biologischen Fragestellungen bezüglich der Vergabe von Forschungsmitteln (Bäumel und Kissling 1993; Kissling und Pitschel-Walz 2004).

## 2 Zielsetzung

Trotz des wissenschaftlich eindeutig nachgewiesenen Nutzens, den eine Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie zu erbringen vermag, ist deren Umsetzung noch immer mangelhaft. Es besteht hier eine große Diskrepanz zwischen dem, was nach aktuellem Wissenstand getan werden sollte und dem, was im Rahmen der Routineversorgung tatsächlich getan wird. Um diese Kluft zu schließen wird in der vorliegenden Arbeit versucht, ihre Gründe näher zu erforschen. Essentiell hierbei ist die Untersuchung der Einstellung von professionellen Helfern. Nur wenn diese überzeugt sind, dass eine Einbeziehung von Angehörigen wirklich lohnend ist, kann eine Implementierung in den therapeutischen Alltag dauerhaft gelingen. Nur wenn diese den Angehörigen vorbehaltlos und frei von Vorurteilen oder Vorwürfen begegnen, wird eine tragfähige Co-Therapeutenschaft möglich sein.

Da bisher keine Literatur vorhanden ist, die die Einstellung von professionellen Helfer gegenüber den Angehörigen empirisch betrachtet, wurde mittels eines Fragebogens ein umfassendes Meinungsbild von Seiten der professionellen Helfer samt deren Teilgruppen erstellt. Damit soll untersucht werden, in welchem Lichte die Angehörigen gesehen werden und ob dieses von persönlichen oder Faktoren des Arbeitsumfeldes bedingt wird. Neben den rein deskriptiven Aspekten der Fragebogenauswertung, welche die Sichtweise der Angehörigen wiedergeben soll, wird in einer explorativen Analyse nach Faktoren geforscht, welche einen großen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Angehörigen haben.

Außerdem ist es wichtig zu verstehen, worin sich die Helfer in ihrem Arbeitsalltag an einer Einbeziehung der Angehörigen gehindert sehen und wie man diesen zu Gunsten einer vermehrten Umsetzung von psychoedukativen Maßnahmen gestalten könnte. Durch die Umfrage wird eine Identifizierung der erschwerenden, aber auch begünstigenden Faktoren für die Einbeziehung der Angehörigen angestrebt.

Letztlich steht hinter der Befragung die Vision von PE-Programmen als Standard. Mit den Worten von Gabi Pitschel-Walz: „Sollte dies gelingen, käme es allen Beteiligten zugute: nicht nur den Patienten und Angehörigen, deren Informationsbedürfnis gestillt wird und die die gewünschten Hilfen für den Umgang mit der Erkrankung erhalten, sondern auch den Professionellen, deren Arbeit durch die entstehende Kooperationsbereitschaft der Betroffenen erleichtert wird, und letztendlich der Gesellschaft, der durch diese Maßnahmen langfristig Kosten erspart werden“ (Pitschel-Walz 2003).

### **3 Material und Methoden**

#### **3.1 Entstehung des Fragebogens**

Um die Einstellung von professionellen Helfern gegenüber der Einbeziehung von Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung detailliert zu erfassen, wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Rechts der Isar im September 2012 von Prof. Dr. med. Josef Bäuml, Leitender Oberarzt, PD Dr. Dipl. Psych. Gabi Pitschel-Walz, Leiterin der Klinischen Psychologie und Psychotherapie und Sandra Lüscher, Stationsärztin, ein vierseitiger Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen wurde gänzlich neu konstruiert, wobei zur Erstellung der Items ein erfahrungsgeleitet-intuitiver Ansatz auf Basis des Expertenwissens der Autoren verfolgt wurde. Da bisher keine Daten vorliegen, auf denen die Befragung aufbauen konnte, handelt es sich um eine explorative Erhebung.

#### **3.2 Kollektiv der Befragten**

Der Fragebogen zur Sichtweise der Einbeziehung von Angehörigen wurde ab März 2011 bis September 2014 von Prof. Dr. med. Bäuml bei von ihm geleiteten Vorträgen für professionelle Helfer ausgegeben. Hierbei handelte es sich meist um Veranstaltungen mit dem Thema der Psychoedukation, aber auch um Veranstaltungen mit anderen Schwerpunkten, wie beispielsweise der Pharmakotherapie für Psychiater oder die allgemeinpsychiatrische Fortbildung für Sozialpädagogen. Es gilt jedoch zu beachten, dass es sich bei den Teilnehmern der Umfrage, die psychoedukative Methoden zum Inhalt hat, dennoch zu einem Großteil um bereits an Psychoedukation interessierten Helfern handelt (s. Kap. 5.1).

Die Befragten beinhalten dabei unterschiedliche Berufsgruppen, die im Umgang mit psychisch Erkrankten tätig sind. Genauer fallen darunter Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Mitglieder der Pflege, Spezialtherapeuten (Kunsttherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Musiktherapeuten etc.) und sonstige Berufe.

Die Ausgabe der Fragebögen erfolgte bei insgesamt rund 40 unterschiedlichen Veranstaltungen mit insgesamt ca. 4000 Teilnehmern. Die Fragebögen wurden den Teilnehmern dabei mit der einfachen Bitte um Bearbeitung überreicht.

Insgesamt konnten 1430 Fragebögen ausgewertet werden, so dass die Rücklaufquote bei den jeweiligen Veranstaltungen etwa 35% betrug.

### 3.3 Aufbau des Fragebogens

Ein vollständiger Abdruck des Fragebogens befindet sich im Anhang (s. Kap. 9.1). Zu Beginn dieses vierseitigen Fragebogens wird die Motivation für diese Untersuchung beschrieben. Angestrebt werde ein möglichst gründlicher Überblick über die Einstellung der professionellen Helfer der unterschiedlichen Berufsgruppen bezüglich der Einbeziehung von Angehörigen und Kenntnis darüber, ob nach Meinung der Befragten Maßnahmen zu einer Verbesserung der Einbeziehung von Angehörigen getroffen werden sollen.

Im Abschnitt 1 des Fragebogens werden zunächst neben dem Datum demographische Daten wie Geschlecht, Alter und die ersten zwei Ziffern der Postleitzahl des Wohnortes erfasst. Zusätzlich wird der Bildungsstand und die familiäre Situation erfragt. Es sollen anschließend Angaben zum Berufsstand (inklusive Stellung in der Ärzteschaft), zur Berufserfahrung, zur jährlich behandelten Patientenzahl und zu dem Anteil der Patienten, bei denen ein Kontakt mit den Angehörigen stattfindet, gemacht werden. Zudem wird das psychoedukative Tätigkeitsprofil in den zurückliegenden fünf Jahren abgefragt, welches PE-Einzelgespräche mit Patienten oder Angehörigen, PE-Gruppen für Patienten oder Angehörige, sowie allgemeine Angehörigengruppen oder Psychose-Seminare beinhaltet. Des Weiteren wird das aktuelle Tätigkeitsfeld der Befragten näher charakterisiert, was sowohl dessen fachliche Ausrichtung (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht, Forensik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, psychiatrische Praxis, psychotherapeutische Praxis) als auch das therapeutische Setting (stationär, ambulant, komplementär) anbelangt.

Außerdem soll im Abschnitt 2 des Fragebogens die Häufigkeit des Kontakts mit den unterschiedlichen Patientengruppen (Alzheimer/Organische Psychosen, Suchterkrankungen, Schizophrene Erkrankungen, Bipolare Erkrankungen, Depressive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen oder Sonstige) auf einer vierstufigen Likert-Skala angegeben werden.

Es folgt unter Abschnitt 3 eine Einordnung der therapeutischen Grundhaltung der Befragten, wobei auf einer Skala von eins bis sechs für 12 Items eine persönliche Einschätzung abgegeben werden kann (biologische, psychologische, bio-psycho-soziale Orientierung, Befürwortung von Psychoedukation für Patienten und Angehörige, Befürwortung von Psychose-Seminaren, Psychopharmaka, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, systemischen Ansätzen, humanistischen Therapieverfahren, religiöse Grundhaltung, spirituelle Grundhaltung). Die Items bio-psycho-soziale Orientierung und Befürwortung von humanistischen Therapieverfahren wurden dabei

erst in einer späteren Version des Fragebogens beigefügt und können bei der Auswertung auf Grund von einer nur geringen Zahl an Beantwortungen nicht ohne weiteres berücksichtigt werden.

Anschließend werden in Teil 4 des Fragebogens 21 Aussagen über die Sichtweise von Angehörigen und Angehörigenarbeit gemacht, deren Zutreffen auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet werden soll. Der Übersicht halber wurden hier wie auch in der Auswertung des Fragebogens mehrere Items thematisch zusammengefasst. Die Aussagen decken dabei folgende Aspekte bezüglich der Einbeziehung von Angehörigen ab:

- Nutzen der Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie:
  - 4.1 Erlangen von Zusatzinformationen, 4.2 Einschätzen der Stressbelastung in der Familie für den Patienten, 4.3 Information der Angehörigen bezüglich des Krankheitsbildes, 4.4 Einschätzung der Einbeziehung als Zeitvergeudung,
  - 4.11 Vermeidung von Rückfällen durch eine Einbeziehung,
  - 4.17 Co-Therapeuten-Funktion durch informierte Angehörige
  
- Belastungen der Angehörigen:
  - 4.12 finanzielle Belastung, 4.15 eigene Belastung der Angehörigen durch die Erkrankung, 4.16 Bedarf der Angehörigen an psychotherapeutischer Hilfe,
  - 4.20 Stellenwert von Selbsthilfegruppen
  
- Hindernisse bei der Einbeziehung von Angehörigen:
  - 4.5 Schweigepflicht, 4.6 Behinderung durch die institutionellen Bedingungen,
  - 4.8 Einbeziehung abhängig vom persönlichen Einsatz des Therapeuten,
  - 4.14 Angehörige entziehen sich
  
- Potentielle Hilfen für eine verstärkte Einbeziehung:
  - 4.9 Dienstausgleich für die Therapeuten, 4.10 verbindliches Vorschreiben durch Krankenkassen, 4.7 Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Leitung,
  - 4.13 Erwarten der Einbeziehung durch Vorgesetzte

- Weiteres:

- 4.19 Berechtigung des Vorurteils der „schizophrenen Mutter“,
- 4.18 Ablehnung einer Einbeziehung durch die Befragten als Patient,
- 4.21 Wunsch nach Einbeziehung durch die Befragten als Angehörige

Im fünften Abschnitt des Fragebogens wird die Sichtweise bezüglich der Behandlung von Patienten ohne Krankheitseinsicht erfragt. Es geht hierbei um die Zufriedenheit mit der bestehenden Gesetzeslage bezüglich Zwangsmaßnahmen, um die Einschätzung der situativen Rechtfertigung, wie auch um die Beurteilung von Vorschlägen zur besseren Einbeziehung von Angehörigen bei einer Zwangseinweisung. Da dieser Abschnitt ein separates, wenn auch eng mit der Einbeziehung von Angehörigen verwobenes Themengebiet berührt, wird er in der vorliegenden Arbeit nicht weiter behandelt werden, sondern weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Anschließend soll in Teil 6 der negative Einfluss der Angehörigen bezüglich Ausbruch und Verlauf der Erkrankung auf einer elfstufigen Skala von 0 – 100% in Zehnerschritten eingeschätzt werden. Zusätzlich ist in Abschnitt 7 das Verhalten der Angehörigen gegenüber dem erkrankten Familienmitglied mittels der zu dem Konzept der „High Expressed Emotions“ gehörenden Begriffe *7.1 kritisch*, *7.2 feindlich* und *7.3 überbehütend* auf einer vierstufigen Likert-Skala einzuschätzen. Auf der anderen Seite kann der Umgang der Angehörigen mit den Erkrankten auch als *7.4 liebevoll* oder *7.5 solidarisch* bewertet werden.

Zuletzt wird in einem freien Text um die Nennung eigener Vorschläge zur Verbesserung der Arbeit mit Angehörigen gebeten.



### **3.4 Statistische Methoden**

Die statistischen Analysen erfolgten mit dem „Statistical Package for the Social Science Software“ (SPSS) Version 22 für Microsoft Windows.

#### Deskriptive Statistik

Die Beschreibung des Kollektivs der Befragten und dessen Untergruppen erfolgte für die metrischen Variablen durch arithmetische Mittelwerte und Standardabweichungen. Für alle kategorialen Variablen wurden absolute und relative Häufigkeiten berechnet. Bei der Auswertung der einzelnen Items wurden wiederum Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Zur graphischen Darstellung der Ergebnisse wurden Histogramme erstellt.

#### Interferenzstatistik

Unterschiede in der Verteilung der Anwendung von PE-Maßnahmen zwischen den Kategorien der Befragten wurden mittels Chi-Quadrat-Homogenitätstest auf Signifikanz überprüft.

Um zu untersuchen, ob Unterschiede in der Sichtweise der Angehörigen in Abhängigkeit von persönlichen oder Faktoren des Arbeitsfeldes der professionellen Helfer bestehen, wurden diese unter verschiedenen Gesichtspunkten kategorisiert (s. Kap. 3.5). Anschließend wurden die Beantwortungen durch die einzelnen Gruppen miteinander verglichen (s. Kap. 4.4). Die Nullhypothese, nach welcher jeweils kein Unterschied in der Bewertung eines Items besteht, wurde auf Grund der ordinalen Skalierung der Antwortmöglichkeiten bei Merkmalen mit nur zwei Ausprägungen mit dem Mann-Whitney-U Test, bei mehr als zwei Ausprägungen mit dem Kruskal-Wallis Test überprüft. Bei stets zweiseitiger Testung wurde ein p-Wert von  $<0,05$  als signifikant, von  $<0,01$  als hochsignifikant erachtet.

### **3.5 Kategorisierung der Befragten**

Viele der zu den Gruppenvergleichen verwendeten Kategorien entstammen direkt dem Fragebogen (*1. Daten zu ihrer Person: Geschlecht, 1.1 Berufsgruppe: Beruf und Stellung in Ärzteschaft, 1.4 Aktuelles Tätigkeitsfeld: Tätigkeitsbereich und Setting, Patientenzahl pro Jahr, 1.7 Familienstand: Kinder*). Die verbleibenden Kategorien wurden aus anderen Items des Fragebogens erzeugt, wobei das Vorgehen im Folgenden

erläutert werden soll. Die Kategorisierungen wurden mit dem Ziel vorgenommen, möglichst trennscharfe und aufschlussreiche Vergleiche zu erzielen.

Nach Alter und Berufserfahrung (aus *1. Daten zu ihrer Person* und *1.2 Berufserfahrung in Jahren*) wurde in jeweils drei Gruppen aufgeteilt, um Unterschiede zwischen diesen sichtbar machen zu können. Bezüglich des Familienstandes (*1.7 Familienstand*) wurden die drei Kategorien: alleinlebend, in Partnerschaft und geschieden (und alleinlebend) unterschieden, welche als die prägendsten empfunden wurden. Beim Vergleich des therapeutischen Settings wurden der ambulante und komplementäre Bereich zusammengefasst, welche viele Überschneidungen haben. Bezüglich der Patientengruppen (*2. Wie oft haben Sie mit den nachfolgend genannten Patientengruppen in Ihrem beruflichen Alltag zu tun?*) wurde nach Behandlern gesucht, welche sehr häufigen Kontakt mit einer der Patientengruppen, aber mit keiner anderen sonst haben, was eine höhere Trennschärfe ermöglichen sollte. Hierbei wurden die ausreichend großen Gruppen der Behandler mit sehr häufigem Kontakt mit Suchterkrankungen, schizophrenen und depressiven Erkrankungen ausgewählt.

Die sechsstufige Skala bezüglich des Anteils an Patienten, mit denen Kontakt zu den Angehörigen stattfindet aus *1.3 Psychoedukatives Tätigkeitsfeld in den letzten 5 Jahren*, wurde zu einer dreistufigen Skala zusammengefasst, um einen übersichtlicheren Vergleich zu ermöglichen.

Bezüglich der therapeutischen Grundhaltung (*3. Fragen zu Ihrer therapeutischen Grundhaltung*) sollten die Behandler mit vorrangig biologischer und psychologischer Grundhaltung verglichen werden. Hierzu wurden diejenigen ausgewählt, die in nur einer der beiden Kategorien „eins“ oder „zwei“ innerhalb der sechsstufigen Skala angekreuzt hatten („eins“ steht für „trifft voll und ganz zu“). Selbiges Verfahren wurde beim Vergleich der großen psychotherapeutischen Schulen der Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie angewendet.

Als Behandler mit hoher Befürwortung von Psychopharmaka galten die, die bei diesem Item „eins“ oder „zwei“ angekreuzt hatten. Als geringe Befürwortung galt hingegen das Auswählen von „vier“, „fünf“ oder „sechs“. Die „Vier“ war in diesem Fall mitinbegriffen, da sie bei der stark rechtsschiefen Verteilung immer noch die Extremgruppe repräsentierte (Gehring und Weins 2010).

Als „Vorerfahrung mit PE für Angehörige“ wurde die Teilnahme an PE-Einzelgesprächen mit Angehörigen und PE-Gruppen für Angehörige oder Angehörigengruppen allgemein definiert, als fehlende Erfahrung, wenn diese Kombination aus Einzelgespräch und Angehörigengruppe nicht vorzuweisen war.

Hohe Befürwortung von PE für Angehörige bedeutete das Auswählen einer „eins“ oder „zwei“ bei diesem Item aus *3. Fragen zu ihrer therapeutischen Grundhaltung*, geringe Befürwortung „vier“, „fünf“ oder „sechs“ („sechs“ steht für „trifft überhaupt nicht zu“). Auch hier war die „Vier“ zur Bildung der Extremgruppe mit inbegriffen, da wiederum eine stark rechtsschiefe Verteilung vorlag.

Des Weiteren wurde versucht, jene professionellen Helfer herauszufiltern, welche das Verhalten der Angehörigen gemäß des „Expressed-Emotions-Konzepts“ als „kritisch, feindlich, überfürsorglich“ einschätzten, was für einen „High-Expressed-Emotions-Status“ der Angehörigen sprechen würde (s. Kap. 1.3). Als solches galt das Auswählen von „eins“ oder „zwei“ auf der vierstufigen Skala bei allen Items von *7.1 Angehörige machen oft kritische Äußerungen*, *7.2 Angehörige zeigen oft ein feindliches Verhalten* und *7.3 Angehörige sind oft sehr überbehütend*. Dem gegenüber gestellt wurden die Behandler, die jene drei Items mit „drei“ oder „vier“ bewertet hatten, welches als Einschätzung von einem „Low-Expressed-Emotions“-Status bei den Angehörigen gelten sollte.

Die Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch Vorgesetzte bei den Befragten lag vor, wenn bei den beiden Items *4.7 Das Engagement für Angehörige wird von der Leitung besonders wert geschätzt* und *4.13 Die Einbeziehung der Angehörigen wird von meinem Vorgesetzten erwartet* „eins“ oder „zwei“ angekreuzt wurde. Unter nur geringer Wertschätzung wurde das Auswählen von „fünf“ oder „sechs“ bei beiden Items verstanden.

Schließlich als „religiös“ definiert wurden diejenigen Behandler, welche den Grad ihrer Religiosität auf der sechsstufigen Skala von *3. Fragen zu ihrer therapeutischen Grundhaltung* mit „eins“ oder „zwei“ bewertet hatten. Als „nicht religiös“ galten diejenigen, die „fünf“ oder „sechs“ angekreuzt hatten.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Charakterisierung der Befragten

#### 4.1.1 Demographische Merkmale

Tabelle 1: Demographische Merkmale der Befragten

	n*		Anzahl	Häufigkeit
<b>Geschlecht</b>	1393	<b>männlich</b>	442	31,7%
		<b>weiblich</b>	951	68,3%
<b>Alter</b> Ø = 41,97 Jahre SD 11,256	1387	<b>&lt; 30 Jahre</b>	247	17,8%
		<b>30 - 50 Jahre</b>	734	52,9%
		<b>&gt; 50 Jahre</b>	406	29,3%
<b>Familienstand</b>	1312	<b>alleinlebend</b>	211	16,1%
		<b>in Partnerschaft</b>	1024	78,0%
		<b>geschieden u. allein</b>	77	5,9%
<b>eigene Kinder</b>	1430	<b>nein</b>	886	62,0%
		<b>ja</b>	544	38,0%

\*Nicht alle Befragten haben für jedes Merkmal eine Angabe gemacht, bezüglich der Kinder nur jene, die eigene besitzen (s. 9.1 Fragebogen). Die Zahl der Kinderlosen wurde daher aus der Differenz von allen Befragten errechnet.

#### 4.1.2 Persönliche Einstellungen

Tabelle 2: Therapeutische Grundhaltung der Befragten

Therapeutische Grundhaltung	n	$\bar{x}$	SD
<b>Biologische Orientierung</b>	1208	2,88	1,28
<b>Psychologische Orientierung</b>	1257	1,99	0,974
<b>Bio-psycho-soziale Orientierung*</b>	96	1,81	1,059
<b>Befürwortung von PE für Pat</b>	1346	1,38	0,785
<b>Befürwortung von PE für Angeh.</b>	1337	1,51	0,885
<b>Befürw. von Psychose-Seminaren</b>	1244	1,90	1,124
<b>Befürwortung Psychopharmaka</b>	1333	2,11	1,035
<b>Befürwortung Verhaltenstherapie</b>	1329	1,83	0,987
<b>Befürwortung Tiefenpsychologie</b>	1301	2,84	1,373
<b>Befürwortung system. Ansätze</b>	1297	2,07	1,113
<b>Befürw. humanistischer Th.verfahren*</b>	90	2,31	1,088

<b>Religiöse Grundhaltung</b>	1285	4,11	1,616
<b>Spirituelle Grundhaltung</b>	1251	4,09	1,644
<b>Sonstiges</b>	175	3,55	2,061

\*Kategorie erst später eingefügt, daher geringeres n

Die Therapeutische Grundhaltung konnte von den Befragten auf einer Likert-Skala eingeschätzt werden (s. 9.1 Fragebogen). Die Skala reichte dabei von 1 (trifft voll und ganz zu) bis 6 (trifft überhaupt nicht zu).

### Erzeugte Kategorien bezüglich der persönlichen Einstellung

(Operationalisierung nach Kapitel 3.5)

Einige der später zu den Gruppenvergleichen herangezogenen Kategorien entstammen direkt dem Fragebogen (s. Tabelle 1 und 4). Weitere Kategorien wurden aus anderen Items des Fragebogens erzeugt (s. Tabelle 3 und 5), wobei das genaue Vorgehen in Kapitel 3.5 erläutert und in den Tabellen in Klammern zusammengefasst wird. Es werden dabei jeweils die Extremgruppen herausgegriffen, um diese anschließend in ihrer Bewertung der Items miteinander vergleichen zu können.

Tabelle 3: Erzeugte Kategorien bezüglich der persönlichen Einstellung

	<b>n</b>		<b>Anzahl</b>	<b>Häufigkeit</b>
<b>Therapeutische Grundhaltung</b>	1208	<b>Biologische Orientierung</b> Bio. ∈ {1,2} ∧ Psycho. ∈ {3,4,5,6}	101	8,4%
	1257	<b>Psycholog. Orientierung</b> Psycho. ∈ {1,2} ∧ Bio. ∈ {3,4,5,6}	489	38,9%
<b>Psychotherapieverfahren</b>	1329	<b>VT</b> VT ∈ {1,2} ∧ TP ∈ {3,4,5,6}	545	41,0%
	1301	<b>TP</b> TP ∈ {1,2} ∧ VT ∈ {3,4,5,6}	78	6,0%
<b>Befürwortung Psychopharmaka</b>	1333	<b>hoch</b> Befürw. Psychopharmaka ∈ {1,2}	927	69,5%
		<b>gering</b> Befürw. Psychopharmaka ∈ {4,5,6}	123	9,2%
<b>Befürwortung PE für Angehörige</b>	1245	<b>hoch</b> Befürw. PE Angeh. ∈ {1,2}	1196	96,0%
		<b>gering</b> Befürw. PE Angeh. ∈ {4,5,6}	49	3,9%

<b>Religiosität</b>	1285	<b>hoch</b> Religiöse Grundhaltung $\in \{1,2\}$	249	19,4%
		<b>gering</b> Religiöse Grundhaltung $\in \{5,6\}$	602	46,8%
<b>Einschätzung Verhalten Angeh.</b>	1254	<b>HEE</b> (kritisch $\wedge$ feindlich $\wedge$ überbehütend) $\in \{1,2\}$	343	27,4%
		<b>LEE</b> (kritisch $\wedge$ feindlich $\wedge$ überbehütend) $\in \{3,4\}$	44	3,5%

Z

### 4.1.3 Aspekte des Arbeitsumfeldes

Tabelle 4: Merkmale des Arbeitsumfeldes der Befragten

	<b>n</b>		<b>Anzahl</b>	<b>Häufigkeit</b>
<b>Berufserfahrung</b>	1285	<b>&lt;2 Jahre</b>	114	8,9%
		<b>2 - 10 Jahre</b>	384	29,9%
		<b>&gt;10 Jahre</b>	787	61,2%
<b>Beruf</b>	1346	<b>Ärzte</b>	467	34,7%
		<b>Psychologische Psychotherapeuten</b>	250	18,6%
		<b>Sozialpädagogen</b>	370	27,5%
		<b>Mitglieder der Pflege</b>	211	15,7%
		<b>Spezialtherapeuten</b>	48	3,6%
<b>Stellung in Ärztenschaft</b>	467	<b>Ärzte, nicht klinisch tätig</b>	216	46,3%
		<b>Assistenzärzte</b>	134	28,7%
		<b>Oberärzte</b>	93	19,9%
		<b>Chefärzte</b>	24	5,1%
<b>Setting</b>	1150	<b>ambulant/komplementär</b>	555	48,3%
		<b>stationär</b>	595	51,7%
<b>Tätigkeitsbereich</b>	1088	<b>Allgemeinpsychiatrie</b>	568	52,2%
		<b>Gerontopsychiatrie</b>	83	7,6%
		<b>Sucht</b>	133	12,2%
		<b>Forensik</b>	80	7,4%
		<b>Ki.- u. Ju.psychiatrie</b>	52	4,8%

		<b>Psychiatrische Praxis</b>	79	7,3%
		<b>Psychotherapeutische Praxis</b>	93	8,5%
<b>Patientenzahl pro Jahr</b>	1148	<b>&lt;100</b>	587	51,1%
		<b>100 - 200</b>	288	25,1%
		<b>&gt;200</b>	273	23,8%
<b>Anteil an Patienten mit Kontakt zu Angehörigen</b>	1150	<b>0% - 33%</b>	596	51,8%
		<b>34% - 67%</b>	399	34,7%
		<b>68% - 100%</b>	155	13,5%

Erzeugte Kategorien bezüglich des Arbeitsumfeldes

(Operationalisierung nach Kapitel 3.5)

Tabelle 5: Erzeugte Kategorien bezüglich des Arbeitsumfeldes

	<b>n</b>		<b>Anzahl</b>	<b>Häufigkeit</b>
<b>Patientengruppe mit sehr häufigem Kontakt</b>	1375	<b>Suchterkrankungen</b> Sucht = sehr häufig $\wedge$ (Schizophr.; Depr.) $\neq$ sehr häufig	106	19,4%
	1385	<b>Schizophrene Erkr.</b> Schizophr. = sehr häufig $\wedge$ (Sucht; Depr.) $\neq$ sehr häufig	150	27,5%
	1393	<b>Depressive Erkr.</b> Depr. = sehr häufig $\wedge$ (Schizophr.; Sucht) $\neq$ sehr häufig	290	53,1%
<b>Vorerfahrung PE für Angeh</b>	1372	<b>ja</b> PE-Einzel $\wedge$ (PE Gruppe Angeh $\vee$ Angeh.gruppe allg.)	296	21,6%
		<b>nein</b> kein PE-Einzel $\wedge$ (PE Gruppe Angeh $\vee$ Angeh.gruppe allg.)	286	20,8%
<b>Wertschätzung Angehörigenarbeit durch Vorgesetzte</b>	1236	<b>hoch</b> Wertschätzung Leitung $\in$ {1,2} $\wedge$ Erwartung Vorgesetzte $\in$ {1,2}	302	24,4%
		<b>gering</b> Wertschätzung Leitung $\in$ {5,6} $\wedge$ Erwartung Vorgesetzte $\in$ {5,6}	134	10,8%

## 4.2 Anwendungsprofil von PE-Maßnahmen

Tabelle 6: PE-Tätigkeitsprofil

Berufsgruppe	PE Einzel Pat	PE Einzel Angeh	PE Gruppe Pat	PE Gruppe Angeh	Angehgruppe allg	Psychose-Seminar
Ärzte	96,50%	89,10%	56,30%	23,30%	25,80%	22,40%
Psychoth.	94,30%	74,00%	72,90%	20,70%	16,00%	23,70%
Sozpäd	79,60%	64,10%	35,10%	10,80%	14,10%	14,80%
Pflege	79,50%	60,00%	57,50%	17,50%	18,60%	19,20%
Spezialth.	65,00%	25,60%	58,50%	12,80%	17,90%	13,20%
Alle Helfer	87,3%	72,3%	52,7%	17,6%	19,0%	19,8%
p*	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,029

\* Chi-Quadrat-Homogenitätstest

Bei Betrachtung der Anwendung der unterschiedlichen psychoedukativen Maßnahmen durch die Gesamtheit der professionellen Helfer fällt zunächst auf, wie vergleichsweise selten Gruppenangebote für Angehörige durchgeführt wurden. Während mehr als die Hälfte der professionellen Helfer bereits Erfahrungen mit PE-Gruppen für Patienten gesammelt hatte, waren es bei den PE- und allgemeinen Angehörigengruppen nur mehr rund ein Fünftel. Erfahrung mit PE- Einzelgesprächen für Patienten hatten bereits 87% der Befragten vorzuweisen, wohingegen es bei den Angehörigen lediglich 72% waren.

Bei den Anwendern von PE-Maßnahmen handelte es sich meist um Ärzte, am seltensten jedoch um Spezialtherapeuten und Sozialpädagogen. Die größte Erfahrung mit PE-Gruppen für Patienten und mit dem Psychose-Seminar hingegen hatten psychologische Psychotherapeuten. Die Unterschiede in der Verteilung waren hierbei laut Chi-Quadrat-Homogenitätstest hochsignifikant.

Innerhalb der Ärzteschaft waren es die Chefarzte, die am wenigsten an der Durchführung von PE-Einzel-Maßnahmen beteiligt waren (PE-Einzel Pat: CÄ 83%; OÄ 100%;  $p=0,001$ ). Bei PE-Gruppen für Angehörige und bei Angehörigengruppen allgemein waren diese jedoch führend. Am wenigsten Erfahrung hatten hierbei die nicht klinisch tätigen Ärzte (PE-Gruppe Angeh: CÄ 38%; Ärzte nicht klin. 17%;  $p=0,005$ ). Keine signifikanten Abweichungen von der erwarteten Häufigkeit lagen bei PE-Einzelgesprächen für Angehörige oder dem Psychose-Seminar vor.

Beim Vergleich des stationären, des ambulanten und komplementären Bereichs ergaben sich nur in Bezug auf die Durchführung von PE-Gruppen signifikante Unterschiede. Der



Anteil, der hier bereits tätig war, liegt im stationären Bereich etwa doppelt so hoch wie im ambulanten, wenngleich selbst dort die Gesamtzahl der Helfer mit Erfahrung von Angehörigengruppen gering blieb (PE-Gruppe Angeh: stationär 18%; ambulant 9%;  $p=0,046$ ).

Bezüglich der unterschiedlichen Fachbereiche zeigte sich, dass die Mitarbeiter von Praxen zwar häufig PE-Einzelgespräche durchführten, allerdings nur selten PE-Gruppen. Eine geringere Einbeziehung der Angehörigen als in den anderen Fachbereichen fand in der Suchttherapie statt.

Bei Betrachtung der professionellen Helfer, die sehr häufig mit Patientengruppen von Sucht-, schizophrenen, und depressiven Erkrankungen beschäftigt waren, wurde deutlich, dass Gruppen am meisten für schizophrene Erkrankungen etabliert waren, auch wenn es für Angehörige weniger Gruppen gab als für Patienten (PE-Gruppe Angeh: Schizophrenie 28%; Sucht 11%;  $p=0,001$ ). Am wenigsten Gruppen bereits durchgeführt hatten die Helfer mit häufigem Kontakt mit Suchterkrankungen. Einzelgespräche mit sowohl Patienten als auch Angehörigen gaben am öftesten die Helfer im Kontakt mit depressiv Erkrankten an (PE-Einzel Angeh: Depression 80%; Sucht 66%;  $p=0,010$ ). Im Vergleich der Patientenzahlen der professionellen Helfer hatten diejenigen mit über 200 Patienten pro Jahr bei allen aufgelisteten PE-Maßnahmen hochsignifikant am meisten Erfahrung.

Schließlich wurde untersucht, ob diejenigen Befragten, deren Vorgesetzte großen Wert auf eine Einbeziehung der Angehörigen legen, eine solche auch selbst häufiger durchführten. Hierbei ergab sich, dass selbst wenn die Zahl der durchgeführten Maßnahmen für Patienten identisch war, eine Einbeziehung der Angehörigen häufiger stattfand (PE-Einzel Angeh: hohe WS 81%; geringe WS 67%;  $p=0,002$ ); (PE-Gruppen Angeh: hohe WS 23%; geringe WS:14%,  $p=0,021$ ).

***Fazit:*** Nur wenige der befragten Helfer hatten bereits Erfahrung mit Angehörigengruppen gesammelt, am häufigsten fanden diese noch im stationären Bereich statt. Am ehesten waren Ärzte und Psychotherapeuten mit den PE-Maßnahmen betraut. Gruppen wurden am meisten für schizophrene Erkrankungen durchgeführt, Einzelgespräche am häufigsten bei depressiven Erkrankungen. Am wenigsten etabliert waren PE-Maßnahmen in der Suchttherapie. Die Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten schien eine wesentliche Rolle für deren Durchführung zu spielen.

### 4.3 Überblick über die Bewertung der Items

Tabelle 7: Bewertung der Items

Item	n	$\bar{x}$	SD
4.1 <b>Zusatzinformationen *</b>	1407	1,57	0,803
4.2 <b>Einschätzen Stressbelastung in der Familie</b>	1399	1,54	0,772
4.3 <b>Information der Angehörigen bzgl. Krankheitsbild</b>	1385	1,59	0,914
4.4 <b>Einbeziehung als Zeitvergeudung</b>	1382	5,74	0,72
4.5 <b>Behinderung durch Schweigepflicht</b>	1379	3,47	1,493
4.6 <b>Behinderung durch die institutionellen Bedingungen</b>	1369	3,40	1,545
4.7 <b>Wertschätzung durch die Leitung</b>	1304	3,17	1,504
4.8 <b>Einbeziehung abhängig vom persönlichen Einsatz</b>	1376	2,21	1,083
4.9 <b>Dienstausgleich für die Therapeuten</b>	1280	2,13	1,469
4.10 <b>verbindliches Vorschreiben durch Krankenkassen</b>	1339	3,37	1,631
4.11 <b>Vermeidung von Rückfällen durch Angeh.</b>	1379	1,82	0,973
4.12 <b>finanzielle Belastung der Angehörigen</b>	1334	2,81	1,236
4.13 <b>Erwarten der Einbeziehung durch Vorgesetzte</b>	1267	3,18	1,617
4.14 <b>Angehörige entziehen sich</b>	1339	3,63	1,153
4.15 <b>eigene Belastung der Angeh. durch die Erkrankung</b>	1384	1,46	0,775
4.16 <b>Bedarf psychotherapeutischer Hilfe der Angehörigen</b>	1381	2,04	0,923
4.17 <b>Co-Therapeuten- Funktion durch informierte Angeh.</b>	1363	2,45	1,119
4.18 <b>eigene Ablehnung einer Einbeziehung als Patient</b>	1376	4,74	1,46
4.19 <b>Berechtigung Vorurteil „schizophrenogene Mutter“</b>	1284	4,03	1,495
4.20 <b>Stellenwert von Selbsthilfegruppen</b>	1379	1,64	0,872
4.21 <b>eigener Wunsch nach Einbeziehung als Angehörige</b>	1383	1,63	0,869
6.1 <b>„negativer“ Einfluss Angeh. bzgl. Psychose-Ausbruch**</b>	1344	40,6	21,51
6.2 <b>„negativer“ Einfluss Angeh. bzgl. Psychose-Verlauf</b>	1328	47,4	20,75
7.1 <b>kritische Äußerungen von Angehörigen***</b>	1270	2,01	0,596
7.2 <b>feindliches Verhalten von Angehörigen</b>	1268	2,65	0,645
7.3 <b>Angehörige sind überbehütend</b>	1261	2,04	0,642
7.4 <b>Angehörige sind liebevoll</b>	1258	2,54	0,589
7.5 <b>Angehörige sind solidarisch</b>	1261	2,30	0,595

\*4.1 – 4.21: sechsstufige Bewertung von 1: „trifft voll und ganz zu“ bis 6: „trifft überhaupt nicht zu“; \*\*6.1, 6.2: zehnstufige Einschätzung von 0: „gar kein Einfluss“ bis 100: „maximaler Einfluss“; \*\*\*7.1 – 7.5: vierstufige Beurteilung von 1: „sehr zutreffend“ bis 4: „gar nicht zutreffend“

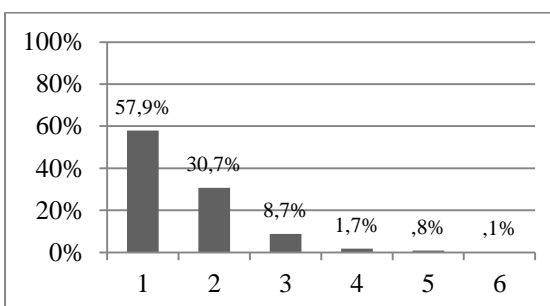
#### 4.4 Sichtweise der Angehörigen in Abhängigkeit von persönlichen Merkmalen und besonderen Aspekten des Arbeitsumfeldes der professionellen Helfer

Zur Bewertung der Items wurde eine Likert-Skala verwendet. Diese reichte bei den Items 4.1 – 4.21 von 1 (trifft voll und ganz zu) bis 6 (trifft überhaupt nicht zu), bei den Items 6.1 und 6.2 in einer zehnstufigen Einschätzung von 0 (gar kein Einfluss) bis 100: (maximaler Einfluss) und bei den Items 7.1 – 7.5 von 1 (sehr zutreffend) bis 4 (gar nicht zutreffend). In den folgenden Abschnitten sind in Klammern Mittelwerte der Bewertung der jeweiligen Items durch die einzelnen Teilgruppen der Befragten angegeben. Hierdurch kann beurteilt werden, wie groß die Unterschiede der Beantwortungen zwischen den Teilgruppen sind. Die Signifikanz der Unterschiede wurde bei Merkmalen mit nur zwei Ausprägungen mit dem Mann-Whitney-U Test, bei mehr als zwei Ausprägungen mit dem Kruskal-Wallis Test auf Signifikanz überprüft (s. Kap. 3.4). Bei den Gruppenvergleichen mit mehr als zwei Kategorien werden exemplarisch die jeweiligen Extremwerte genannt.

##### 4.4.1 Nutzen der Einbeziehung

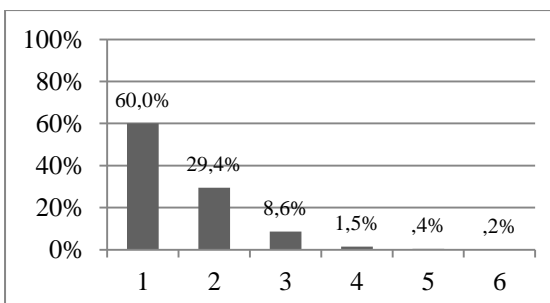
###### *4.1 Angehörige geben wichtige Zusatzinformationen, die von den Patienten nicht kämen*

n = 1407  
 $\bar{x}$  = 1,57  
SD = 0,803



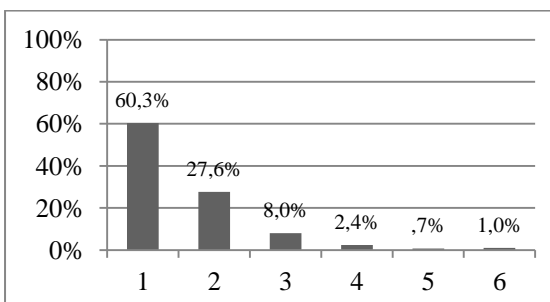
###### *4.2 Angehörigengespräche sind wichtig, um die eventuelle Stress-belastung in der Familie für den Patienten einzuschätzen*

n = 1399  
 $\bar{x}$  = 1,54  
SD = 0,772



###### *4.3 Angehörigengespräche sind wichtig, um sie über die Erkrankung zu informieren*

n = 1385  
 $\bar{x}$  = 1,59  
SD = 0,914

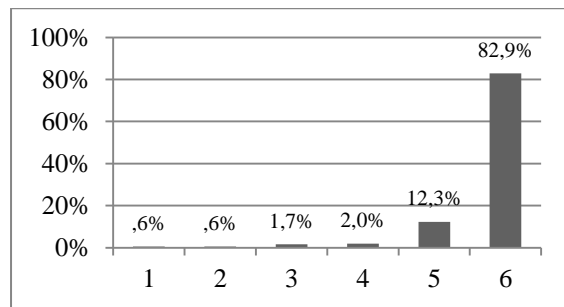


Die Items 4.1, 4.2 und 4.3 fanden gleichermaßen hohe Zustimmung bei den Befragten. Die Mittelwerte der Items unterschieden sich nur in geringem Maße. Obgleich auch hier die Unterschiede meist nur gering waren, differierte die Bewertung der einzelnen Items in Abhängigkeit von Merkmalen der Befragten. So bewerteten Frauen die Bedeutung von Angehörigengesprächen, um die Angehörigen zu informieren und die Stressbelastung einzuschätzen höher (4.3:  $\bar{x}_{\text{♀}}=1,56$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=1,65$ ;  $p=0,005$ ). Ähnliches zeigte sich bei den anderen beiden Items, wobei die Unterschiede jedoch nicht signifikant waren. Bezüglich des Berufsstandes empfanden Ärzte die Angehörigen für Zusatzinformationen als am wichtigsten (4.1:  $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,42$ ;  $p<0,001$ ), aber auch die Mitglieder der Pflege schätzten die Bedeutung von Angehörigengesprächen als besonders hoch ein (4.3:  $\bar{x}_{\text{Pflege}}=1,40$ ;  $p<0,001$ ). Im stationären Bereich wurden Angehörigengespräche in Bezug auf alle drei Aspekte als wichtiger eingestuft. Dies galt ebenso für die Allgemeinpsychiatrie im Vergleich der Tätigkeitsbereiche. Diejenigen Helfer, die pro Jahr mehr als 200 Patienten behandeln, hielten Angehörigengespräche bezüglich Zusatzinformationen für am nützlichsten (4.1:  $\bar{x}_{>200}=1,45$ ;  $p<0,001$ ) und bewerteten auch die anderen Aspekte als wichtiger. Gleiches galt für die Helfer mit häufigem Kontakt zu den Angehörigen. Bei allen drei Items waren die Unterschiede hier hochsignifikant. Helfer mit Vorerfahrung von psychoedukativen Maßnahmen bei Angehörigen und solche, die diese in hohem Maße befürworten, sahen die Bedeutung von Angehörigengesprächen in Bezug auf Zusatzinformationen für Helfer, Information der Angehörigen und für die Einschätzung der Stressbelastung in der Familie als wichtiger an (4.1:  $\bar{x}_{\text{mit VE}}=1,47$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=1,76$ ;  $p<0,001$ ); (4.3:  $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=1,50$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=2,29$ ;  $p<0,001$ ). Wenn ihre Vorgesetzten Angehörigenarbeit wertschätzten, schien dies mit den ihm unterstellten professionellen Helfern kongruent zu sein. Bei allen drei Items fiel die Bewertung hochsignifikant größer aus (4.3:  $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=1,34$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=1,72$ ;  $p<0,001$ ).

**Fazit:** *Die Bedeutung von Angehörigengesprächen wurde von fast allen Helfern als sehr groß eingeschätzt, insbesondere von Frauen, Ärzten, Mitgliedern der Pflege und auf der stationären Allgemeinpsychiatrie. Des Weiteren schien häufiger Kontakt mit Angehörigen, Vorerfahrung mit PE-Maßnahmen und Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten die Wahrnehmung des Nutzens zu vergrößern.*

#### 4.4 Eigentlich ist die Einbeziehung der Angehörigen eine Zeitvergeudung

n = 1382  
 $\bar{x}$  = 5,74  
 SD = 0,720

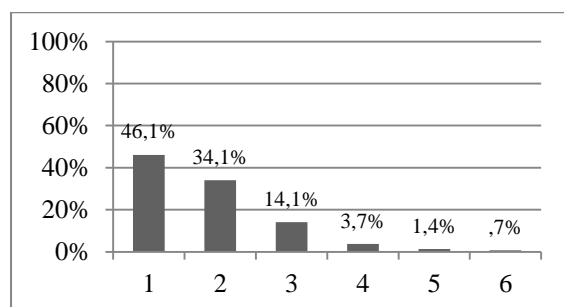


Den vorangehenden Items entsprechend wurde Item 4.4 nur ein geringer Wahrheitsgehalt beigemessen. Es zeichneten sich nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der Befragten ab. So stimmten Frauen Item 4.4 noch weniger zu als Männer ( $\bar{x}_{\text{♀}}=5,77$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=5,68$ ;  $p=0,004$ ), gleiches galt für ältere Helfer im Vergleich zu jüngeren. Unter den Berufsgruppen negierten die Psychotherapeuten Item 4.4 am meisten, am wenigsten die Sozialpädagogen ( $\bar{x}_{\text{Psychoth.}}=5,82$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=5,65$ ;  $p=0,036$ ). Der Unterschied im Mittelwert zwischen den Helfern mit hoher oder geringer Befürwortung von Psychoedukation für Angehörige betrug 0,28 ( $p=0,001$ ), selbst bei den Helfern mit geringer Befürwortung lag der Mittelwert bei 5,50. Des Weiteren bestand ein Unterschied in der Bewertung von Angehörigenarbeit als Zeitvergeudung zwischen den Helfern je nach Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten ( $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=5,85$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=5,68$ ;  $p=0,001$ ).

**Fazit:** Die Einbeziehung der Angehörigen wurde keinesfalls als Zeitverschwendung gesehen, auch wenn signifikante Unterschiede in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter, Beruf und je nach Befürwortung von PE für Angehörige und Wertschätzung durch die Vorgesetzten vorlagen.

#### 4.11 Informierte Angehörige tragen zur Vermeidung von Rückfällen bei

n = 1379  
 $\bar{x}$  = 1,82  
 SD = 0,973



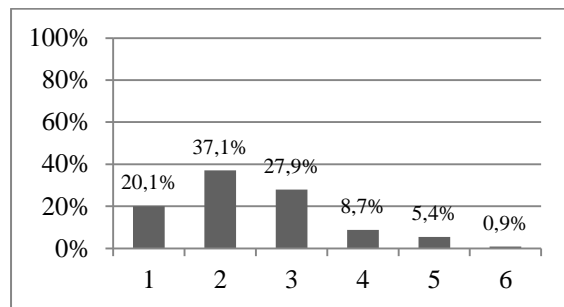
Item 4.11 trifft laut den professionellen Helfern mit einem Mittelwert von 1,82 durchaus zu. Ärzte und Psychotherapeuten waren dieser Ansicht noch mehr als die übrigen Berufsgruppen ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,63$ ;  $\bar{x}_{\text{Psychoth.}}=1,69$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=2,09$ ;  $p<0,001$ ). Professionelle Helfer mit Vorerfahrung von Angehörigenarbeit stimmten Item 4.11 ebenso mehr zu ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=1,60$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=1,90$ ;  $p<0,001$ ), wie auch die Befürworter der PE für Angehörige ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=1,75$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=2,23$ ;  $p=0,013$ ). Ein deutlicher Unterschied bestand

darüber hinaus in Abhängigkeit von der Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten ( $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=1,54$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=2,01$ ;  $p<0,001$ ).

**Fazit:** Die meisten Befragten waren der Ansicht, dass Angehörige zur Vermeidung von Rückfällen beitragen können, insbesondere meinten dies Frauen, Ärzte und Psychotherapeuten, Helfer mit Vorerfahrung und Befürworter von PE für Angehörige, und solche, deren Vorgesetzte Angehörigenarbeit wertschätzen.

#### 4.17 Informierte Angehörige haben oft eine „Co-Therapeuten“-Funktion

n = 1363  
 $\bar{x}$  = 2,45  
 SD = 1,119



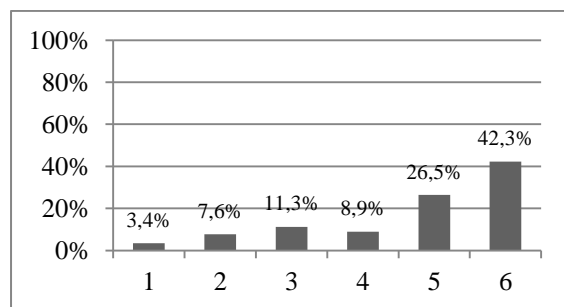
Etwas weniger zugestimmt wurde Item 4.17. Der Mittelwert aller professionellen Helfer betrug 2,45. Frauen empfanden Item 4.17 dabei als zutreffender ( $\bar{x}_{\text{♀}}=2,38$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=2,58$ ;  $p=0,001$ ). Die Mitglieder der Pflege stimmten hier mehr zu als die restlichen Berufsgruppen ( $\bar{x}_{\text{Pflege}}=2,20$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=2,62$ ;  $p<0,001$ ). Dies galt auch für die professionellen Helfer im stationären Bereich. Im Vergleich der Tätigkeitsbereiche zeigten die Helfer der Allgemeinpsychiatrie die größte Zustimmung, die geringste die der Forensik ( $\bar{x}_{\text{Allgemein}}=2,32$ ;  $\bar{x}_{\text{Forensik}}=2,74$ ;  $p=0,037$ ). Darüber hinaus ergaben sich keine weiteren signifikanten Unterschiede.

**Fazit:** Auch wenn die Befragten überwiegend der Meinung waren, dass Angehörige eine „Co-Therapeuten-Funktion“ einnehmen können, fand dieses Item etwas weniger Zustimmung. Am ehesten waren hiervon Frauen, Mitglieder der Pflege, sowie Helfer im stationären Bereich und in der Allgemeinpsychiatrie überzeugt.

### Eigener Wunsch der professionellen Helfer nach einer Einbeziehung

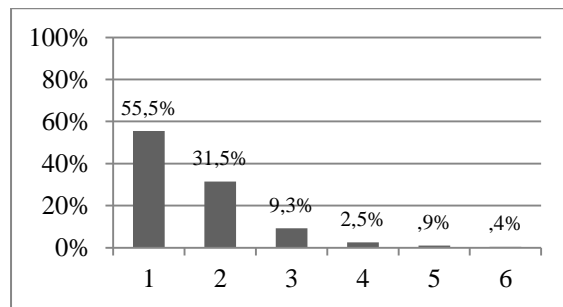
#### 4.18 Als Patient würde ich keine Einbeziehung meiner Angehörigen wollen

n = 1376  
 $\bar{x}$  = 4,74  
 SD = 1,460



#### **4.21 Wäre ich „Angehöriger“, würde ich mir eine intensive Einbeziehung wünschen**

n = 1383  
 $\bar{x}$  = 1,63  
SD = 0,869



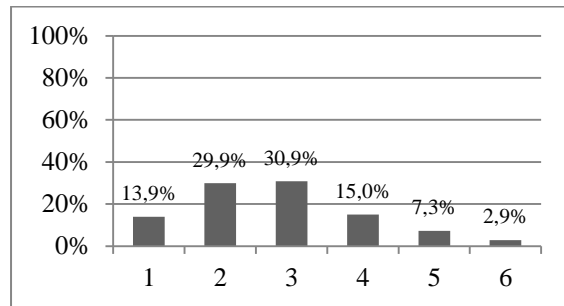
In den Items 4.18 und 4.21 wurden die professionellen Helfer gebeten, sich in die Situation von Angehörigen und Patienten hineinzusetzen und zu beurteilen, ob sie selbst eine Einbeziehung der Angehörigen wünschen würden. Dies wurde deutlich bejaht. Der Mittelwert des invers formulierten Items 4.18 betrug 4,74, der von 4.21 1,63. Unterschiede bestanden in Bezug auf das Geschlecht und die familiäre Situation der Befragten, nicht aber bezüglich deren Alters. Frauen, Helfer mit Kindern und solche in festen Partnerschaften wollten noch eher einbezogen werden wollen (4.18:  $\bar{x}_{\text{Partnerschaft}}=4,83$ ;  $\bar{x}_{\text{geschieden}}=4,31$ ;  $p=0,006$ ). Ärzte würden am meisten eine Einbeziehung als Patient wünschen, Mitglieder der Pflege hingegen als Angehöriger. Schlusslicht diesbezüglich bildeten jeweils die Spezialtherapeuten (4.18:  $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=4,95$ ;  $\bar{x}_{\text{Spezialth.}}=4,36$ ;  $p<0,001$ ). Auch die Mitarbeiter der Forensik und Sucht zeigten mehr Vorbehalte als die Mitarbeiter der anderen Tätigkeitsbereiche. Je größer hingegen der Anteil an Befragten mit Kontakt zu Angehörigen war, desto stärker wurde eine Einbeziehung gewünscht (4.18:  $\bar{x}_{0\%-33\%}=4,63$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=4,98$ ;  $p<0,001$ ). Auch die Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und deren Befürworter würden sich eine Einbeziehung auf beiden Seiten mehr wünschen (4.21:  $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=1,56$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=2,06$ ;  $p=0,006$ ). Wiederum lag ein Unterschied in Abhängigkeit der Wertschätzung von den Vorgesetzten der befragten Helfer vor (4.21:  $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=1,38$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=1,79$ ;  $p<0,001$ ).

***Fazit:*** Der Großteil der Befragten würde sich selbst als Angehöriger oder Patient eine Einbeziehung der Angehörigen wünschen. Dies traf vor allem für Frauen, Helfern in fester Partnerschaft und solchen mit Kindern zu, außerdem für Ärzte, Mitglieder der Pflege, Helfern mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und bei Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch Vorgesetzte. Am wenigsten stimmte dies für Spezialtherapeuten, Helfer der Forensik und Suchtmedizin. Tendenziell wurde eine Einbeziehung noch etwas eher in der Rolle als Angehöriger denn als Patient gewünscht.

## 4.4.2 Belastungen der Angehörigen

### 4.12 Angehörige tragen einen großen Teil der krankheitsbedingten finanziellen Belastungen

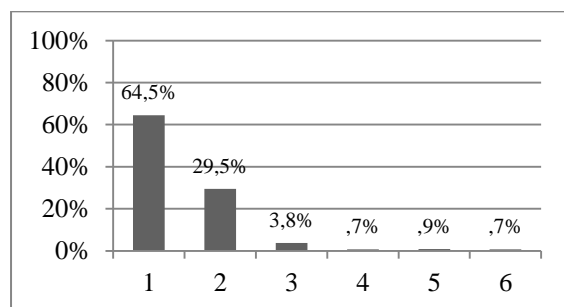
n = 1334  
 $\bar{x}$  = 2,81  
SD = 1,236



Item 4.12 fand mit einem Wert von 2,81 nur mittlere Zustimmung bei den professionellen Angehörigen und traf damit laut den professionellen Helfern unter den Items bezüglich der Belastung der Angehörigen am wenigsten zu. Allerdings ergaben sich in der Bewertung zahlreiche Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der Befragten. So zeigte sich, dass ältere Helfer (und solche mit mehr Berufserfahrung) Item 4.12 noch eher zustimmten als jüngere ( $\bar{x}_{<30J}=2,95$ ;  $\bar{x}_{>50J}=2,69$ ;  $p=0,002$ ), Helfer mit Kindern eher als solche ohne ( $\bar{x}_{\text{Eltern}}=2,73$ ;  $\bar{x}_{\text{kinderlos}}=2,86$ ;  $p=0,040$ ). Der Mittelwert der Ärzte fiel im Vergleich der Berufsgruppen am niedrigsten aus ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,57$ ;  $p<0,001$ ) und zeigte damit die höchste Zustimmung bezüglich dieses Items. Ähnlich niedrig war der Wert auch bei jenen Helfern, die pro Jahr mehr als 200 Patienten betreuen ( $\bar{x}_{<100}=2,96$ ;  $\bar{x}_{>200}=2,64$ ;  $p<0,001$ ). Unterschiede ergaben sich des Weiteren in Abhängigkeit von Vorerfahrung mit PE für Angehörige und der Befürwortung einer solchen ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=2,74$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=3,26$ ;  $p=0,025$ ), außerdem je nach Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten ( $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=2,61$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=3,10$ ;  $p<0,001$ ).

### 4.15 Angehörige sind durch die Erkrankung des Familienmitglieds oft sehr belastet

n = 1384  
 $\bar{x}$  = 1,46  
SD = 0,775

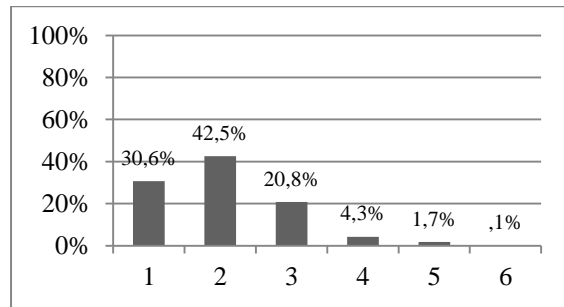


Die größte Zustimmung unter allen verwendeten Items erzielte 4.15. Die Standardabweichung war mit 0,775 vergleichsweise gering. Frauen stimmten Item 4.15 dabei noch mehr zu als Männer ( $\bar{x}_{\text{♀}}=1,40$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=1,57$ ;  $p<0,001$ ). Darüber hinaus gab es bemerkenswerterweise keine größeren signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien der professionellen Helfer.



#### 4.16 Angehörige bräuchten oft selbst psychotherapeutische Hilfe

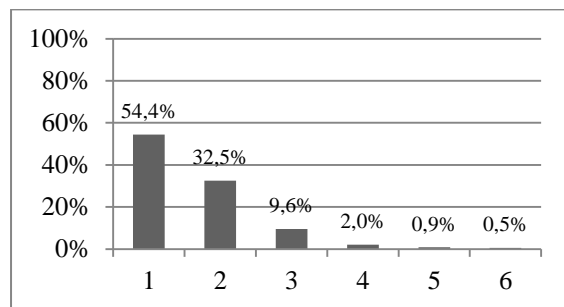
n = 1381  
 $\bar{x}$  = 2,04  
SD = 0,923



Dieses Item fand mit einem Mittelwert von 2,04 zwar eine etwas geringere, jedoch immer noch hohe Zustimmung. Bei Frauen lag diese wiederum noch etwas höher als bei Männern ( $\bar{x}_{\text{♀}}=1,97$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=2,18$ ;  $p<0,001$ ). Das Weiteren schätzten professionelle Helfer, die bei den Angehörigen eher ein HEE-Verhalten vermuteten, den Bedarf der Angehörigen an psychotherapeutischer Hilfe größer ein ( $\bar{x}_{\text{HEE}}=1,91$ ;  $\bar{x}_{\text{LEE}}=2,37$ ;  $p=0,002$ ). Auch hier zeigten sich ansonsten kaum Unterschiede zwischen den einzelnen Kategorien.

#### 4.20 Selbsthilfegruppen für Angehörige sind sehr wichtig

n = 1379  
 $\bar{x}$  = 1,64  
SD = 0,872



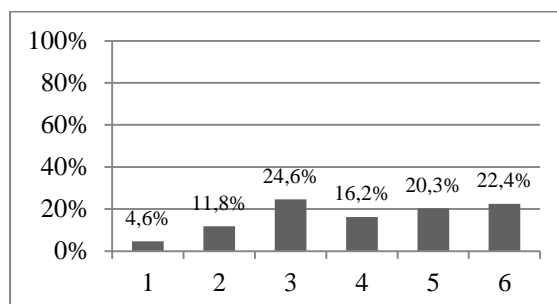
Schließlich sollte mit Item 4.20 die Bedeutung von Selbsthilfegruppen aus Sicht der professionellen Helfer evaluiert werden. Der Mittelwert betrug hierbei 1,64. Derjenige von Frauen lag etwas niedriger und damit zustimmender als der der Männer ( $\bar{x}_{\text{♀}}=1,55$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=1,84$ ;  $p<0,001$ ). Auch Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und deren Befürworter schätzten die Bedeutung von Selbsthilfegruppen größer ein ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=1,56$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=2,04$ ;  $p=0,002$ ).

**Fazit:** Die Angehörigen wurden als sehr belastet bewertet, wenn auch etwas weniger in finanzieller Hinsicht. In der Folge würden diese laut den meisten Helfern psychotherapeutischer Hilfe bedürfen. Insbesondere Frauen, Helfer mit Vorerfahrung von PE und Befürworter einer solchen erkannten die Belastungen an. In finanzieller Hinsicht wurden diese außerdem von älteren Helfern und solchen mit Kindern eher gesehen.

#### 4.4.3 Verhalten und Einfluss auf Krankheitsausbruch/ -verlauf

##### 4.19 Das Vorurteil der „schizophrenen Mutter“ ist meiner Meinung nach nicht ganz aus der Luft gegriffen...

n = 1284  
 $\bar{x}$  = 4,03  
 SD = 1,495

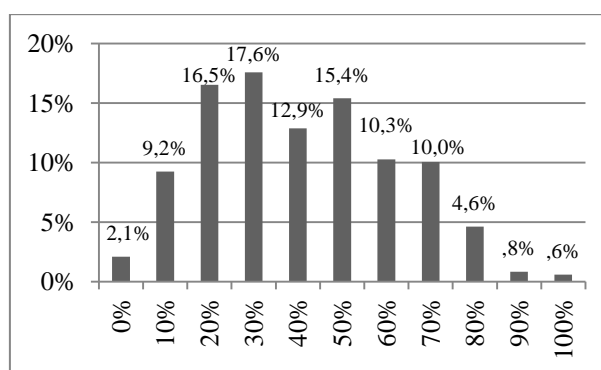


Zunächst soll die Bewertung der professionellen Helfer von Item 4.19 aufgeschlüsselt werden. Der Mittelwert von Item 4.19 lag bei 4,03, die Standardabweichung war mit 1,495 eher groß. So zeigten sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen den Kategorien. Je älter die Befragten waren und je mehr Berufserfahrung sie hatten, desto weniger schienen sie Item 4.19 zuzustimmen ( $\bar{x}_{<30J}=3,87$ ;  $\bar{x}_{>50J}=4,17$ ;  $p=0,036$ ). Helfer mit Kindern lehnten Item 4.19 mehr ab als diejenigen ohne Kinder ( $\bar{x}_{\text{Eltern}}=4,18$ ;  $\bar{x}_{\text{kinderlos}}=3,94$ ;  $p=0,006$ ). Am wenigsten hielten unter den Berufsgruppen Ärzte Item 4.19 für zutreffend, am ehesten hingegen Mitglieder der Pflege ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=4,45$ ;  $\bar{x}_{\text{Pflege}}=3,43$ ;  $p<0,001$ ). Innerhalb der Ärzteschaft bestand der größte Unterschied zwischen Assistenz- und Oberärzten ( $\bar{x}_{\text{AA}}=3,94$ ;  $\bar{x}_{\text{OA}}=4,85$ ;  $p<0,001$ ). Professionelle Helfer ohne Vorerfahrung von PE für Angehörige hielten Item 4.19 eher für wahr als solche mit Vorerfahrung ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=4,30$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=3,69$ ;  $p<0,001$ ). Auch solche, die das Verhalten der Angehörigen als HEE einschätzten, beurteilten das Konzept der schizophrenen Mutter noch eher für nicht ganz aus der Luft gegriffen ( $\bar{x}_{\text{HEE}}=3,77$ ;  $\bar{x}_{\text{LEE}}=4,74$ ;  $p<0,001$ ).

**Fazit:** Das Konzept der „schizophrenen Mutter“ wurde vom Großteil der befragten Helfer eher abgelehnt. Dies galt vor allem für ältere Helfer, Helfer mit Kindern und Ärzte mit Vorerfahrung von PE für Angehörige, wohingegen ihm Mitglieder der Pflege und solche, die den Anteil von HEE-Verhalten unter den Angehörigen als groß bewerteten, mehr Glauben schenkten.

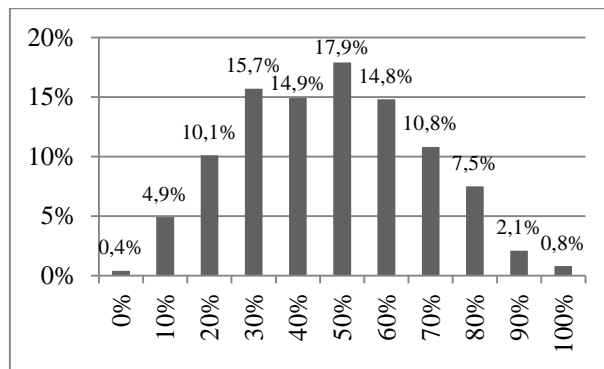
##### 6.1 Wie hoch schätzen Sie den „negativen“ Einfluss der Angehörigen bezüglich des Ausbruchs einer schizophrenen Psychose ein?

n = 1344  
 $\bar{x}$  = 40,6  
 SD = 21,51



**6.2 Wie hoch schätzen Sie den „negativen“ Einfluss der Angehörigen bezüglich des weiteren Verlaufs einer schizophrenen Psychose ein?**

n = 1328  
 $\bar{x}$  = 47,4  
 SD = 20,75



Auch Item 6.1 und 6.2 widmen sich der Rolle der Angehörigen bei Krankheitsentstehung und -verlauf. Zu beachten gilt es hierbei, dass die verwendete Skala von der bisherigen abweicht. So konnte der vermutete Einfluss von den befragten Helfern auf einer Prozentskala von 0 bis 100 in Zehnerschritten angegeben werden (s. Kap. 4.4.3).

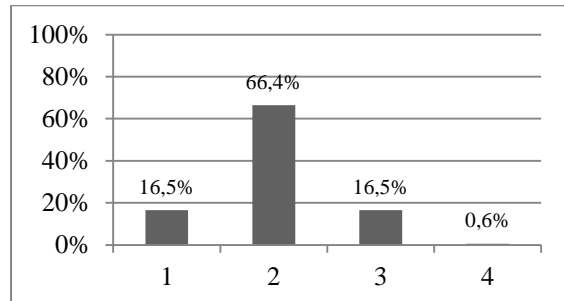
Der „negative“ Einfluss auf den Verlauf wurde dabei von der Gesamtheit der professionellen Helfer etwas höher als auf den Ausbruch beurteilt. Der Mittelwert betrug bei Item 6.2 47,35% wohingegen er bei Item 6.1 lediglich bei 40,56% lag. Frauen gaben dabei bei beiden Items den Einfluss der Angehörigen als größer an (6.2:  $\bar{x}_\text{♀}$ =48,55;  $\bar{x}_\text{♂}$ =45,17;  $p=0,006$ ), ebenso jüngere Befragte (6.2:  $\bar{x}_{<30J}$ =51,10;  $\bar{x}_{>50J}$ =45,16;  $p=0,003$ ). Ärzte bewerteten den „negativen“ Einfluss der Angehörigen jeweils als am niedrigsten, am höchsten die Mitglieder der Pflege und bezüglich des Verlaufs auch die Psychotherapeuten (6.1:  $\bar{x}_\text{Ärzte}$ =33,52;  $\bar{x}_\text{Pflege}$ =46,46;  $p<0,001$ ); (6.2:  $\bar{x}_\text{Ärzte}$ =43,91;  $\bar{x}_\text{Psychoth.}$ =53,70;  $p<0,001$ ). Innerhalb der Ärzteschaft sahen die Chefärzte den „negativen“ Einfluss der Angehörigen als am größten an, am geringsten die nicht klinisch tätigen Ärzte (6.1:  $\bar{x}_\text{Ärzte nicht klin.}$ =31,59;  $\bar{x}_\text{CÄ}$ =47,50;  $p=0,005$ ). Im stationären Bereich wurde der Einfluss auf den Verlauf höher geschätzt als im ambulanten Bereich. Helfer, die sich selbst eher eine psychologische Orientierung zuschreiben, gaben den Einfluss der Angehörigen auf den Ausbruch einer Psychose größer an als jene einer biologischen Orientierung (6.1:  $\bar{x}_\text{psycho.}$ =42,04;  $\bar{x}_\text{bio.}$ =34,44;  $p=0,001$ ). Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige hingegen schätzten den Einfluss auf den Ausbruch geringer ein. Deutliche Unterschiede ergaben sich darüber hinaus in Abhängigkeit von der Sichtweise des Verhaltens der Angehörigen. Bei vermutetem HEE-Verhalten der Angehörigen wurde auch ihr „negativer“ Einfluss auf Ausbruch und Verlauf einer Psychose höher geschätzt (6.1:  $\bar{x}_\text{HEE}$ =45,12;  $\bar{x}_\text{LEE}$ =29,27;  $p<0,001$ ); (6.2:  $\bar{x}_\text{HEE}$ =50,61;  $\bar{x}_\text{LEE}$ =41,22;  $p=0,021$ ).

**Fazit:** Der negative Einfluss der Angehörigen wurde mit rund 40% auf Krankheitsausbruch und annähernd 50% auf Krankheitsverlauf als sehr groß

eingeschätzt. Weibliche und jüngere Befragte sowie Mitglieder der Pflege und Psychotherapeuten wählten den Einfluss am größten, am geringsten Ärzte. Des Weiteren schien die Einschätzung von HEE-Verhalten bei den Angehörigen von Bedeutung zu sein.

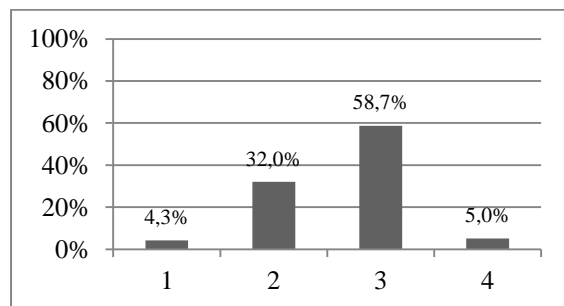
### 7.1 Angehörige machen oft kritische Äußerungen

n = 1270  
 $\bar{x}$  = 2,01  
 SD = 0,596



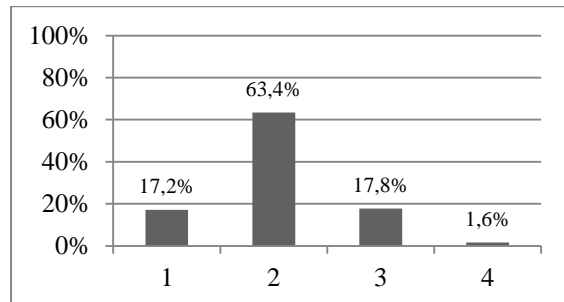
### 7.2 Angehörige zeigen oft ein feindliches Verhalten

n = 1268  
 $\bar{x}$  = 2,65  
 SD = 0,645



### 7.3 Angehörige sind oft sehr überbehütend

n = 1261  
 $\bar{x}$  = 2,04  
 SD = 0,642



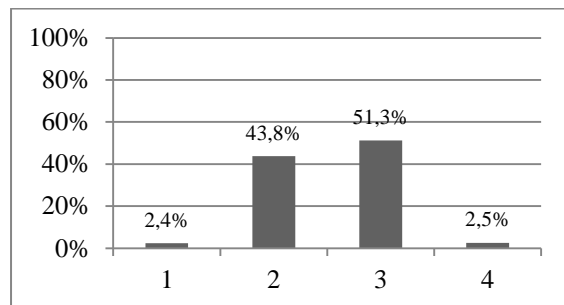
Anhand der Items 7.1, 7.2 und 7.3 sollte die Sichtweise des Verhaltens der Angehörigen untersucht werden. Bei diesen Items wurde eine vierstufige Skala verwendet (1: „sehr zutreffend“ bis 4: „gar nicht zutreffend“). So fand Item 7.1 mit einem Mittelwert von 2,01 die größte Zustimmung unter den befragten Helfern, ähnlich aber auch 7.3 mit einem Wert von 2,04. Das Verhalten wurde hierbei eher als kritisch und überbehütend gewertet, weniger als feindlich. Der Mittelwert von Item 7.2 lag lediglich bei 2,65. Unterschiede in dieser Einschätzung lagen in geringer Ausprägung je nach Geschlecht der Befragten vor. So stimmten Frauen allen drei Items mehr zu als Männer (7.3:  $\bar{x}_{\text{♀}}=2,00$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=2,12$ ;  $p=0,007$ ). Ärzte empfanden Angehörige im Vergleich zu Mitgliedern der Pflege oder Psychotherapeuten weniger als überbehütend (7.3:  $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,16$ ;  $\bar{x}_{\text{Pflege}}=1,91$ ;  $p<0,001$ ). Dies galt dabei vor allem für Chefärzte und Oberärzte im Vergleich zu Assistenzärzten und nicht klinisch tätigen Ärzten (7.1:  $\bar{x}_{\text{CÄ}}=2,30$ ;  $\bar{x}_{\text{Ärzte nicht klin.}}=1,99$ ;  $p=0,001$ ). Bezüglich der Tätigkeitsbereiche schienen am meisten die Helfer

der Forensik und Suchtmedizin das Verhalten der Angehörigen als feindlich und kritisch einzustufen (7.1:  $\bar{x}_{\text{Sucht}}=1,83$ ;  $\bar{x}_{\text{Allg.}}=2,04$ ;  $p=0,017$ ). Item 7.1 wurde aber umso weniger zugestimmt, je höher der Anteil an Patienten mit Kontakt zu den Angehörigen war (7.1:  $\bar{x}_{0\%-33\%}=1,98$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=2,11$ ;  $p=0,047$ ). Darüber hinaus ergaben sich bei Item 7.1 und 7.2 signifikante Unterschiede in Abhängigkeit der Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten (7.2:  $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=2,69$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=2,47$ ;  $p=0,004$ ).

**Fazit:** Die befragten Helfer beurteilten das Verhalten der Angehörigen überwiegend als kritisch und überbehütend, weniger ausgeprägt als feindlich. Dies traf vor allem auf Frauen, Helfer der Forensik und Suchtmedizin zu, etwas weniger beim Vorliegen einer Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten.

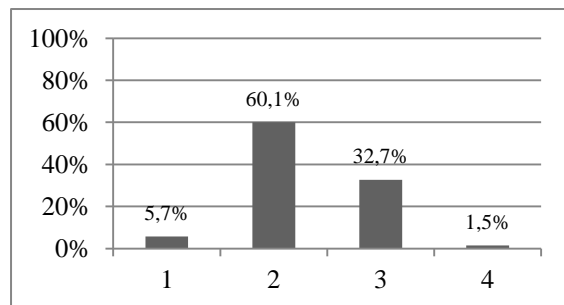
#### 7.4 Angehörige sind liebevoll und voller Verständnis

n = 1258  
 $\bar{x}$  = 2,54  
 SD = 0,589



#### 7.5 Angehörige sind solidarisch, lassen das erkrankte Familienmitglied nicht im Stich

n = 1261  
 $\bar{x}$  = 2,30  
 SD = 0,595



Der Mittelwert von Item 7.4 lag bei 2,54, der von Item 7.5 etwas niedriger bei 2,30. Frauen schätzten die Angehörigen dabei etwas weniger als liebevoll ein (7.4:  $\bar{x}_{\text{♀}}=2,58$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=2,47$ ;  $p=0,003$ ). Im Vergleich der Tätigkeitsbereiche stimmten die Helfer der Forensik Item 7.4 und 7.5 am wenigsten zu (7.4:  $\bar{x}_{\text{Forensik}}=2,68$ ;  $\bar{x}_{\text{Allg.}}=2,48$ ;  $p=0,021$ ). Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige schätzten diese als liebevoller und solidarischer ein als solche ohne. Wiederum besteht auch ein Unterschied zwischen den Helfern in Abhängigkeit der Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch ihre Vorgesetzten (7.5  $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=2,17$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=2,50$ ;  $p<0,001$ ).

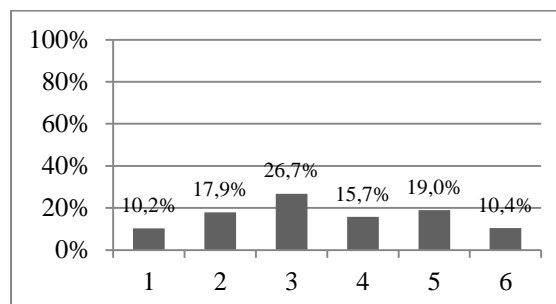
**Fazit:** Die Befragten hielten Angehörige nur für mäßig solidarisch und liebevoll. Besonders kritisch waren hierbei wiederum Frauen und Helfer der Forensik, zugleich bestanden Unterschiede in Abhängigkeit von der Wertschätzung durch die Vorgesetzten.

## 4.5 Hindernisse für die Einbeziehung

Im Folgenden wird dargelegt, wie die professionellen Helfer potentielle Gründe für eine mangelnde Einbeziehung von Angehörigen bewerteten. Hierzu wurden die Items 4.5, 4.6, 4.8, und 4.14 herangezogen, die unterschiedliche Aspekte der Einbeziehung ansprechen.

### ***4.5 Die Schweigepflicht verbietet oft die intensivere Einbeziehung der Angehörigen***

n = 1379  
 $\bar{x}$  = 3,47  
SD = 1,493



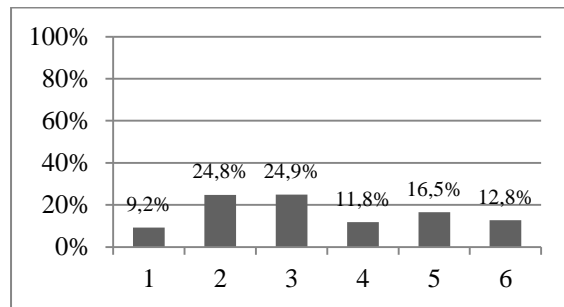
Der Mittelwert der Gesamtheit der professionellen Helfer bei Item 4.5 betrug 3,47, die Standardabweichung war vergleichsweise hoch bei 1,493. Dabei war die Zustimmung unter den befragten Frauen größer als unter den Männern ( $\bar{x}_{\text{♀}}=3,38$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=3,64$ ;  $p=0,004$ ). Unter den unterschiedlichen Berufsgruppen waren es die Psychotherapeuten und Ärzte, die die Schweigepflicht am wenigsten als hinderlich ansahen, eher hingegen die Sozialpädagogen ( $\bar{x}_{\text{Psychoth.}}=3,78$ ;  $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=3,73$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=3,10$ ;  $p=0,001$ ). Im ambulanten und komplementären Bereich wurde die Schweigepflicht für eine Einbeziehung im Vergleich zum stationären Bereich als problematischer eingestuft ( $\bar{x}_{\text{ambulant}}=3,28$ ;  $\bar{x}_{\text{stationär}}=3,60$ ;  $p=0,001$ ). Am wenigsten stimmten bezüglich der Tätigkeitsbereiche die professionellen Helfer der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Item 4.5 überein, am ehesten noch die aus dem Bereich der Suchtmedizin ( $\bar{x}_{\text{Kiju}}=4,04$ ;  $\bar{x}_{\text{Sucht}}=3,18$ ). Im Vergleich der Helfer mit unterschiedlich großen Patientenzahlen pro Jahr zeigte sich: Je mehr Patienten pro Jahr behandelt wurden, desto geringer war die Zustimmung mit Item (4.5:  $\bar{x}_{<100}=3,33$ ;  $\bar{x}_{>200}=3,71$ ;  $p<0,001$ ). Selbiges galt auch bezüglich des Anteils an Patienten mit Kontakt zu den Angehörigen. Je mehr Kontakt bestand, desto weniger fanden die Helfer, dass die Schweigepflicht eine Einbeziehung verbietet ( $\bar{x}_{0\%-33\%}=3,41$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=3,78$ ;  $p=0,023$ ). Diejenigen professionellen Helfer, die bereits Vorerfahrung mit Angehörigen hatten, stimmten überdies Item 4.5 weniger zu als jene ohne Vorerfahrung ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=3,69$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=3,22$ ;  $p<0,001$ ). Bei geringer Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten wurde die Schweigepflicht als hinderlicher angesehen als bei hoher ( $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=3,48$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=3,08$ ;  $p=0,011$ ).

***Fazit:*** Die Schweigepflicht wurde von nur rund einem Viertel der Befragten als großes Hindernis für die Einbeziehung der Angehörigen eingestuft. Als weniger problematisch

*gesehen wurde diese von Ärzten und Psychotherapeuten des stationären Bereichs, sowie von Helfern mit vielen Patienten pro Jahr und einem hohen Anteil an Kontakt zu den Angehörigen. Auch Vorerfahrungen mit Angehörigenarbeit und die Wertschätzung der Vorgesetzten schienen die Wahrnehmung zu beeinflussen. Als hinderlicher gewertet wurde die Schweigepflicht von Frauen, Sozialpädagogen und Helfern der Suchtmedizin.*

#### **4.6 Die institutionellen Bedingungen erschweren die Einbeziehung der Angehörigen**

n = 1369  
 $\bar{x}$  = 3,40  
 SD = 1,545



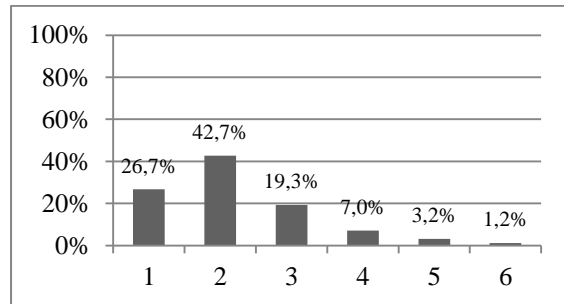
Item 4.6 fiel mit einem Mittelwert von 3,40 und einer ebenfalls hohen Standardabweichung von 1,545 recht ähnlich aus wie Item 4.5. Bei gleicher Einschätzung durch die Geschlechter lagen die Mittelwerte jedoch umso höher, je älter die befragten Helfer waren und je mehr Berufserfahrung sie vorzuweisen hatten ( $\bar{x}_{<30J}=3,05$ ;  $\bar{x}_{>50J}=3,75$ ;  $p<0,001$ ;  $\bar{x}_{BE<2J}=3,10$ ;  $\bar{x}_{BE>10J}=3,57$ ;  $p<0,001$ ). Helfer mit Kindern waren weniger der Ansicht, dass die institutionellen Bedingungen die Einbeziehung der Angehörigen erschweren als jene ohne ( $\bar{x}_{Eltern}=3,57$ ;  $\bar{x}_{kinderlos}=3,30$ ;  $p=0,002$ ). Auf den stationären Bereich traf Item 4.6 noch eher zu als auf den ambulanten und komplementären Bereich ( $\bar{x}_{ambulant}=3,54$ ;  $\bar{x}_{stationär}=3,26$ ;  $p=0,011$ ). Laut den in der Forensik tätigen Helfern stellten sich die institutionellen Bedingungen am ehesten als hinderlich dar, am wenigsten laut den in den psychiatrischen Praxen beschäftigten Helfern ( $\bar{x}_{Forensik}=2,96$ ;  $\bar{x}_{psychiatr. Praxen}=3,89$ ). Wie schon bei Item 4.5 zeigte sich: Je größer bei den Befragten der Anteil an Patienten mit Kontakt zu den Angehörigen war, desto weniger beurteilten die Helfer die institutionellen Bedingungen als die Einbeziehung erschwerend ( $\bar{x}_{0\%-33\%}=3,22$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=3,71$ ;  $p<0,001$ ). Helfer, die keine Vorerfahrung mit PE für Angehörige vorzuweisen hatten, bewerteten die institutionellen Bedingungen als problematischer ( $\bar{x}_{ohne VE}=2,97$ ;  $\bar{x}_{mit VE}=3,46$ ;  $p<0,001$ ). Selbiges galt für jene Helfer, bei denen die Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch Vorgesetzte nur gering war ( $\bar{x}_{geringe WS}=2,69$ ;  $\bar{x}_{hohe WS}=3,67$ ;  $p<0,001$ ).

**Fazit:** *Etwa ein Drittel der befragten Helfer schätzte die institutionellen Bedingungen als sehr hinderlich ein. Am ehesten traf dies auf ältere Helfer ohne Kinder, aus dem stationären Bereich und der Forensik zu. Als weniger problematisch wurden die Bedingungen von Helfern mit einem hohen Anteil an Patienten mit Kontakt zu den*

Angehörigen, mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und bei Wertschätzung der Angehörigenarbeit durch Vorgesetzte beurteilt.

#### 4.8 Die Einbeziehung der Angehörigen hängt ab vom persönlichen Einsatz des Therapeuten

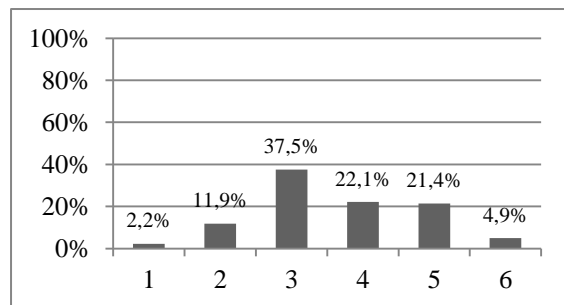
n = 1376  
 $\bar{x}$  = 2,21  
 SD = 1,083



Item 4.8 fand mit einem Mittelwert von 2,21 die Zustimmung des befragten Gesamtkollektivs. Insbesondere Ärzte teilten diese Ansicht ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,94$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=2,46$   $p<0,001$ ), ebenso Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=2,08$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=2,34$ ;  $p=0,012$ ) und Befürworter einer solchen ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}}=2,16$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}}=2,57$ ;  $p=0,014$ ). Die Mittelwerte der befragten Gruppen mit hoher bzw. geringer Wertschätzung durch Vorgesetzte waren beinahe identisch ( $\bar{x}_{\text{hohe WS}}=2,16$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe WS}}=2,18$ ).

#### 4.14 Die Angehörigen entziehen sich meistens der intensiveren Einbeziehung

n = 1339  
 $\bar{x}$  = 3,63  
 SD = 1,153



Der Mittelwert des Gesamtkollektivs bei Item 4.14 betrug 3,63. Differenzen gab es hierbei zwischen den Helfern mit Kindern und ohne. Diejenigen mit Kindern stimmten dieser Aussage weniger zu ( $\bar{x}_{\text{Eltern}}=3,72$ ;  $\bar{x}_{\text{kinderlos}}=3,58$ ;  $p=0,033$ ). Auch Ärzte waren weniger der Meinung, dass sich Angehörige entziehen, mehr hingegen die Mitglieder der Pflege und die Spezialtherapeuten ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=3,90$ ;  $\bar{x}_{\text{Pflege}}=3,38$ ;  $\bar{x}_{\text{Spezialth.}}=3,22$ ;  $p<0,001$ ). Im Bereich der Forensik und Sucht wurde Item 4.14 eher zugestimmt als in der Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie ( $\bar{x}_{\text{Forensik}}=3,25$ ;  $\bar{x}_{\text{Sucht}}=3,40$ ;  $\bar{x}_{\text{Geronto}}=3,95$ ;  $\bar{x}_{\text{KiJu}}=3,75$ ;  $p<0,001$ ). Jene Helfer, die sehr häufigen Kontakt mit depressiv Erkrankten hatten, waren am wenigsten der Meinung, dass sich die Angehörigen einer intensiveren Einbeziehung entziehen, am ehesten waren sie dies bei sehr häufigem Kontakt mit Suchterkrankungen ( $\bar{x}_{\text{Depr.}}=3,77$ ;  $\bar{x}_{\text{Sucht}}=3,47$ ;  $p=0,047$ ). Insgesamt stimmten die Helfer umso weniger mit Item 4.14 überein, je größer ihr Anteil an Patienten mit



Kontakt zu den Angehörigen war ( $\bar{x}_{0\%-33\%}=3,48$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=4,15$ ;  $p<0,001$ ). Auch jene mit Vorerfahrung von PE für Angehörige schienen weniger der Ansicht zu sein, dass sich die Angehörigen einer Einbeziehung entziehen ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=3,80$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=3,39$ ;  $p<0,001$ ).

**Fazit:** Die befragten Helfer waren überwiegend der Meinung, dass die Einbeziehung der Angehörigen vom persönlichen Engagement abhängt. Dies traf insbesondere auf Ärzte, Helfer mit Vorerfahrung von PE und Befürworter einer solchen zu.

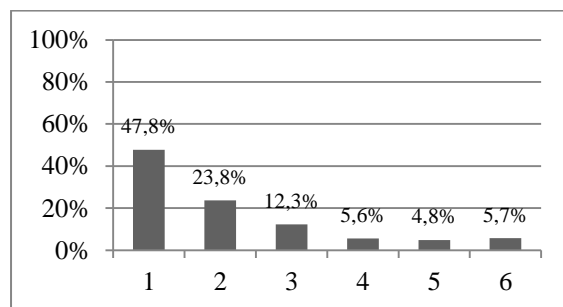
Nach Meinung vor allem der Helfer mit eigenen Kindern, Ärzten mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und mit viel Kontakt zu Angehörigen entziehen sich Angehörige keiner intensiveren Einbeziehung. Eher dieser Ansicht schienen Mitglieder der Pflege sowie Spezialtherapeuten der Forensik und Sucht.

## 4.6 Hilfen für eine verstärkte Einbeziehung

### 4.6.1 Möglichkeiten der Förderung von Angehörigengruppen

#### 4.9 Die Therapeuten sollten Dienstausgleich für die Angehörigengruppen erhalten

n = 1280  
 $\bar{x}$  = 2,13  
 SD = 1,469



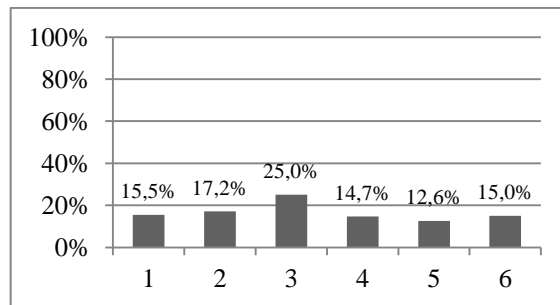
Im Fragebogen wurden als Vorschläge für Hilfen zum weiteren Ausbau der Angehörigengruppen Item 4.9 und 4.10 genannt. Dabei fand 4.9 mit einem Mittelwert von 2,13 und einer Standardabweichung von 1,469 deutlich größere Zustimmung. Insbesondere die Altersgruppe mit über 50 Jahren und einer Berufserfahrung größer als 10 Jahren empfand den Dienstausgleich als notwendig ( $\bar{x}_{\text{BE } 2-10\text{J}}=2,17$ ;  $\bar{x}_{\text{BE } >10\text{J}}=2,01$ ;  $p=0,001$ ). Auch bei den professionellen Helfern mit Kindern schien der Wunsch nach Dienstausgleich für Angehörigengruppen größer ( $\bar{x}_{\text{kinderlos}}=2,17$ ;  $\bar{x}_{\text{Eltern}}=2,06$ ;  $p=0,039$ ). Es waren dabei vor allem Ärzte, die sich einen Dienstausgleich wünschen würden, wohingegen die Sozialpädagogen ihn unter den Berufsgruppen am wenigsten für notwendig erachteten ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=1,97$ ;  $\bar{x}_{\text{Sozpäd}}=2,31$ ;  $p=0,005$ ). Bezüglich der Tätigkeitsbereiche forderten die professionellen Helfer der Kinder- und Jugendpsychiatrie den Dienstausgleich am wenigsten ein ( $\bar{x}_{\text{KiJu}}=2,68$ ;  $p=0,010$ ). Auffallend war die unterschiedliche Beurteilung von Item 4.9 je nach Befürwortung von

PE für Angehörige unter den Helfern ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}} = 2,07$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}} = 2,66$ ;  $p=0,012$ ). Die übrigen Gruppenvergleiche zeigten keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt muss die Zustimmung jedoch als recht groß bewertet werden.

**Fazit:** Die Befragten wünschten sich Dienstaussgleich für Angehörigengruppen, vor allem wenn sie zur ältesten Gruppe gehörten, eigene Kinder hatten und es sich um Ärzte handelte. Die Befürwortung von PE für Angehörige schien die Forderung nach Dienstaussgleich zu beeinflussen.

**4.10 Angehörigengruppen sollten von Krankenkassen verbindlich vorgeschrieben werden**

n = 1339  
 $\bar{x}$  = 3,37  
 SD = 1,631

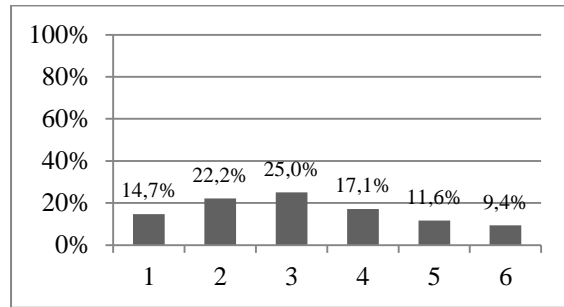


Ein anderes Bild zeigte sich bei Item 4.10. Der Mittelwert des Gesamtkollektivs betrug lediglich 3,37 bei einer relativ hohen Standardabweichung von 1,631. Bei den Männern war der Mittelwert sogar noch etwas größer ( $\bar{x}_{\text{♂}}=3,27$ ;  $\bar{x}_{\text{♂}}=3,57$ ;  $p=0,003$ ). Insbesondere Ärzte lehnten das Vorschreiben von Angehörigengruppen eher ab ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=3,73$ ), am wenigsten noch die Mitglieder der Pflege ( $\bar{x}_{\text{Pflege}}=3,01$ ). Ein deutlicher Unterschied zeigte sich auch zwischen den Tätigkeitsbereichen: klare Ablehnung bei den psychiatrischen Praxen im Gegensatz zu einer eher indifferenten Haltung bei den psychotherapeutischen Praxen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ( $\bar{x}_{\text{psychiatr. Praxen}}=4,32$ ;  $\bar{x}_{\text{psychoth. Praxen}}=3,09$ ;  $\bar{x}_{\text{KiJu}}=3,10$ ). Des Weiteren galt, dass je höher die Zahl der behandelten Patienten pro Jahr war, desto weniger wurde eine verbindliche Vorschreibung von Gruppen durch die Krankenkassen befürwortet ( $\bar{x}_{<100}=3,27$ ;  $\bar{x}_{100-200}=3,49$ ;  $\bar{x}_{>200}=3,56$ ;  $p=0,045$ ). Interessant war schließlich noch, dass bei einer Einschätzung des Verhaltens der Angehörigen als LEE ein verbindliches Vorschreiben noch weniger als wünschenswert erachtet wurde als bei einer HEE-Sichtweise ( $\bar{x}_{\text{LEE}}=3,88$ ;  $\bar{x}_{\text{HEE}}=3,25$ ;  $p=0,015$ ).

**Fazit:** Ein verbindliches Vorschreiben von Angehörigengruppen durch die Krankenkassen wurde eher weniger gewollt. Dies traf insbesondere zu auf Ärzte, psychiatrische Praxen und bei Helfern, die pro Jahr eine große Patientenzahl behandeln, wie auch bei denjenigen, die das Verhalten der Angehörigen als LEE einschätzten.

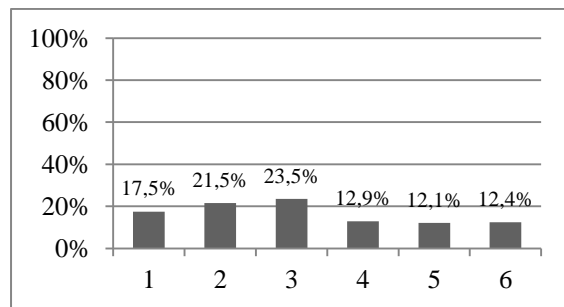
**4.7 Das Engagement für Angehörige wird von der Leitung besonders wert geschätzt**

n = 1304  
 $\bar{x}$  = 3,17  
 SD = 1,504



**4.13 Die Einbeziehung der Angehörigen wird von meinen Vorgesetzten erwartet**

n = 1267  
 $\bar{x}$  = 3,18  
 SD = 1,617



Die Items 4.7 und 4.13 erlauben außerdem eine Einschätzung darüber, inwieweit die professionellen Helfer von ihren Vorgesetzten bei der Einbeziehung der Angehörigen unterstützt werden. Es ergaben sich beinahe identische Mittelwerte: 3,17 bei 4.7 mit einer Standardabweichung von 1,504; 3,18 bei 4.13 mit einer Standardabweichung von ebenfalls vergleichsweise hohen 1,617.

Unterschiede bei den Gruppenvergleichen zeigten sich unter anderem in Abhängigkeit von Alter und Berufserfahrung der befragten Helfer. So schätzten ältere Helfer die Befürwortung der Leitung größer ein als jüngere (4.7:  $\bar{x}_{<30J}=3,32$ ;  $\bar{x}_{>50J}=2,93$ ;  $p=0,002$ ). Mitglieder der Pflege interpretieren das Engagement der Leitung am größten, am geringsten die Spezialtherapeuten ( $\bar{x}_{\text{Pflege}}=2,90$ ;  $\bar{x}_{\text{Spezialth.}}=3,13$ ;  $p=0,006$ ). Die Erwartungen der Vorgesetzten bezüglich der Einbeziehung wähten hingegen die Ärzte am größten, am geringsten wiederum die Spezialtherapeuten ( $\bar{x}_{\text{Ärzte}}=2,86$ ;  $\bar{x}_{\text{Spezialth.}}=4,14$ ). Innerhalb der Ärzteschaft wurde die Unterstützung der Vorgesetzten umso größer eingeschätzt, je höher die Stellung innerhalb der Ärzteschaft war (4.7:  $\bar{x}_{A\ddot{A}}=3,20$ ;  $\bar{x}_{C\ddot{A}}=2,48$ ;  $p=0,003$ ). Im Bereich der Forensik wurde laut den Helfern eine Einbeziehung der Angehörigen am wenigsten von den Vorgesetzten erwartet, im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie am ehesten ( $\bar{x}_{\text{Forensik}}=3,75$ ;  $\bar{x}_{\text{KiJu}}=2,42$ ;  $p<0,001$ ). Bei denjenigen Helfern, deren Anteil an Patienten mit Kontakt zu den Angehörigen hoch war, wurden auch die Erwartungen und das Engagement der Leitung höher eingeschätzt (4.13:  $\bar{x}_{0\%-33\%}=3,58$ ;  $\bar{x}_{68\%-100\%}=2,45$ ;  $p<0,001$ ). Dies war auch bei den Helfern mit Vorerfahrung mit PE für Angehörige der Fall ( $\bar{x}_{\text{mit VE}}=2,85$ ;  $\bar{x}_{\text{ohne VE}}=3,69$ ;

$p < 0,001$ ) und bei denen, deren Befürwortung für PE hoch war ( $\bar{x}_{\text{hohe Befürw. PE}} = 3,11$ ;  $\bar{x}_{\text{geringe Befürw. PE}} = 3,88$ ;  $p = 0,003$ ).

**Fazit:** Die Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten und das Engagement der Leitung für eine solche wurden lediglich als mäßig eingeschätzt. Ältere Helfer (Chefärzte), Ärzte und Mitglieder der Pflege, Helfer mit häufigem Kontakt zu Angehörigen, mit Vorerfahrung von PE für Angehörige und die Befürworter einer solchen hielten die Förderung der Angehörigenarbeit für größer als Spezialtherapeuten oder Helfer aus dem Bereich der Forensik.

#### 4.6.2 Eigene Vorschläge der professionellen Helfer

Am Ende des Fragebogens wurde in einem freien Text um eigene Vorschläge zur Verbesserung der Angehörigenarbeit geworben. 249 der Befragten, also 17,4% des Gesamtkollektivs, kamen dieser Aufforderung nach. Diese relativ große Bereitschaft eigene Vorschläge einzubringen, zeugt von dem zum Teil großen Engagement und Interesse am Thema der Psychoedukation und Angehörigenarbeit. Im Folgenden wurden die darin enthaltenen Vorschläge und Forderungen unter Sammelbegriffen zusammengefasst und die Häufigkeit deren Nennung ausgewertet. Details und Ergänzungen sind dem Anhang zu entnehmen (s. Kap. 9.2). Es gilt zu beachten, dass die Forderung von mehr Psychoedukation für Angehörige neben der Kategorie „Vermehrte Aufklärung und Information von Angehörigen“ separat aufgelistet wird. Würde man diese jedoch auf Grund der inhaltlichen Nähe zusammenfassen, stünde die Forderung nach einer besseren Aufklärung der Angehörigen an oberster Stelle. Andernfalls ist der Wunsch nach einer besseren Vergütung der Angehörigenarbeit vorrangig.

Tabelle 8: Eigene Vorschläge der professionellen Helfer

Enthaltene Vorschläge und Forderungen:	Häufigkeit
Bessere Vergütung	36
Vermehrte Aufklärung und Information von Angehörigen	34
Feste Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieablauf	29
Ausbau der Gruppen für Angehörige	28
Entlastung der Angehörigen	27

Erklärung der Angehörigenarbeit zum Standard	26
Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit	21
Ratschläge zum persönlichen Umgang mit Angehörigen	20
Größeres Zeitkontingent	20
Weitere Hilfsmaßnahmen	17
Bessere Beratung bzgl. Hilfsangeboten	15
Mehr dialogische* Veranstaltungen	15
Verbesserung der ambulanten Situation	13
Erweiterte Fortbildungsmaßnahmen	12
Gesehene Hindernisse für Angehörigenarbeit	12
Mehr Psychoedukation für Angehörige	11
Vorschläge zur Situation von Kindern erkrankter Eltern	11
Personal vergrößern	9
Förderung von Selbsthilfegruppen	9
Größere Wertschätzung von Angeh.arbeit durch die Klinikleitung	7
Schaffung von Angehörigensprechstunden	7
Bereitstellung von Informationen via Broschüren, Internet	7
Vermehrtes Angebot von Einzelgesprächen	6
Einbeziehung aller Berufsgruppen der Helfer	6
Sorgfältigeres Einladen der Angehörigen	6
Ermöglichung von Hausbesuchen	5
Verbesserung des Krisenmanagements	5
Schaffung eines festen ärztlichen Ansprechpartners	4
Förderung von präventiven Maßnahmen	4
Verstärktes Bemühen um Mithilfe des Patienten zur Einbeziehung	2
Bessere Vernetzung des stationären und ambulanten Bereichs	1
Intensivierung der Forschung	1

\*Def. Dialog: Veranstaltungen zum gemeinsamen Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionellen Helfern

## 5 Diskussion

### 5.1 Diskussion der Methoden

Beim Entwurf des Fragebogens fand keine Überprüfung der Reliabilität beispielsweise an Hand von interner Konsistenz oder Re-/Paralleltest-Korrelation statt. Viele der Items sind dergestalt formuliert, dass ihre psychometrische Schwierigkeit (ein Maß für den Grad der Zustimmung) entweder sehr hoch oder sehr gering ist (siehe Histogramme in 4.4), was zu schiefen anstatt zu normalverteilten Verteilungsmustern in der Beantwortung führt. Dies hat Decken- und Bodeneffekte zur Folge (Bühner 2011). Darüber hinaus haben in der Regel mittelschwere Items die höchsten Standardabweichungen (Lienert und Raatz 1998). Aber selbst hier ist die Standardabweichung in vielen Fällen relativ klein, was eine geringe Trennschärfe der entsprechenden Items zur Folge hat. Die Trennschärfe stellt dabei die Korrelation eines Items mit der Summe der restlichen Items dar. Die Streuungsrestriktion durch die Formulierung der Items zieht (zusammen mit dem Selektionsbias, s.u.) eine Varianzeinschränkung nach sich. Bei einer Korrelation handelt es sich jedoch um ein varianzabhängiges Maß (Bühner 2011). Da die Items also nicht ausreichend hoch korrelieren, waren sie zur Anwendung einer Faktorenanalyse nicht geeignet, welche ein Mittel darstellt, Korrelationen von Items durch latente Variablen zu erklären. Darüber hinaus wurde die Konstruktvalidität nicht überprüft. Aus diesen Gründen brachten weitere Analysetechniken (wie beispielsweise eine Faktorenanalyse nach einer Skalenkonstruktion) kaum einen Zugewinn an Information mit sich. Die Auswertung der Fragebögen besteht also einerseits in der Darstellung der sich ergebenden Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der Befragten im Hinblick auf jedes einzelne Item und andererseits der Überprüfung ihrer Signifikanz mittels Interferenzstatistik. Es gilt jedoch zu beachten, dass mittels der statistischen Methoden lediglich Korrelationen und keine Kausalitäten aufgezeigt werden konnten. Darüber hinaus muss bei der Interpretation der Zusammenhänge die Möglichkeit von reverser Kausalität in Betracht gezogen werden. Durch das multiple Testen könnte zudem eine Hypothese eventuell fälschlicherweise als zutreffend angenommen worden sein (Fehler 1. Art), wobei dieses Risiko durch das oft hoch signifikante Niveau der gezeigten Zusammenhänge deutlich verringert wird.

Zusammenfassend liefert die Auswertung in erster Linie Anhaltspunkte für zugrundeliegende Zusammenhänge, welche mittels präziser Forschungsfragen,

angepasster Methoden und repräsentativer empirischer Daten näher untersucht werden können.

Einen weiteren problematischen Aspekt bezüglich der Interpretation der Ergebnisse stellt die Teilnehmerrekrutierung dar, da diese im vorliegenden Fall erhebliches Potential für einen Selektionsbias bietet. Ein großer Teil der Helfer wurde im Rahmen von PE-Veranstaltungen und Fortbildungen befragt. Tendenziell handelt sich also hierbei um an Psychoedukation und Angehörigenarbeit bereits sehr interessierte professionelle Helfer, die deren breitere Einführung befürworten und zu unterstützen suchen. Die Beantwortung war darüber hinaus freiwillig. Daher könnte die Bewertung der Items in eine nicht repräsentative, der Psychoedukation gegenüber eher aufgeschlossene Perspektive verschoben worden sein und eine Überschätzung der tatsächlichen Werte vorliegen. Eine aussagekräftige Quantifizierung dieses Effekts ist aufgrund methodischer Einschränkungen und fehlender Vergleichswerte nicht möglich. Zusätzlich könnte eine zu häufige PE-Anwendung berichtet worden sein und eine überdeutlich „angehörigen-freundliche“ Ausfüllweise im Rahmen von sozialer Erwünschtheit stattgefunden haben (Bornewasser 1976). Außerdem bleibt ungewiss, wie hoch die Rate an PE-Anwendungen und die Haltung den Angehörigen gegenüber von Seiten der Non-Responder ist. Mangelndes Interesse an den Anliegen der Angehörigen und fehlende Praxis im Umgang mit ihnen sind als Gründe für ein Unterlassen des Ausfüllens vom Fragebogen in Betracht zu ziehen.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit, dass die gefundenen Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen der Befragten durch weitere Arten von Bias bedingt wurden, beispielsweise mittels Charakteristika der Befragten als Moderatorvariablen, welche nicht abgefragt worden sind. Die Abstufungen der Likert-Skalen könnten subjektiv unterschiedlich aufgefasst oder möglicherweise relevante Unterschiede, die aber nicht signifikantes Niveau erreichten, ausgeschlossen worden sein (Fehler zweiter Art).

Bezüglich der Bewertung von Hindernissen und Hilfen für die verstärkte Implementierung von Angehörigenarbeit stellt es jedoch einen Vorteil dar, dass gerade diejenigen Helfer, die bereits Erfahrung mit Angehörigenarbeit gesammelt haben, befragt worden sind.

## **5.2 Diskussion der Ergebnisse**

### **5.2.1 Charakterisierung der Befragten**

#### **Repräsentativität des befragten Kollektivs**

Um zu überprüfen, in wie weit das Kollektiv der Befragten in seinen Eckdaten mit der Gesamtheit des in Deutschland tätigen Ärztlichen- und Nichtärztlichen Personals übereinstimmt, wurden Daten vom statistischen Bundesamt und der Bundesärztekammer zum Vergleich herangezogen (Bundesärztekammer 2014; Statistisches Bundesamt 2014). Die Beschäftigten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, welche in den Quellen eine eigene Kategorie darstellt, wurden beim Vergleich nicht berücksichtigt, da deren Zahl relativ gering ist (4,8%).

#### **Ärztliches Personal**

Laut Bericht der Bundesärztekammer von 2014 sind 52,5% der Psychiater in Deutschland im stationären Bereich tätig. Im Fragebogenkollektiv war der Anteil mit 62,8% etwas größer. Während der Anteil der dort tätigen Männer noch leicht überwiegt (51,7%), ist er im Fragebogenkollektiv deutlich geringer als jener der Frauen (38,3%). Das Geschlechterverhältnis der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte ist im Fragebogenkollektiv mit dem der Bundesärztekammer beinahe identisch (Bundesärztekammer 2014).

Das Durchschnittsalter der Befragten entspricht dabei sowohl ambulant als auch stationär dem gegenwärtigen Durchschnittsalter der Gesamtheit der Ärzteschaft in Deutschland.

In den psychiatrischen Kliniken Deutschlands haben 15,4% der Ärzte eine leitende Funktion inne, bei 42,6% handelt es sich um Oberärzte, bei 42,1% um Assistenzärzte (Bundesärztekammer 2014). Im Fragebogenkollektiv entfallen 10,0% der Ärzteschaft auf Chefärzte, 33,3% auf Oberärzte, 56,7% sind Assistenzärzte. Der Ausbildungsstand innerhalb der befragten Ärzteschaft ist somit etwas zu Gunsten der Assistenzärzte verschoben.



Tabelle 9: Größenverhältnis der Berufsgruppen an psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland und im Fragebogenkollektiv im Vergleich

Berufsgruppe		Deutschland (n=51731)		FB-Kollektiv (n=566)	
	<b>Ärzte</b>	7970	15,4%	221	39,0%
	<b>Pflege</b>	33661	56,1%	142	25,1%
	<b>Psychotherapeuten</b>	4431	8,6%	110	19,4%
	<b>Sozialarbeiter</b>	2420	4,7%	75	13,3%
	<b>Spezialtherapeuten</b>	3249	6,3%	18	3,2%

Um das Größenverhältnis der Berufsgruppen des Fragebogenkollektivs mit dem von psychiatrischen Kliniken zu vergleichen, wurden Daten des statistischen Bundesamtes verwendet. Diese beziehen sich dabei lediglich auf das Personal von Krankenhäusern mit ausschließlich psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten. Dabei fällt auf, dass Mitglieder der Pflege und auch Spezialtherapeuten im Vergleich zu den herrschenden Strukturen in einer psychiatrischen Klinik unterrepräsentiert sind. Im Gegenzug ist der Anteil an Ärzten und Psychotherapeuten deutlich größer. Auch der Anteil an befragten Sozialpädagogen ist größer als es die Struktur einer psychiatrischen Klinik gemäß den Daten des statistischen Bundesamts erwarten ließe (Statistisches Bundesamt 2014). Hinzu kommt, dass der größte Teil der befragten Sozialpädagogen ambulant tätig ist (76%). Auch wenn keine weiteren Daten über das im psychiatrischen Bereich tätige nichtärztliche Personal verfügbar sind, liegt die Vermutung nahe, dass Sozialpädagogen in der Befragung überrepräsentiert sind. Auf Grund der unzureichenden Repräsentativität der Befragten ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse nur bedingt gegeben.

### 5.2.2 Anwendungsprofil von PE-Maßnahmen

Bei der Analyse der Vorerfahrung mit PE-Maßnahmen zeigte sich, dass ein Großteil der Befragten bereits PE-Einzelgespräche durchgeführt hatte, mit Patienten jedoch deutlich häufiger als mit Angehörigen. Erfahrung mit PE-Gruppen für Patienten gab hingegen gerade einmal die Hälfte an, mit Gruppen für Angehörige waren es weniger als ein Fünftel. Am meisten waren PE-Gruppen noch für schizophrene Erkrankungen etabliert, am wenigsten bei Suchterkrankungen.

Allerdings stellen diese Zahlen kumulative Werte dar, da die professionellen Helfer nur befragt wurden, ob sie in den vergangenen 5 Jahren überhaupt Erfahrungen mit den jeweiligen Therapieelementen gemacht hatten. Dabei wurde nicht weiter differenziert, ob diese an deren Arbeitsstelle dauerhaft durchgeführt wurden und welcher Zahl von Patienten und Angehörigen diese Maßnahmen zugekommen sind. Eine Erhebung der Punktprävalenz der jeweiligen Therapieelemente würde sicherlich zu einer geringeren Verbreitungsrate führen. In Anbetracht der dennoch hohen Werte mit beispielsweise rund 90% der Befragten, die bereits PE-Einzelgespräche mit Angehörigen durchgeführt hatten, liegt der Verdacht nahe, dass der Bias der Befragten durch deren zum Teil stattgefundenere Vorselektion bei PE-Veranstaltungen nicht unerheblich ist.

Unter Inkaufnahme dieser Aspekte sind die Erkenntnisse des Fragebogens mit den gegenwärtigen Studien zur Verbreitung von PE-Maßnahmen gut vereinbar. Dem Fragebogen entsprechend waren in der Studie von Rummel-Kluge PE-Gruppen in erster Linie für Schizophrenie (86% der Kliniken mit Gruppen) und Depressionen (67%) etabliert, am wenigsten für Suchterkrankungen (17%) (Rummel-Kluge et al. 2013). Auch der vorliegende Fragebogen ergab, wie wenig Gruppen im ambulanten Bereich verbreitet sind - eine Tatsache, die unter anderem der gegenwärtig schlechten Abrechnungssituation zugeschrieben werden kann (s. Kap. 1.5.3).

Stationär tätige Ärzte und Psychotherapeuten hatten von allen Berufsgruppen am meisten Erfahrung mit Psychoedukation für Angehörige vorzuweisen, was wiederum den Studien von Rummel-Kluge entspricht (Rummel-Kluge et al. 2006; 2013). Da aber selbst in Kliniken mit Gruppen meist nur ein Teil der Patienten und Familienmitglieder auch tatsächlich an diesen teilnehmen kann, bleibt die Zahl derer, die von PE-Maßnahmen profitieren, gering. So beläuft sich diese in der Studie von Rummel-Kluge auf insgesamt nur 25% der schizophrenen Patienten und weniger als 5% von deren Familienmitgliedern (Bäumel und Pitschel-Walz 2012; Rummel-Kluge et al. 2013).

Werden professionelle Helfer befragt, woran ihrer Meinung nach die weitere Verbreitung der Gruppen scheitert, wird häufig ein Mangel an Zeit und Personal deklariert (s. Kap. 4.6.2) (Rummel-Kluge et al. 2013). Ein Lösungsansatz von Seiten der Kliniken hierfür wäre, neben der Leitung durch Ärzte oder Psychologen verstärkt weitere Berufsgruppen in die Durchführung von PE-Maßnahmen miteinzubeziehen. Dies ist, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen, noch nicht vollständig geschehen. Psychoedukative Gruppen eignen sich hervorragend als Feld für multiprofessionelle Zusammenarbeit, da sie Aspekte ansprechen, zu welchen die Berufsgruppen jeweils auf eigene Weise beizutragen haben. Dies hätte zudem zur Folge, dass das ganze Team aus

professionellen Helfern hinter den Maßnahmen stehen würde, was für deren Implementierung von großer Bedeutung ist (Eassom et al. 2014).

Eine weitere Möglichkeit zur größeren Verbreitung von Angehörigengruppen wäre die Einrichtung von Gruppen mit Peer-Moderatoren. Dies bedeutet, dass die Gruppen von einem dazu ausgebildeten Mitglied der Angehörigen selbst geleitet werden, wie es derzeit in Pilotprojekten geschieht. Peer-Moderatoren haben eine besondere Glaubwürdigkeit für die jeweilige Gruppe und können als Vorbilder für deren Mitglieder fungieren. Aufgrund des eigenen Erfahrungshintergrundes vermögen sie gut zu beraten und praktische Hinweise zum Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied zu geben. Gruppen mit Peer-Moderatoren stellen in Bereichen, in denen aus Personalmangel keine weiteren Angebote stattfinden können, eine sinnvolle Alternative dar (Pitschel-Walz et al. 2016).

Für weitere Untersuchungen, welche sich mit der Verbreitung von PE-Maßnahmen befassen, wären unter anderen qualitative Auswertungen der Angehörigenkontakte erstrebenswert. So wäre es für die zukünftige Planung von Nutzen, die Gesprächszeit genauer zu bestimmen, welche nötig wäre, um die Angehörigen subjektiv und objektiv ausreichend zu informieren.

### **5.2.3 Nutzen der Einbeziehung**

Der Nutzen einer Einbeziehung von Angehörigen in die Therapie wurde von den befragten professionellen Helfern klar anerkannt. Sie seien in der Lage wichtige Zusatzinformationen zu ergänzen, Gespräche mit ihnen seien wichtig, um sie über die Erkrankung zu informieren und die Stressbelastung für den Patienten in der Familie einzuschätzen. Jeweils knapp 90% der Befragten stimmten diesen Aussagen auf der sechsstufigen Skala mit 1 oder 2 zu. Fast einstimmig gaben die professionellen Helfer an, dass die Einbeziehung der Angehörigen keine Zeitvergeudung sei und über 80% der Helfer sind der Überzeugung, dass informierte Angehörige zur Vermeidung von Rückfällen beitragen könnten. Etwas mehr Skepsis bestand in Bezug darauf, ob informierte Angehörige imstande seien, eine „Co-Therapeuten“-Funktion einzunehmen. Dieses Item fand nur mittlere Zustimmung, was sich vermutlich unter anderem auf mangelnde Vertrautheit mit dem Begriff zurückführen lässt.

Wären die professionellen Helfer hingegen selbst „Angehöriger“ oder in der Rolle eines Patienten, würden sie sich selbst laut Befragung eine Einbeziehung wünschen.

Insbesondere Frauen, professionelle Helfer in Partnerschaft, Ärzte, Psychotherapeuten und Mitglieder der Pflege bewerteten den Nutzen einer Einbeziehung als hoch. Außerdem schien diese Einschätzung durch häufigen Kontakt mit den Angehörigen, die Befürwortung von und Vorerfahrung mit PE-Maßnahmen, sowie die Unterstützung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten beeinflusst worden zu sein. Bei der Interpretation der Zusammenhänge gilt es jedoch die Möglichkeit von reverser Kausalität zu beachten. So könnten jene Helfer, die den Nutzen einer Einbeziehung für groß halten, motivierter sein eine solche auch durchzuführen. Zudem mag die zum Teil stattgefundene Selektion der Befragten bei der Bewertung der Items keine unwesentliche Rolle gespielt haben. Bei Psychoedukations-Veranstaltungen könnten diese besonders geneigt sein, die Bedeutung einer Einbeziehung anzuerkennen. Einerseits mag der Nutzen von Angehörigenarbeit den Teilnehmern solcher Veranstaltungen eher bewusst sein als dem Durchschnitt der professionellen Helfer, andererseits könnten diese im Rahmen sozialer Erwünschtheit in ihrer Bewertung beeinflusst worden sein. Dennoch ließ sich anhand der durchwegs großen Zustimmung der Schluss ziehen, dass der Nutzen einer Einbeziehung dem Großteil der professionellen Helfer bekannt ist.

In Kapitel 1.4.1 wurden die bisher untersuchten Effekte von PE-Angehörigengruppen auf Angehörige und Patienten im Einzelnen bereits aufgelistet. Zusammenfassend lässt sich noch einmal wiederholen, dass die positiven Effekte einer Einbeziehung der Angehörigen mittels Psychoedukation in zahlreichen Studien nachgewiesen wurden und mittlerweile als gesichert gelten. Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Fragebogenauswertung in den Kontext der Literatur bezüglich der Rolle der Angehörigen gestellt werden.

In dieser wird festgestellt, dass Familien grundsätzlich besser als sozialpsychiatrische Institutionen, die durch eine hohe Personalfuktuation gekennzeichnet sind, eine konstante und kontinuierliche Hilfe zu garantieren vermögen. Dies ist besonders für psychisch erkrankte Menschen von Bedeutung, welche vielmals in ihren sozialen Fertigkeiten eingeschränkt und gegen Veränderungen ihrer Lebenssituation empfindlich sind. Inzwischen hat sich daher die traditionelle Rolle der Angehörigen vom „Anamneselieferanten“, vom Forschungsobjekt im Rahmen von genetischen Studien oder erklärtem Verursacher der Erkrankung zur neuen Rolle des aktiven und informierten Angehörigen gewandelt (Katschnig 2008). Angehörige fordern berechtigterweise, dass ihre Einschätzungen ernst genommen werden, da sie den Erkrankten am längsten kennen und über die meiste Erfahrung im Umgang mit ihm

verfügen (Bastiaan 2001). Sie wünschen sich eine enge und kontinuierliche Kooperation mit den behandelnden Ärzten, um über die Krankheitsentwicklung und aktuelle Behandlung auf dem Laufenden zu sein und möchten aktiv zur Vermeidung von Rezidiven beitragen (Jungbauer et al. 2002).

In der Tat zeigte sich, dass Angehörige einen wesentlichen Beitrag zur besseren Krisenbewältigung leisten, wenn sie im Falle einer drohenden Reexazerbation Frühwarnzeichen richtig deuten und die Patienten entsprechend zu beraten vermögen (Behrendt 2004). Eine Untersuchung von Herz und Melville zeigte eindrücklich, dass 70% von 156 chronisch Erkrankten und 92% ihrer 80 Angehörigen die Anzeichen eines drohenden Rückfalls wahrnehmen konnten. Bei mehr als 50% der Betroffenen dauerte dieses Stadium länger als eine Woche, wodurch sich die Chance einer Krisenintervention bot (Herz und Melville 1980; Schaub 2003). Wie also auch rund 80% der befragten Helfer befanden, sind Angehörige tatsächlich in der Lage zur Vermeidung von Rückfällen beizutragen.

Darüber hinaus beeinflussen Angehörige mit ihrer Einstellung und ihrem Verhalten den Krankheitsverlauf. Vielen Patientinnen und Patienten fällt es leichter, sich auf eine eventuell mit Nebenwirkungen verbundene Behandlung einzulassen, wenn sie wissen, dass ihre Angehörigen diese befürworten und sie unterstützen. Daher sollten Angehörige stets in anstehende Entscheidungen über wichtige Therapieschritte miteinbezogen werden (Bull und Poppe 2015).

Hierbei ist es für die professionellen Helfer von Bedeutung, ihre grundsätzliche Position den Angehörigen gegenüber zu klären. Wie diese wahrgenommen wird, stellt für die Angehörigen sogar den bedeutsamsten Faktor für Zufriedenheit dar (Jungbauer et al. 2002). Werden sie als Partner in einem gleichberechtigten Dialog gesehen oder besteht ein hierarchisches Gefälle? Wird versucht, sich in ihre Situation einzufühlen und besteht die Bereitschaft, von ihnen auch selbst etwas zu lernen? Je partnerschaftlicher der Umgang gestaltet wird, desto größer sind dessen Erfolgsaussichten (Binder 2003).

Die Einbeziehung der Angehörigen hat dabei sogar unmittelbar für die professionellen Helfer selbst Vorteile, welche kurz erläutert werden sollen. Die Einbeziehung ermöglicht eine Ökonomisierung der Informationsvermittlung, eine bessere Wahrnehmung der subjektiven Nöte und Bedürfnisse von Patienten wie Angehörigen, aber auch eine Sensibilisierung für deren Ressourcen. Abläufe können vereinfacht und Spannungen thematisiert werden, wodurch die Gefahr einer Überforderung, beispielsweise durch die Einbindung von Mitarbeitern in familiäre Verstrickungen verringert wird. Eine Perspektivenerweiterung der Helfer hinsichtlich verschiedener

Erlebnisweisen- und Bewältigungsmöglichkeiten wird zudem ermöglicht. Magliano et al. konnten zeigen, dass durch die Einführung von PE-Familiengruppen eine bessere Beziehung zu den Patienten und deren Familien erreicht wurde, wodurch nach Ablauf eines Jahres 61% der beteiligten professionellen Helfer ein gesteigertes Vertrauen in ihre therapeutischen Fähigkeiten erzielen konnten (Magliano et al. 2005). Außerdem leisten Angebote an die Angehörigen in Kliniken oder anderen psychiatrischen Institutionen einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung, indem sie für Transparenz sorgen und gegenseitige Vorurteile abzubauen vermögen (Deger-Erlenmaier 1997). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch den Aufbau eines partnerschaftlichen Behandlungsbündnisses das protektive Potenzial der Angehörigen für alle Beteiligten optimal genutzt werden kann (Deger-Erlenmaier 1997; Pitschel-Walz und Bäuml 2016). In der vorliegenden Auswertung des Fragebogens bewerteten jene Helfer, die häufigen Kontakt mit Angehörigen haben und bereits Vorerfahrung mit PE-Maßnahmen gesammelt hatten, den Nutzen einer Einbeziehung sogar noch höher als die übrigen Helfer. Dies unterstreicht, dass sich dieser Nutzen nicht nur in der Literatur finden lässt, sondern sich auch in der täglichen Praxis des psychiatrisch-therapeutischen Arbeitens der befragten professionellen Helfer ergibt. Dennoch ist die Einbeziehung der Angehörigen vielfach noch nicht so verbreitet, wie es wünschenswert wäre. Dies steht im Zusammenhang mit einer Beobachtung, welche im Folgenden dargelegt werden soll. In der bereits angeführten Studie von Rummel-Kluge (Rummel-Kluge et al. 2013) wurde die Bedeutung unterschiedlicher therapeutischer Verfahren durch die Leiter psychiatrischer Institutionen eingestuft. Während diese bei PE für Patienten als hoch bewertet wurde (93%), galt sie für die Angehörigen jedoch lediglich als mäßig (59%) und lag damit hinter therapeutischen Angeboten mit geringerer Evidenz bezüglich ihrer Wirksamkeit (Rummel-Kluge et al. 2013). Aus der Studie geht also hervor, dass der Evidenzgrad der verschiedenen therapeutischen Interventionen wohl nicht das entscheidende Kriterium für deren wahrgenommene Relevanz ist. Eine ähnliche Feststellung machten auch McFarlane et al., welche an 66 Kliniken in den USA die Einführung von Psychoedukation für Angehörige erprobten und dabei versuchten, Prädiktoren für deren dauerhafte Implementierung auszumachen. Der nachgewiesene Nutzen der Angehörigengruppen schien dabei erstaunlicherweise eine untergeordnete Rolle zu spielen. Wichtigere Faktoren waren beispielsweise die Passgenauigkeit zu bisherigen therapeutischen Strategien und die wahrgenommene Machbarkeit der Maßnahmen (McFarlane et al. 2001). Dies steht im herben Kontrast zum Anspruch der gegenwärtigen Medizin evidenzbasiert zu sein. Wenn also auch der Nutzen einer

Einbeziehung dem Großteil der befragten professionellen Helfer bekannt zu sein scheint, vermag dies leider noch nicht für deren angemessene Umsetzung auszureichen. Bei der Auswertung der Fragebögen wurde aber deutlich, dass sich eine positive Haltung der Leitung und der Vorgesetzten auf die ihnen unterstellten professionellen Helfer auswirkt. Gerade von diesen muss also gefordert werden, sich einerseits über die Evidenzlage der zur Verfügung stehenden Therapiemaßnahmen im Klaren zu sein und andererseits die entsprechenden Therapien in die Wege zu leiten.

Bei der Auswertung der Fragebögen stellte sich zudem heraus, dass die Anerkennung des Nutzens häufig durch persönliche Merkmale beeinflusst wird. Wenn auch die Zustimmung zu den Items insgesamt groß war, gab es wiederkehrende Differenzen zwischen einzelnen Gruppen der Befragten. So bewerteten insbesondere Frauen und Befragte in Partnerschaft den Nutzen als hoch. Unter der Annahme, dass nicht Moderatorvariablen für diese Beobachtung ursächlich sind, ist davon auszugehen, dass Frauen der Familie eine größere Bedeutung zukommen lassen oder zumindest eher geneigt sind, dieser Ausdruck zu verleihen. Eigene positive Erfahrungen mit Familie und Partnerschaft und einem darin herrschenden Vertrauensverhältnis mögen dazu beitragen, ein solches auch für die Patienten als nützlich zu erachten. Grundsätzlich sollte eine leitliniengerechte Therapie jedoch unabhängig von persönlichen Ansichten für jeden Patienten als wichtig erachtet werden und jedem Patienten zukommen, wie es auch in anderen Bereichen der Medizin gefordert wird.

Des Weiteren bewerteten Ärzte, Psychotherapeuten und Mitglieder der Pflege den Nutzen einer Einbeziehung größer als Sozialpädagogen und Spezialtherapeuten, was sich vermutlich durch die häufigere Praxis der Erstgenannten im Umgang mit Angehörigen erklären lässt (s. Kap. 4.2.). Hier wäre es wichtig, verstärkt auch die anderen Berufsgruppen in die Angehörigenarbeit mit einzubinden. Psychoedukative Programme können ihre volle Wirksamkeit nur entfalten, wenn das gesamte Behandlungsteam sie unterstützt (Kissling und Pitschel-Walz 2004).

Da Psychoedukation für Patienten und Angehörige zumindest bei manchen psychiatrischen Indikationen noch ein relativ neues, sich ständig fortentwickelndes Verfahren ist, besteht auf diesem Gebiet noch ein hoher Forschungsbedarf (Kissling und Pitschel-Walz 2004). Ein mögliches Ziel für die weitere Forschung wäre die nähere Identifikation der wesentlichen Faktoren, über welche Angehörigengruppen zur Rückfallprophylaxe der Betroffenen beitragen. Dies könnte zur Entwicklung eines möglichst kosteneffektiven Modells nützlich sein. Außerdem gilt es zu untersuchen, wie sich die Wirkung psychoedukativer Maßnahmen weiter steigern lässt. Hierfür wären

beispielsweise der optimale Zeitpunkt oder die optimale Dosis der Gruppen zu bestimmen. Auch Komorbiditäten oder den Erkrankungszeitpunkt der Betroffenen gilt es stärker zu berücksichtigen. Gerade bei der Erstmanifestation einer Schizophrenie leben die meisten Betroffenen noch in der Familie, welche in der Folge eine Schlüsselrolle bezüglich der Einstellung zur Therapie einzunehmen vermag (Caqueo-Urizar et al. 2015).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zukünftig weiter daran gearbeitet werden sollte, den Nutzen einer Einbeziehung der Angehörigen für alle Beteiligten noch weiter auszubauen. Zudem ist es von großer Bedeutung, dass dieser unabhängig von persönlichen Merkmalen oder Aspekten des Arbeitsumfeldes durch die professionellen Helfer anerkannt wird. Das Wissen um den Nutzen einer Einbeziehung sollte in Zukunft noch stärker zu deren Umsetzung führen, als es derzeit der Fall ist.

#### **5.2.4 Belastungen der Angehörigen**

Neben den Vorteilen einer Einbeziehung wurden auch die Belastungen der Angehörigen weitgehend anerkannt. 94% der Befragten stimmten zu, dass die Angehörigen durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes oft sehr belastet seien, womit dieses Item die größte Zustimmung in der gesamten Befragung erzielte. Der Mittelwert des Items lag bei 1,46. Bemerkenswerterweise gab es hier - außer zwischen den Geschlechtern - keinerlei signifikante Unterschiede, was angesichts der hohen Zustimmung zu dem Item allerdings auch durch einen Deckeneffekt bedingt sein könnte.

Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen wurde von den Befragten ebenfalls als sehr groß eingeschätzt, von Helfern mit Vorerfahrung von PE für Angehörige sogar noch mehr als durch die restlichen Helfer. Etwas geringer, wenn auch immer noch hoch, wird der eigene Bedarf der Angehörigen an psychotherapeutischer Hilfe gesehen. Die finanzielle Belastung der Angehörigen schließlich wird nur als mäßig eingestuft, insbesondere von jüngeren Helfern ohne Kinder und bei geringerer Erfahrung mit Angehörigen.

Zufolge der Literatur wirkt sich die Erkrankung eines Familienmitglieds auf viele Bereiche des Zusammenlebens aus, wie etwa auf die Kommunikation, die Aufgaben- und Rollenverteilung innerhalb der Familie und in nicht unerheblichem Maße auch auf die finanzielle Situation (Mory et al. 2002; Bull und Poppe 2015).

Bei den Angehörigen schizophrener Erkrankter muss zufolge vorangegangener Untersuchungen in 80% mit einer Beeinträchtigung des gesundheitlichen Befindens



gerechnet werden (Sibitz et al. 2002), wobei der Schwellenwert bezüglich einer Behandlungsbedürftigkeit bei der Mehrheit der Angehörigen überschritten wird (Franz et al. 2002). In einer Untersuchung von Angermeyer et al. waren die häufigsten Beschwerden der Angehörigen ständiges Grübeln, innere Unruhe, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und Mattigkeit (Angermeyer et al. 1997). Sie stellen damit eine Hochrisikogruppe bezüglich ihrer eigenen psychischen Gesundheit dar (Angermeyer et al. 2001). Wie auch von den meisten professionellen Helfern in der vorliegenden Befragung vermutet, muss bei über 40% der Angehörigen von depressiv erkrankten Menschen von einer so hohen Belastungen ausgegangen werden, dass ein eigener Bedarf an therapeutischer Hilfe besteht (Pitschel-Walz 2003).

Professionell Tätige müssen sich der vielfachen Belastungen in der Familie bewusst sein. Wenn die Angehörigen die einzigen Bezugspersonen der Betroffenen sind, sind diese manchmal in weitaus stärkerem Rahmen mit deren Symptomen konfrontiert, als es sich die Behandelnden vorstellen. Dies gilt insbesondere für jene Symptome, die der psychiatrischen Behandlung vorausgegangen sind (Bull und Poppe 2015). Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) fordert daher einen respektvollen und teilnehmenden Umgang aller Mitarbeiter des psychiatrischen Versorgungssystems mit den Angehörigen (BApK e.V. 2008). Die therapeutische Grundhaltung bei der Durchführung von Angehörigengesprächen sollte von Wertschätzung und Empathie gekennzeichnet sein.

Angehörige betrachten die professionellen Helfer und das psychiatrische Versorgungssystem als zentrale Unterstützungsressource und wünschen sich durch eine stationäre Behandlung ihres Familienmitglieds Entlastung (Jungbauer et al. 2002). Aus Sicht der Angehörigen werden die Erkrankten eher zu früh entlassen, als dass sie zu lange in der Klinik behalten werden würden (Angermeyer et al. 1997). Tatsächlich zeichnet sich bei Patienten an psychiatrischen Kliniken eine zunehmend kürzer werdende Aufenthaltsdauer bei steigender Wiederaufnahmerate ab (Schneider et al. 2012).

Ungeachtet der Ergebnisse der vorliegenden Befragung wird die Belastung der Angehörigen laut Literatur von den Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken häufig nicht ausreichend zur Kenntnis genommen. Diese Inkongruenz lässt sich vermutlich unter anderem dem vorliegenden Selektionsbias zuschreiben, da professionellen Helfer, welche an PE-Veranstaltungen teilnehmen, wohl auch für die Belastungen der Angehörigen eher ein Auge haben. Werden diese jedoch nicht wahrgenommen, vergrößert dies das Leid der Angehörigen und hat damit auch einen ungünstigen

Einfluss auf den Genesungsprozess der Patienten. Viele Angehörige haben das Gefühl, dass die Psychiater ihren Problemen eher desinteressiert und gleichgültig gegenüberstehen (Haltenhof 1998). Sie empfinden es als Demütigung, wenn sie wie Bittsteller um Gesprächstermine nachsuchen müssen und den Eindruck haben, lästig zu sein. Sie fühlen sich häufig unfreundlich und von oben herab behandelt und werfen den Psychiatern mangelndes Einfühlungsvermögen vor (Jungbauer et al. 2002). In einer Befragung bezüglich der Zufriedenheit von Angehörigen mit professionellen Helfern erzielten Psychiater, Psychologen und Mitglieder der Pflege die schlechteste Bewertung, eine etwas bessere hingegen Sozialpädagogen und Spezialtherapeuten. Als mögliche Erklärung für diese Unzufriedenheit kann das ungestillte Informationsbedürfnis der Angehörigen gesehen werden, von welchem die meisten Angehörigen berichten (Kramer et al. 1996; Schmid et al. 2003). In der aktuellen EUFAMI-Studie, welche eine repräsentative Befragung der Angehörigen europaweit anstrebt, wurde erhoben, dass in Deutschland lediglich ein Drittel der Befragten ihre Einbeziehung in die Therapie als ausreichend empfindet, sich weniger als die Hälfte von den professionellen Helfern ernst genommen fühlt und weniger als ein Viertel das Gefühl hat, dass die Kommunikation mit den professionellen Helfern gut funktioniert (EUFAMI 2014).

Die Anerkennung der hohen Belastung der Angehörigen durch die befragten professionellen Helfer steht also im herben Kontrast zu dem von den Angehörigen wahrgenommenen Umgang mit ihnen. Nach wie vor wird nicht genug unternommen, um die Angehörigen zu unterstützen. Damit das Wissen um ihre Belastung kein Lippenbekenntnis bleibt, muss den Angehörigen Anerkennung für ihren Beitrag bei der Betreuung der Patienten spürbar gemacht werden. Die professionellen Helfer sind aufgerufen therapeutische Angebote zu schaffen, um damit einerseits der Forderung nach Information und Einbeziehung Folge zu leisten sowie andererseits Möglichkeiten zur emotionalen Entlastung zu schaffen. Außerdem kann hiermit gleichzeitig die Bildung von Selbsthilfegruppen angestoßen werden, welche einen weiteren wichtigen Beitrag zur Entlastung beizutragen vermögen. So bewerteten in der vorliegenden Befragung professionelle Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige die Bedeutung von Selbsthilfegruppen größer als jene ohne. Tatsächlich sind die Selbsthilfeaktivitäten der Angehörigen und die gezielte Nutzung ihres protektiven Potenzials für die Langzeitbehandlung der Patienten zu einem wichtigen Bestandteil der gemeindenah orientierten psychiatrischen Versorgung geworden (Bäumli et al. 2004). Selbsthilfeverbände sehen sich unter anderem auch zunehmend als Vertreter der

Interessen ihrer psychisch kranken Familienmitglieder und fordern mehr Anerkennung und Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse im Rahmen gesundheitspolitischer Planungen (Borbé et al. 2008). Es sollte den professionellen Helfern ein wichtiges Anliegen sein, das Engagement der Angehörigen zu stützen und ihren Einsatz zu erhalten (Bäumel et al. 2004).

Nach Aufdeckung der Belastungen der Angehörigen und gleichzeitig der Defizite in ihrer Betreuung in der vorliegenden aber auch zahlreichen vorangegangenen Befragungen sollte in Zukunft verstärkt daran gearbeitet werden, Lösungswege für deren Behebung zu finden. Unter anderem wäre hierzu die Adaption von Programmen hilfreich, welche dezidiert auf die Belange von Ehepartnern, Kindern oder Geschwistern eingehen. Angehörige müssen öfter in den Fokus der professionellen Helfer gelangen. Die Bedürfnisse der Angehörige sollten weiterhin evaluiert werden und anschließend versucht werden, auf diese besser einzugehen.

### **5.2.5 Verhalten und Einfluss auf Krankheitsausbruch/ -verlauf**

Bei kaum einer Erkrankung spielen gesellschaftliche Schuldzuweisungen an Angehörige eine so große Rolle wie bei der Schizophrenie. Obwohl nachgewiesen ist, dass das Verhalten der Familie allenfalls einen geringen Einfluss auf die Entstehung einer Psychose hat, berichten Angehörige sehr häufig über Unverständnis und Vorwürfe seitens ihres sozialen Umfeldes (Schulze Mönking 1993a). In der vorliegenden Arbeit sollte unter anderem überprüft werden, in wie weit die Angehörigen von den professionellen Helfern als „krankheitsverursachend“ angesehen werden und wie ihr Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied eingeschätzt wird.

Das Vorurteil der „schizophrenen Mutter“ wurde mit einem Mittelwert von 4,03 tendenziell abgelehnt. Dennoch war der Anteil derer, die das Item auf der sechsstufigen Skala mit 1-3 bewerteten, nicht unerheblich (rund 41%). Damit zählt diese Theorie offenbar nach wie vor zu den Überzeugungen mancher professionell Tätigen. Dieser Befund ist sehr bedenklich, denn wenn jene davon ausgehen, dass Angehörige den wesentlichen Anteil am Ausbruch einer schizophrenen Psychose haben, beeinträchtigt dies auch ihren Umgangsstil mit den Angehörigen (Bäumel et al. 2002).

Bei der Bewertung dieses Items gab es innerhalb der befragten Helfer deutliche Differenzen in Abhängigkeit der privaten Situation (beispielsweise je nach Alter und Familienstand), dem Beruf, der Vorerfahrung mit Angehörigen und der Einschätzung

des Verhaltens der Angehörigen. Jüngere Helfer ohne Kinder neigten eher zur Ansicht, dass das eigentlich für überholt geltende Konzept der „schizophrenen Mutter“ nicht ganz von der Hand zu weisen sei. Bezüglich der Hintergründe dieses Befundes lässt sich mutmaßen, dass diese selbst noch nicht die schmerzliche Erfahrung der Sorge um ein erkranktes Kind machen mussten und daher weniger ahnen, wie schwer es ist, die eigene Hilfslosigkeit angesichts der Erkrankung auszuhalten und welche Unsicherheiten sich bezüglich des eigenen Verhaltens ergeben. Eventuell mögen bei jüngeren Helfern auch noch nicht abgeschlossene Ablöseprozesse aus dem eigenen Elternhaus eine Rolle spielen. In der Folge könnten Mütter wohl häufiger als überreagierend und überfürsorglich eingeschätzt werden, was mit der Beobachtung einhergeht, dass diejenigen Helfer, die das Verhalten der Angehörigen als HEE werteten, auch dem Konzept der „schizophrenen Mutter“ eher zustimmten.

Helfer mit Vorerfahrung von PE für Angehörige hielten das Konzept hingegen eher für aus der Luft gegriffen. Zum einen könnte dies bedeuten, dass Helfer mit Vorurteilen gegenüber Angehörigen seltener mit diesen zusammenarbeiten. Zum anderen ließe sich hieraus aber auch schließen, dass der Umgang mit Angehörigen zum Abbau von Vorurteilen ihnen gegenüber beitragen kann.

Außerdem fiel bei der Auswertung auf, dass das Item von rund 10% der Befragten nicht ausgefüllt worden war, was vermuten lässt, dass der Begriff der „schizophrenen Mutter“ zumindest bei einem Teil der Befragten zu Recht in Vergessenheit gerät.

Bei vielen Angehörigen selbst ist jedoch jener Begriff noch äußerst präsent (Wittorf et al. 2008). Damit konfrontiert stellen Mütter sich und ihr Erziehungsverhalten in Frage und befürchten die Erkrankung des Kindes durch ein früheres Fehlverhalten bei der Erziehung verursacht zu haben. Häufig kommt es in der Folge zur Überbewertung und Generalisierung von Einzelereignissen in der Vergangenheit, denen bezüglich des Krankheitsausbruchs eine übermäßige Bedeutung beigemessen wird, was die Angehörigen weiter verunsichert. Durch die Darstellung der wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zur Krankheitsentstehung samt deren teilweise biologisch determinierten Komponenten können die Angehörigen jedoch eine Relativierung ihrer Selbstvorwürfe und damit Entlastung erfahren (Bäumel et al. 1996). Zu betonen ist, dass die Schizophrenie nicht monogenetisch, sondern polygenetisch vererbt wird. Man nimmt an, dass ca. 2/3 aller Chromosomen in Frage kommen, Kandidatengene für eine schizophrene Erkrankung zu beherbergen. Nicht ein einzelner Verwandter vererbt daher die Erkrankung, sondern allenfalls eine gewisse Bereitschaft für eine solche (Bailer et al. 2002). Es ist daher von großer Bedeutung, dass alle professionellen Helfer

unabhängig ihrer privaten und beruflichen Situation um die Fakten zur Krankheitsentstehung wissen und in der Lage sind, diese den Angehörigen zu vermitteln.

Um die Überzeugungen der professionellen Helfer bezüglich Krankheitsausbruch und –verlauf noch genauer zu erfassen, wurden diese gebeten, auf einer visuellen Analog-Skala von 0 bis 100 anzukreuzen, wie stark sie den Einfluss der Angehörigen auf ihr erkranktes Familienmitglied einschätzen würden.

Der „negative“ Einfluss der Angehörigen wurde dabei global mit rund 41% auf den Krankheitsausbruch und 47% auf den Krankheitsverlauf als recht hoch gewertet.

Laut einer Schätzung von Bäuml et al. dürfte ein tatsächlicher Einfluss in der Größenordnung von 20-30% beim Ausbruch und etwa 60-70% bezüglich des weiteren Verlaufs dem Gros der meisten Angehörigen gerecht werden (Bäuml et al. 1999). Bei einer Befragung aus den Jahren 1996 und 1997 wurde selbige Frage bezüglich des Einflusses schon einmal an die professionellen Helfer gerichtet und deren Antworten mit denen der Angehörigen selbst verglichen. Befragt wurden hierbei 94 Ärzte, 18 Psychologen, 27 Pflegekräfte und einige Vertreter aus anderen Berufsgruppen, sowie 69 Angehörige. Die Angehörigen selbst waren der Meinung, dass sie in ihrem jeweiligen Fall einen Einfluss von durchschnittlich 37% beim Ausbruch und etwa 57% bezüglich des weiteren Verlaufs besäßen. Die Professionellen maßen in der damaligen Befragung den Angehörigen beim Verlauf mit 64% etwas mehr Gewicht bei, lagen aber bezüglich des Einflusses auf den Ausbruch mit 51% deutlich über dem Wert der Angehörigen (Bäuml et al. 1999). Der Vergleich mit der aktuellen Befragung zeigte, dass die professionellen Helfer den Einfluss auf den Ausbruch nun um 10% und den Einfluss auf den Verlauf sogar um 17% geringer als damals angaben. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass im aktuellen Fragebogen explizit nach dem „negativen“ Einfluss der Angehörigen gefragt wurde. Unklar ist bei der gewählten Fragestellung jedoch, ob sich der geschätzte Einfluss der Angehörigen lediglich auf deren Verhalten oder etwa auch auf genetische Aspekte bezieht. Da dies jedoch in beiden Befragungen der Fall war, ist zumindest innerhalb der beiden Studien eine Vergleichbarkeit gegeben. Festzuhalten ist, dass die professionellen Helfer den „negativen“ Einfluss auf den Ausbruch insgesamt als sehr hoch sehen.

Sowohl in der damaligen als auch in der aktuellen Befragung beeinflussten gewisse Merkmale die Einschätzung der professionellen Helfer. Jüngere und weniger erfahrene Helfer hielten in beiden Befragungen den Einfluss der Angehörigen auf den Ausbruch

für größer, was wohl ähnliche Hintergründe wie bei der geringeren Ablehnung des Konzepts der „schizophrenen Mutter“ durch selbige Gruppe vermuten lässt.

Eine Differenzierung anhand der einzelnen Berufsgruppen zeigte, dass Ärzte den Einfluss auf den Ausbruch beide Male am geringsten einschätzten, die Mitglieder der Pflege diesen jedoch am höchsten wähten (in der aktuellen Befragung 34% vs. 46%). Hinsichtlich des Verlaufs waren 1996/97 keine nennenswerten Unterschiede festzustellen, wohingegen nun wiederum Ärzte mit durchschnittlich 44% den geringsten, Mitglieder der Pflege und Psychotherapeuten mit 54% den höchsten Wertangaben.

Des Weiteren wurde durch Bäuml et al. 1996/97 festgestellt, dass professionelle Helfer, die das Rückfallrisiko unter neuroleptischer Therapie zu hoch einschätzten und damit eine eher skeptische Haltung gegenüber somatischen Behandlungsverfahren vermuten ließen, auch den Einfluss der Angehörigen auf den Ausbruch der Erkrankung überschätzen. Hieraus ließ sich schließen, dass eine Betonung der psychologischen Faktoren im Erkrankungs- und Behandlungsverlauf in einer höheren Ursachengewichtung des Angehörigenverhaltens beim Krankheitsausbruch resultiert (Bäuml et al. 1999). Ähnliches zeigte sich auch in der aktuellen Befragung. Therapeuten mit einer biologischen Grundhaltung gaben den Einfluss auf den Ausbruch bei 34%, Therapeuten mit psychologischer Grundhaltung bei 42% an. Anhand dieser Beobachtung ließe sich auch erklären, warum Psychologen und Mitglieder der Pflege den Einfluss der Angehörigen höher bewerteten als die Berufsgruppe der Ärzte.

Laut Bäuml et al. gilt jedoch: „Die selbstkritische und sorgfältige Inventarisierung des eigenen Krankheitskonzepts und damit auch das regelmäßige Überdenken der Stellenwertzuschreibung der Angehörigen im Ursachengefüge einer schizophrenen Erkrankung sind deshalb dringend erforderlich, um nicht durch unreflektierte und unbewusste Ressentiments eine therapeutische Haltung zu entwickeln, die den ohnehin verunsicherten und belasteten Angehörigen das Leben zusätzlich erschwert“ (Bäuml et al. 1999).

Auch das Expressed-Emotions-Konzept zu undifferenziert verstanden und angewandt birgt die Gefahr, den Angehörigen unverdient die Hauptverantwortung für einen ungünstigen Krankheitsverlauf anzulasten. In der vorliegenden Fragebogenstudie sollten die befragten Helfer das Verhalten der Angehörigen gegenüber ihrem Patienten nach den EE-Kriterien beurteilen. Hierbei muss kritisch angemerkt werden, dass die Skala zur Bewertung nur von eins (sehr zutreffend) bis vier (gar nicht zutreffend) reichte, was lediglich eine relativ grobe Orientierung über die Einschätzung von Seiten der

professionellen Helfer erlaubt. Die Auswertung zeigte dennoch deutlich, dass die professionellen Helfer das Verhalten der Angehörigen nur für mäßig liebevoll und solidarisch hielten. Vielmehr wurde es als kritisch und überbehütend, wenn auch etwas weniger als feindlich, angesehen. Dies galt insbesondere für weibliche Helfer und für die Mitarbeiter aus den Fachrichtungen Sucht und Forensik. Weibliche Helfer schienen hier zum Teil einen höheren Maßstab an das Verhalten der Angehörigen anzulegen als männliche. Auf die Bedingungen zur Einbeziehung der Angehörigen im Bereich der Suchtmedizin und Forensik wird in einem späteren Abschnitt noch kurz eingegangen werden (s. Kap. 5.2.6).

Auch wenn mit dem Expressed-Emotions-Konzept keine explizite Schuldzuweisung an die Adresse der Angehörigen beabsichtigt war, wurde dies von vielen Familien so aufgefasst (Bäumler et al. 1999; Schmitz-Moormann 1994). Da gezeigt wurde, dass Patienten aus HEE-Familien im Vergleich zu LEE-Familien eine deutlich höhere Wiederaufnahmerate innerhalb von 12 Monaten hatten, schienen Angehörige mit hohem EE-Index verantwortlich für einen ungünstigen Krankheitsverlauf (Schulze Mönking 1993a). In der weiteren Forschung stellte sich jedoch heraus, dass ein HEE-Muster einer Familie zunächst als adäquate Reaktion auf die nichtverstehbaren, krankheitsbedingten Verhaltensauffälligkeiten des erkrankten Angehörigen zu betrachten ist. Erst wenn dieses Reaktionsmuster in einem Zeitraum von 4-5 Jahren persistiert, erhält dieses Reaktionsmuster eine gewisse Rückfallrelevanz. Wenn Angehörige jedoch angesichts eines schweren chronischen Krankheitsverlaufes ein LEE-Muster mit deutlich resignativem Unterton erkennen lassen, beträgt die stationäre Wiederaufnahmerate sogar 100% (Schulze Mönking 2003; Watzl et al. 1993). Darüber hinaus zeigte sich auch, dass bei Patienten, die außerhalb ihrer Familien wohnten, die Rehospitalisierungsrate deutlich höher lag als bei jenen, die in ihrer Ursprungsfamilie mit HEE-Verhalten untergebracht waren. Dies deutet darauf hin, dass dem HEE-Verhalten der Angehörigen auch eine protektive Funktion zuzukommen scheint (Watzl et al. 1993).

Bei der Interpretation des Expressed-Emotions Konzept muss unter anderem stärker berücksichtigt werden, dass Verhaltensauffälligkeiten bei den Angehörigen in enger Korrelation mit spezifischen Eigenheiten der Index-Patienten stehen. Bei schwierigen Krankheitsverläufen geraten Angehörige leichter in Gefahr, mit großer Sorge zu reagieren und dadurch als überengagiert und kritisch zu imponieren (Schulze Mönking 2003; Watzl et al. 1993). Außerdem scheint eine hohe Belastung auf Seiten der Angehörigen häufiger mit HEE-Verhalten einherzugehen (Kuipers 1993; Möller-

Leimkuhler, 2006; Frank et al. 2014; Möller-Leimkuhler 2006). Dieser Zusammenhang zeigte sich auch bei Patienten mit depressiver Erkrankung (Goldstein et al. 1992; Möller-Leimkuhler 2006). „Aus der Hilflosigkeit heraus kann es auch zu kritischen Reaktionen gegen den Patienten kommen. Diese können so weit gehen, dass nicht nur einzelne Verhaltensweisen kritisiert werden, sondern der Patient als Ganzer kritisiert oder sogar feindselig abgelehnt wird. Gerade aggressive (...) Angehörige brauchen vor allem Verständnis. (...) Nicht selten verstecken sich hinter den Aggressionen (...) viele ungeweinte Tränen von Angehörigen. Wenn es dem Therapeuten gelingt, die hinter der Fassade der Aggressivität versteckte Traurigkeit bei den Angehörigen anzusprechen, ist in der Regel eine sehr viel bessere therapeutische Beziehung zu Angehörigen und Patienten möglich“ (Schulze Mönking 2003).

Inzwischen wird der interaktive Ansatz als Erklärungsmodell für die EE-Befunde favorisiert (Kavanagh 1992; Hahlweg et al 1995; Wienberg 1997; Klingberg und Buchkremer 1998). Dieser Ansatz berücksichtigt die Wechselwirkungen und Rückkoppelungsprozesse zwischen dem Verhalten der Patienten und dem emotionalen Familienklima (Bäumel 2004; Behrendt 2004). Ein hohes emotionales Engagement der Angehörigen sollte daher nicht primär als problematisch bezüglich des Rückfallrisikos angesehen werden, sondern vielmehr als Indikator dafür, dass der Patient und seine Angehörigen einer besonders intensiven Betreuung bedürfen (Mundt 1993).

Interessanterweise ließ sich beobachten, dass Therapeuten, wenn sie in ihrem Kommunikationsmuster mit Patienten nach den EE-Kriterien beurteilt werden, oft ein sehr Angehörigen-analoges Verhalten aufweisen. Dies bedeutet, dass auch professionelle Helfer mit Patienten aus familiärem HEE-Klima und oft schwereren Verläufen größere Probleme hinsichtlich der Aufrechterhaltung einer therapeutischen Gesprächsatmosphäre zu haben scheinen (Mundt 1993). Die Hilflosigkeit, die hieraus spricht, überträgt sich vermutlich teilweise auf die Sichtweise der Angehörigen. Straub stellte eine Hypothese zur Erklärung des bei Angehörigen wahrgenommenen HEE-Verhaltens durch die Helfer auf. Zuzufolge dieser wenden sich Angehörige häufig mit Fragen nach dem weiteren Verlauf an die professionellen Helfer, auf die jedoch keine zuverlässigen Antworten möglich sind. Die Behandler werden mit den Emotionen der Angehörigen einschließlich Verzweiflung und Vorwürfen konfrontiert. Gespräche mit den Angehörigen werden daher oft als zeitraubend und unangenehm empfunden und in der Folge hinausgeschoben. Dies kann dazu führen, dass Angehörige ihren Unmut dem Personal gegenüber beim Patienten nicht verbergen können und als Konsequenz auch dieser das Vertrauen in die Behandler verliert. Bei stagnierendem Krankheitsverlauf



werden die Angehörigen immer unzufriedener, was sie dem Personal als aggressiv, empfindlich, überfürsorglich und schwierig erscheinen lässt (Straub 2003).

Die professionellen Helfer sollten sich jedoch immer wieder bewusst machen, dass die Familie grundsätzlich nicht pathogen oder schizophrenogen ist, sondern vielmehr protektiv zu wirken vermag (Wittorf et al. 2008). Für eine familienentlastende Ausrichtung der psychiatrischen Arbeit, welche damit auch den Patienten zu helfen vermag, ist es von fundamentaler Bedeutung, die Angehörigen als Mitleidende zu akzeptieren und nicht als Leid-Verursachende auszugrenzen (Schmid et al. 2003). Nach (Pitschel-Walz 2004) lauten daher Vorschläge zum Umgang mit Angehörigen:

- Angehörige wahrnehmen (Blickkontakt aufnehmen bei Begegnungen, auf Angehörige aktiv zugehen, Angehörige per Handschlag begrüßen)
- Unvoreingenommen zuhören (subjektive Sichtweise der Krankheit schildern lassen, bei Gesprächswünschen der Angehörigen zuvorkommend reagieren, Angehörige nicht nur als Anamneselieferanten betrachten)
- Belastungen der Angehörigen würdigen (Stigmatisierungsängste, Schuldgefühle, reale Härten durch Erkrankung, Überforderungsgefühle)
- Kritische Äußerungen funktional interpretieren (als Folge von Missverständnissen hinsichtlich Diagnostik und Therapie, als Zeichen eines mangelnden Krankheitskonzepts, als Ausdruck der Angst vor Chronifizierung, als Ausdruck allgemeiner Hilflosigkeit, exponierte Kritik als Zeichen eines besonderen Engagements für den Patienten)

In Anbetracht der überwiegend negativen Einschätzung des Verhaltens der Angehörigen durch die befragten professionellen Helfer und der „Schuld“, die sie den Angehörigen an Ausbruch und Verlauf anlasten, sind diese aufgefordert, ihre Überzeugungen bezüglich Krankheitsentstehung und –verlauf immer wieder zu überdenken und das eigene Verhalten ihnen gegenüber zu hinterfragen. Hierdurch würde zu einer Entlastung der Angehörigen und zu einer besseren Zusammenarbeit in Zukunft ein wesentlicher Beitrag geleistet werden.

## **5.2.6 Gesehene Hindernisse für die Einbeziehung**

Neben den Vorurteilen Angehörigen gegenüber sind auch strukturelle Gegebenheiten als Hindernisse für die mangelnde Einbeziehung trotz nachgewiesenem Nutzen in

Betracht zu ziehen. Ein Teil des Fragebogens beschäftigte sich daher mit deren Aufarbeitung.

Als ein mögliches Hindernis wurde im Fragebogen die Schweigepflicht genannt. Von den befragten professionellen Helfern wurde diese generell jedoch eher weniger als solches eingestuft. Allgemein gilt, dass gegenüber den Angehörigen, welche oft die Hauptlast der Betreuung tragen, neben der berechtigten Sorge um den Schutz der Privatsphäre des Patienten kein „fadenscheiniger Rückzug auf Paragraphen“ stattfinden sollte. Im Alltag geschieht dies laut den Angehörigen und der Literatur jedoch oft (Pitschel-Walz 2004). „Wie eine unsichtbare Wand, die man nach Belieben auf- und abbauen kann, wird die Schweigepflicht als Vorwand für mangelnde Gesprächsbereitschaft eingesetzt, eine vertrauensvolle Behandlungspartnerschaft verhindernd. Auffallend häufig wird die Schweigepflicht im ambulanten Setting von Sozialpädagogen bemüht (Straub 2003).“ Diese Aussage bestätigte sich bei den erhobenen Ergebnissen nur mehr teilweise. Auf Grund einer möglicherweise geringeren Ausbildung und Praxis im Umgang mit der Schweigepflicht werteten die Sozialpädagogen diese zwar vergleichsweise häufiger als Hindernis, insgesamt jedoch auch nur als mäßig problematisch.

Wenn der Umstand einer psychischen Erkrankung und stationären Behandlung der Familie bekannt ist, verbietet die ärztliche Schweigepflicht grundsätzlich nicht die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen und auch nicht das Gespräch über allgemeine Aspekte der Erkrankung und Behandlung. Patienten sollten über die Einladung ihrer Angehörigen in eine Gruppe informiert sein und idealerweise ihr Einverständnis geben. Da die Einordnung in eine störungsspezifische Gruppe bei erstdiagnostizierten Patienten jedoch die Weitergabe eines Geheimnisses (nach § 203 StGB) bedeuten kann, ist hier die Einladung von der Zustimmung des Patienten abhängig (Bäumel und Pitschel-Walz 2008). „Ob Zustimmung erlangt wird, hängt nach meiner Erfahrung jedoch vor allem von der Einstellung des Therapeuten ab“ (Schulze Mönking 2003). Dies verdeutlicht einmal mehr, wie wichtig die Haltung der professionellen Helfer den Angehörigen gegenüber ist und welche weitreichenden Folgen diese haben kann. Angehörigengruppen können jedoch immer ohne Beachtung weiterer Formalitäten durch Flyer oder Aushänge bekannt gemacht werden (Bäumel und Pitschel-Walz 2008). Prinzipiell empfiehlt sich die Einladung der Angehörigen über die Patienten selbst. Damit wird einerseits der Schweigepflicht Rechnung getragen und andererseits der Einladungsvorgang zu einem aktiven Part der Patienten (Bäumel 2010).

Bei der Auswertung der Ergebnisse zeigte sich, dass die Schweigepflicht umso weniger als Hindernis eingestuft wurde, je mehr Umgang und Erfahrung die befragten Helfer mit Angehörigen bereits hatten. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass es durchaus sinnvolle und gangbare Wege des Umgangs mit der Schweigepflicht unter Respektierung der Bedürfnisse der beteiligten Parteien gibt. Im Sinne von reverser Kausalität muss aber wiederum bedacht werden, dass jene Helfer, die die Schweigepflicht als geringes Hindernis einschätzten, auch eher in der Lage sind einen intensiveren Umgang mit den Angehörigen zu pflegen.

Als weiteres potentielles Hindernis bezüglich der Einbeziehung der Angehörigen wurden im Fragebogen die institutionellen Bedingungen genannt. Diese wurden zwar nur von einem Teil der Helfer für die mangelnde Einbeziehung verantwortlich gemacht, doch immerhin jeder dritte Befragte gab an, dass diese sehr hinderlich seien. Es zeigte sich außerdem, dass insbesondere im Bereich der Suchterkrankungen und in der Forensik die institutionellen Bedingungen als die Einbeziehung einschränkend gewertet wurden. Es ist naheliegend, dass sich hier beide Bereiche zum Teil decken, da Abhängigkeitserkrankungen den häufigsten Grund für die Anordnung einer Maßregel darstellen (Wittmann 2012). In den ca. 70 forensischen Kliniken in Deutschland besteht bezüglich einer Einbeziehung der Angehörigen häufig das Problem, dass die Patienten sehr weit von ihrer Familie entfernt untergebracht sind. Auch die dort herrschenden Sicherungsmaßnahmen mit strengen Reglementierungen bezüglich des Kontakts halten die Angehörigen eher fern, wie beispielsweise die Notwendigkeit Besuchsanträge zu stellen (Meesmann 2016).

In den restlichen Bereichen stufte derjenige Teil der Helfer, der bereits Erfahrung mit PE-für Angehörige gesammelt hatte und sehr häufigen Kontakt mit diesen angab, die Bedingungen insgesamt als weniger problematisch ein. Einerseits ist anzunehmen, dass diese unter anderem einen so häufigen Kontakt pflegen konnten, weil sie bereits günstige Bedingungen bezüglich der Angehörigenarbeit vorgefunden hatten. Andererseits lässt dies den Schluss zu, dass Helfer im Umgang mit Angehörigen meist feststellen, dass eine Einbeziehung durchaus in den klinischen Alltag integriert werden kann.

Auch eine Wertschätzung der Einbeziehung durch die Vorgesetzten ging häufiger mit günstig wahrgenommenen Bedingungen für eine solche einher. Wiederum gilt es zu beachten, dass Leitung und Mitarbeiter beispielsweise demselben Fachbereich entstammen, was als Moderatorvariable den sich abzeichnenden Einfluss teilweise zu erklären vermag. Dennoch unterstreicht dies, von wie großer Bedeutung es ist, dass

neben den Mitarbeitern auch die Leiter einer Einrichtung von der Notwendigkeit der Angehörigenarbeit überzeugt sind, um günstige Voraussetzungen für deren Verwirklichung zu schaffen.

Wenn versucht wird, die Angehörigen verstärkt in die Therapie einzubinden, entziehen sich diese nach Meinung der meisten befragten Helfer auch nicht, was im Fragebogen als drittes potentiell Hindernis bezüglich einer Einbeziehung genannt wurde.

Eventuelle Gründe für eine Nicht-Teilnahme an expertengeleiteten Angehörigen-Gruppen wurden in einer Studie von Sibitz et al. untersucht. Hierbei trat zu Tage, dass häufig Scheu, Angst, Scham, Resignation und ein Nicht-Wahrhaben-Wollen der Erkrankung die Angehörigen daran hindern, an den Gruppen teilzunehmen (Sibitz et al. 2009). Diese Gefühle könnten im Gespräch jedoch geklärt und in den Gruppen weiter thematisiert werden. Es zeigte sich bei der Auswertung der Ergebnisse, dass diejenigen Helfer, die viel Kontakt mit Angehörigen haben, am wenigsten der Ansicht waren, dass sich diese der Einbeziehung entziehen. Hierbei ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich beide Faktoren wechselseitig bedingt haben. Bezüglich der Fachbereiche zeichneten sich folgende Differenzen ab: In der Suchtmedizin und Forensik wurde deutlich häufiger angenommen, dass sich die Angehörigen einer intensiveren Einbeziehung entziehen als beispielsweise im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo die Einbeziehung der Eltern unter anderem aus gesetzlichen Gründen einen notwendigen Bestandteil darstellt. In der Forensik fällt es den Angehörigen neben den bereits erwähnten objektiven Hindernissen vielfach auch aus emotionalen Gründen schwer, sich in der Klinik einzubringen. Die Angehörigen müssen sich hier nicht nur mit der Erkrankung ihres Familienmitgliedes auseinandersetzen, sondern zusätzlich damit, dass es straffällig geworden ist. Dies gestaltet sich besonders schwierig, wenn die Straftat gegen ein Familienmitglied gerichtet war, wie es leider häufiger der Fall ist (Meesmann 2016). In ihrem Umfeld werden die Angehörigen zusätzlich stigmatisiert und ziehen sich in der Folge mehr und mehr zurück. „Die meisten Angehörigen kommen eben nicht von selbst – nicht weil sie keine Hilfe brauchten, sondern weil sie in ihrer Verzweiflung und Hilflosigkeit den Weg nicht finden“ (Meesmann 2016). Von der Angehörigenbewegung wurde die Forensik bisher kaum betroffen, allmählich gibt es aber auch dort Ansätze zur Gründung von Angehörigen- und Selbsthilfegruppen (Meesmann 2016).

Im Bereich der Suchterkrankungen liegt die bisweilen bestehende Scheu der Angehörigen vor einer vermehrten Einbeziehung unter anderem im Konzept der „Co-Abhängigkeit“ bedingt. Dieser Begriff beschreibt auf wenig exakte Art und Weise vor

allem im populärwissenschaftlichen Kontext, aber auch unter professionellen Suchttherapeuten, das Verhalten der Angehörigen von Suchterkrankten, welches zur Entstehung, Verstärkung oder Aufrechterhaltung der Sucht beiträgt. Wenn Angehörige zufolge dieses Konzepts versuchen ihr erkranktes Familienmitglied zu unterstützen, verhindern sie damit, dass es selbst die Notwendigkeit einer Therapie erkennt. Obwohl diese These nie empirisch bestätigt wurde, findet das Konzept nach wie vor weite Verbreitung (Klein und Bischof 2013). Problematisch an dieser Begrifflichkeit ist jedoch, dass Angehörige über das Attribut „co-abhängig“ pauschal in die Rolle von Schuldigen gedrängt werden und zugleich als ebenfalls erkrankt abgestempelt werden. Den Therapeuten hingegen bietet dies die Möglichkeit, die Angehörigen als Ursache für ausbleibenden Behandlungserfolg zu erklären und sich selbst damit zu entlasten (Uhl und Puhm 2007). Die impliziten Beschuldigungen und die zugewiesene Verantwortlichkeit halten viele Angehörige davon ab Hilfe zu suchen (Miller 1994). Häufig sind sie in Bezug auf ein „richtiges“ Verhalten verunsichert, zumal ihnen zum Teil eher dazu geraten wird, zu dem erkrankten Familienmitglied auf Distanz zu gehen. Nur allzu verständlich wäre es, wenn sich die Angehörigen unter diesen Umständen einer intensiveren Einbeziehung entziehen würden, wie es die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zeigten. Insgesamt werden hier also ganz ähnliche Konsequenzen wie durch das Konzept der „schizophrenen Mutter“ offenbar. Leider sind auch heute noch beide Vorurteile den Angehörigen gegenüber weit genug verbreitet, um vielfach das Verhältnis zwischen professionellen Helfern und Angehörigen zu trüben.

Als viertes Hindernis bezüglich einer Einbeziehung sollte von den professionellen Helfern bewertet werden, ob die Einbeziehung in erster Linie allein von ihrem persönlichen Einsatz abhängt. Laut Literatur ist dies in den meisten Kliniken nach wie vor der Fall (Spießl et al. 2005a) und wurde auch so von den befragten Helfern konstatiert. Insbesondere solche, die bereits Erfahrung mit der Einbeziehung von Angehörigen hatten, stimmten dieser Aussage zu. Dies lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass Angehörigengruppen überwiegend abends, während der Freizeit, abgehalten werden, ohne dass die Gruppenleiter Anspruch auf Entgelt oder anderweitige Dienstvergütung hätten (Frank et al. 2014). Auch wenn das Zustandekommen derartiger Gruppen für engagierte Therapeuten nicht in erster Linie eine Frage der Bezahlung sein sollte, kann auf Dauer nicht erwartet werden, dass sich ein regelmäßiges Gruppenangebot etabliert, wenn die Motivation der Mitarbeiter nicht durch arbeitszeitmäßige oder forschungszentrierte Impulse stabilisiert wird (Bäuml

2010). Viele der professionellen Helfer fühlen sich zudem mit der hohen Fallzahl an Patienten bereits ausgelastet, beklagen ohnehin schon keine Zeit für die eigene Familie zu haben, fühlen sich für den Kontakt mit Angehörigen nicht ausgebildet und auch von ihren Vorgesetzten nicht unterstützt (Glynn et al. 2007).

In der bereits angeführten Studie von Rummel-Kluge wurden 289 psychiatrische Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz zur Durchführung von Psychoedukation befragt. Von den Kliniken, welche bisher keinerlei Form von PE durchgeführt hatten, wurde am häufigsten der Mangel an Personal und Zeit als Grund hierfür angegeben (Rummel-Kluge et al. 2013). Frank et al. haben noch spezifischer die Hindernisse für die Einführung von Angehörigengruppen untersucht und dabei festgestellt, dass hier ebenfalls personelle Engpässe, sowie ein Mangel an zeitlichen und finanziellen Ressourcen als Hauptgründe für deren Scheitern genannt werden (Frank et al. 2014). Auch Schmid et al. stellten fest, dass Einsparungen bzw. fehlende personelle Ausstattung im Gesundheitswesen für eine Nicht-Einbeziehung verantwortlich seien (Schmid et al. 2003), was auch für den ambulanten Bereich gilt (Seemann et al. 2003). Unter den eigenen Vorschlägen der befragten professionellen Helfer findet sich der Literatur entsprechend die Forderung nach einer besseren Vergütung der Angehörigenarbeit an erster Stelle. Auch der Wunsch nach mehr Zeit und Personal wurde häufig genannt (s. Kap. 4.6.2.).

In Deutschland sind gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Regelbehandlung für Ärzte im Stationsdienst 11,9 min pro Patient und Woche für Angehörigengespräche vorgesehen, was 40 Minuten im Rahmen eines durchschnittlich 28-tägigen stationären Aufenthaltes entspricht. Der Angehörigenarbeit sind somit ohnehin schon enge Grenzen gesetzt. Derzeit arbeiten die meisten Kliniken allerdings unterhalb der PsychPV-Vollbesetzung. Eine Befragung der Ärzte und Psychologen allgemeinpsychiatrischer Stationen ergab daher, dass deren Gesprächsdauer mit Angehörigen pro Patient und Woche lediglich bei 6,5 min lag. Ursache der personellen Ressourcenknappheit sind dabei unter anderem die Budgetkürzungen der letzten Jahre, wodurch die zur Verfügung stehende Arbeitszeit oft nur mehr ausreicht, um die Akutversorgung zu sichern (Schmid et al. 2006).

Eine Analyse der Tätigkeiten von Ärzten an einer allgemeinpsychiatrischen Station belegt zudem, dass der zeitliche Aufwand für administrative Aufgaben und Dokumentation im Vergleich zu den in der PsychPV vorgesehenen Zeitwerten deutlich höher ist. Dieser Mehraufwand geht größtenteils zu Lasten des Bereiches „Behandlung im direkten Patientenkontakt“, welcher Angehörigenbetreuung in Form von

Familiengesprächen und Angehörigengruppen miteinschließt. In der Klinik ist daher eine adäquate Angehörigenarbeit neben den personellen Engpässen zusätzlich durch den steigenden Zeitaufwand für Dokumentation und Administration erschwert (Jachertz 2004; Putzhammer et al. 2006; Schmid et al. 2006). In Anbetracht des belegten Einflusses von Psychoedukation der Angehörigen auf den Behandlungserfolg stellt das unter den jetzigen Versorgungsbedingungen notgedrungene Unterbleiben einer angemessenen Angehörigenarbeit quasi einen Kunstfehler dar, welcher von der Effektstärke etwa mit dem Unterlassen der Psychotherapie vergleichbar ist (Spießl et al. 2005a; Spießl et al. 2005b). „Eine Gesundheitsökonomie, die sich für kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen instrumentalisieren lässt, oder deren Erkenntnisse nicht in die Praxis umgesetzt werden, verfehlt ihr eigentliches Ziel“ (Roick und Angermeyer 2004).

Für niedergelassene Vertragsärzte oder psychologische Psychotherapeuten ergeben sich derzeit nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Abrechnung und damit Realisierung von PE-Angeboten, denn im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sind diese völlig ungenügend abgebildet (Lägel und Püschner 2016). Dies stellt einen nicht unerheblichen hemmenden Faktor in der berufspolitischen Verankerung dar. Niedergelassene Therapeuten mit Gruppentherapieanerkennung können PE-Gruppen zwar beispielsweise als verhaltenstherapeutische Gruppe für jeden einzelnen Patienten beantragen und abrechnen, dies bedeutet aber einen erheblichen logistischen Aufwand (Pitschel-Walz und Bäuml 2016). In den Institutsambulanzen und Polikliniken können PE-Gruppen im Rahmen des pauschal vergüteten ärztlichen oder psychologischen Leistungskataloges durchgeführt werden. PE-Programme sind im Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nur annähernd abgedeckt (Lägel und Püschner 2016). Sie werden nicht gesondert vergütet, weswegen sie für die Leiter der Kliniken oft wenig attraktiv sind und in der Folge kaum gefördert werden. Auch für die Implementierung neuer Maßnahmen an Kliniken sind meist vorrangig Kosten-Nutzen-Analysen entscheidend. Interventionen wie Angehörigengruppen werden dabei allgemein als teuer angesehen. Tatsächlich trifft dies nur auf den Zeitraum zu, in dem die Implementierung vorgenommen wird, denn an Kliniken, wo Psychoedukation noch keinen integralen Teil der Klinik Routine darstellt, ist initial einiges an Arbeit nötig, um die Gruppen ins Leben zu rufen (Caqueo-Urizar et al. 2009; Caqueo-Urizar et al. 2015). Für die Kosteneffektivität einer Maßnahme sind jedoch vor allem ihre Langzeiteffekte entscheidend (Cording 2003). Unter diesem Gesichtspunkt ist die Einbeziehung der

Angehörigen, welche die Rehospitalisierungsrate der Patienten zu senken vermag, äußerst vorteilhaft und insgesamt eher als „low-cost“ zu werten (s. Kap. 1.4.1) (Caqueo-Urizar et al. 2009; Caqueo-Urizar et al. 2015). Eigentlich müssten die Kostenträger daher auch über Budgetgrenzen hinweg bereitwillig zusätzliches Personal für PE-Maßnahmen zur Verfügung stellen, um dadurch ein Mehrfaches dieser Gelder im Akutbereich einzusparen (Kissling und Pitschel-Walz 2004). Unter einer volkswirtschaftlichen Sichtweise sind die Effekte der Einbeziehung von Angehörigen somit zwar evident, werden unter einem kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Blickwinkel jedoch häufig nicht gesehen (Brieger und Kirschenbauer 2004).

In einer Studie der Europäischen Kommission untersuchten Magliano et al. Implementierung und Effekte einer psychoedukativen Familienintervention in sechs unterschiedlichen Ländern. Die dabei am häufigsten zu Tage tretenden Probleme waren zunächst wiederum die hohe Arbeitsbelastung des Personals, die nur schwere Vereinbarkeit der Angehörigenarbeit mit anderen Zuständigkeitsbereichen, die geringe zur Verfügung stehende Zeit und die mangelhafte Unterstützung von Seiten der Kollegen. Im follow-up nach einem Jahr konnte allerdings beobachtet werden, dass die organisatorischen Schwierigkeiten bereits stark abgenommen hatten, die Gruppen sich besser in den Stationsalltag integrieren ließen, die Skepsis der Methode gegenüber weniger und die Unterstützung für diese größer geworden war. Die Leiter der Gruppen profitierten von einem größeren Vertrauen in ihre verhaltenstherapeutischen Techniken, die Beziehung zu Angehörigen und Patienten konnte durch die Intervention deutlich verbessert werden. Selbst wenn also die Hürden bezüglich einer Einführung von Angehörigengruppen zu Beginn recht groß sind, vermögen diese rasch zu schwinden. Flexiblere Arbeitszeiten und vermehrte Anreize für die Leiter der Gruppen würden deren Einführung jedoch deutlich erleichtern (Magliano et al. 2005).

Für die weitere Verbesserung der Implementierung von Angehörigenarbeit ist die Durchführung von Kurzinterventionen und deren Überprüfung in randomisierten kontrollierten Studien notwendig, um vermehrt Lösungsvorschläge für eine solche aufzuzeigen. Auch die Langzeiteffekte in Bezug auf die professionellen Helfer selbst und deren Arbeitsabläufe sollten in der zukünftigen Forschung noch mehr berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die bereits bestehende Evidenzbasierung der Einbeziehung von Angehörigen wäre sicherlich schon jetzt eine wissenschaftlich fundiertere Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung wünschenswert. Das Spannungsfeld zwischen einerseits höheren Patientenzahlen, zunehmenden Anforderungen an die Dokumentation und andererseits weniger Personal,



Sachmittelkürzungen und immer kürzer werdenden Verweildauern ist derzeit ansonsten kaum mehr zu bewältigen.

### **5.2.7 Potentielle Hilfen für eine verstärkte Einbeziehung**

Beim Abgleich von Angehörigengruppen mit den Kriterien für die Ausbreitung von Innovation, wie sie von Rogers postuliert wurden, stimmen diese nur in einem einzigen Punkt überein (Rogers 2012). Sie sind weder mit der bisherigen theoretischen Ausbildung vereinbar, komplexer als die Standardbehandlung, können nicht schnell ausprobiert werden und ihre Outcomes sind eher schwierig und in erster Linie nur längerfristig zu beobachten. Dafür aber bieten sie einen relativen Vorteil im Vergleich zur Standardbehandlung, welcher, wie in den vorangegangenen Abschnitten bereits gezeigt, bedeutend ist. Zur Förderung der derzeit noch mangelhaften Einbeziehung der Angehörigen wurden im Fragebogen unterschiedliche Vorschläge gemacht, welche von den professionellen Helfern bewertet werden sollten.

So würden diese einen Dienstausgleich für Angehörigengruppen klar befürworten. Insbesondere ältere Helfer mit eigenen Kindern und Ärzte würden diese Maßnahme willkommen heißen, was Ausdruck deren hoher Arbeitsbelastung ist. Ein verbindliches Vorschreiben von Angehörigengruppen wurde von den Befragten jedoch eher abgelehnt. In einem Alltag, in dem ohnehin vielen (Dokumentations-)Pflichten nachgekommen werden muss, besteht vermutlich eine Scheu, weitere Verpflichtungen auf sich zu nehmen. Insbesondere niedergelassene Ärzte zeigten sich gegenüber einem verbindlichen Vorschreiben der Gruppen skeptisch, was in Anbetracht der geringen Verbreitung im ambulanten Bereich mit den derzeit nur schlechten Vergütungsmöglichkeiten nicht verwundert. Helfer, die das Verhalten der Angehörigen als HEE einschätzen, stimmten interessanterweise eher für die Einführung von obligaten Gruppen. Tatsächlich könnten Angehörige, die nicht wissen wie sie sich gegenüber einem schwer erkrankten Familienmitglied verhalten sollen, diesbezüglich in den Gruppen beraten werden.

Die gegenwärtige Unterstützung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten wurde nur als mäßig eingestuft. Es zeichnete sich dabei ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Häufigkeit an Kontakten mit Angehörigen einerseits und der Unterstützung der Angehörigenarbeit durch die Vorgesetzten andererseits ab. Diejenigen Helfer, die von ihrer Leitung in der Angehörigenarbeit besser unterstützt

werden, arbeiten in ihrem Alltag offenbar auch vermehrt mit Angehörigen zusammen. Zu beachten gilt es hier wieder, dass die befragten Helfer und deren Vorgesetzte im gleichen Bereich tätig sind und sich daher auch ähnliche Voraussetzungen für die Angehörigenarbeit bieten. Festzuhalten wäre dennoch, dass Unterstützung durch die Klinikleitung und Vorgesetzten notwendig ist, um optimale Voraussetzungen für die Einbeziehung zu schaffen, wie es sich bereits in anderen Abschnitten der Fragebogenauswertung widerspiegelte. Eassom et al. kommen in ihrem Review zum Schluss, dass die Initialisierung von Angehörigengruppen zunächst meist Arbeit in relativer Isolierung bedeutet, da die Arbeit mit Angehörigen häufig nicht gebührend wertgeschätzt werden und die Belange der Familien nicht als dringlich gesehen werden. Über einen top-down Support durch die Klinikleitung vermag jedoch eine Priorisierung und Änderung der Kultur der Angehörigenarbeit erzielt werden. Auf diese Weise kann eine Integration in Budgetpläne und Stellenbeschreibungen stattfinden, sowie die Möglichkeit für einen Dienstaustausch mittels flexibler Stunden und multidisziplinäre Treffen geschaffen werden (Eassom et al. 2014). Die ärztliche und pflegerische Leitung sollte über das Konzept von Angehörigengruppen, deren Inhalte, die notwendigen Investitionen sowie die sich ergebenden Vorteile (beispielsweise der Zuwachs an Kompetenz für die Mitarbeiter, eine Steigerung der Patientenzufriedenheit und die Förderung des guten Rufs der Klinik) informiert und eingebunden werden (Pitschel-Walz und Bäuml 2016). Dabei sollte die Leitung die Anliegen der Angehörigen ernst nehmen und auch bereit sein, den Kommunikationsprozess zwischen den Professionellen und Angehörigen aktiv mitzugestalten (Binder 2003).

Erstaunlicherweise zeigte sich ein deutlicher Kontrast zwischen der von den Chefärzten angegebenen eigenen Wertschätzung der Angehörigenarbeit und deren Wahrnehmung durch die Assistenzärzte, welche diese als geringer einstufen. Dies sollte als Anstoß dazu dienen, die Angehörigenarbeit häufiger zum Thema zu machen und für Klarheit bezüglich der Einstellung ihr gegenüber zu sorgen.

Es ist von außerordentlicher Bedeutung, dass alle Mitglieder der professionellen Helfer über die Evidenz der Einbeziehung von Angehörigen informiert sind. Im klinischen Alltag, wo der Patient und seine Behandlung im Vordergrund stehen, werden die Belange der Angehörigen ansonsten rasch übersehen. Häufig besteht zudem eine generelle Skepsis bezüglich der Wirksamkeit psychosozialer Maßnahmen (Pitschel-Walz et al. 2001). Es ist daher notwendig, in den psychiatrischen Einrichtungen immer wieder Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren, in denen die neuesten Forschungsergebnisse und der hohe Stellenwert der Angehörigenarbeit vermittelt

werden, sowie inhaltliche Vorbehalte offen diskutiert werden können (Kissling und Pitschel-Walz 2004; Pitschel-Walz und Bäuml 2016).

Frank et al. kommen zum Schluss, dass sich alle Maßnahmen zur vermehrten Einbeziehung der Angehörigen leichter durchsetzen ließen, wenn die Evidenzbasierung der Einbeziehung von Angehörigen vermehrt anerkannt werden würde (Frank et al. 2014). Immer wieder wird in der Literatur der Wunsch nach einer besseren Ausbildung des Personals geäußert, um die Bedeutung der Einbeziehung klarzustellen und Berührungspunkte mit den Angehörigen abzubauen (Winefield 1996). Mangelndes Wissen um die Durchführung von PE-Gruppen wurde in der Studie von Rummel-Kluge et al. als drittgrößtes Hindernis für die Etablierung von Angehörigengruppen genannt (Rummel-Kluge et al. 2013). Für eine gelungene Einführung sind daher Fortbildungen, weiterführende Trainings und die Möglichkeit der Supervision für die professionellen Helfer unverzichtbar (Eassom et al. 2014).

Laut Binder ist die Klärung der eigenen Einstellung den Angehörigen gegenüber der erste Schritt bei der Initialisierung von Angehörigengruppen (Binder 2003). Die Grundhaltung des Therapeuten sollte auch gegenüber den Angehörigen von Empathie, bedingungsloser Wertschätzung und Authentizität als wichtigste Bausteine eines kooperativen Behandlungsstils geprägt sein (Berninger et al. 2016). Der Umgang mit den Angehörigen sollte respektvoll und auf einer Augenhöhe geführt werden. Ferner ist es bedeutsam, dass in der gesamten jeweiligen Klinik ein „Klima der allgemeinen Akzeptanz“ herrscht (Binder 2003). „Je höher der Stellenwert ist, der der Miteinbeziehung der Angehörigen in das Behandlungskonzept beigemessen wird und je mehr diese Kooperationsbereitschaft auch nach außen sichtbar gemacht wird, desto größer sind die Chancen für eine langfristige Zusammenarbeit“ (Binder 2003). Nur wenn Leitung und Mitarbeiter von der Notwendigkeit und vom Nutzen der Angehörigengruppen überzeugt sind, können sich diese dauerhaft etablieren.

Neben den erwähnten Voraussetzungen für ein Gelingen der Einführung von Angehörigengruppen sollen im Folgenden einige noch konkretere Ratschläge von Kissling und Pitschel-Walz genannt werden. Als erster Schritt sollte auch diesen zufolge ein Konsens mit der Klinikleitung bezüglich der Notwendigkeit von Angehörigengruppen hergestellt werden. Unter allen Beteiligten sollte außerdem Einigkeit darüber herrschen, wer das Programm in welcher Form und mit welchen Inhalten durchführt. Psychoedukative Aktivitäten sollten daraufhin möglichst in das Standardprogramm der Einrichtung integriert werden. Um einen kompatiblen Zeitraum innerhalb der Wochenpläne zu finden, muss eine Gesamtklinikkonferenz einberufen

werden. Kollegen, die bereits Vorerfahrung mit der Durchführung von Patienten- und Angehörigengruppen gesammelt haben, sollten zum Start einer Pilotgruppe motiviert werden. Für die Durchführung der Gruppen liegen bereits zahlreiche Manuale vor, welche verwendet werden können.

Entsprechend dem multidimensionalen Behandlungskonzept sollten die psychoedukativen Gruppen von möglichst vielen Berufsgruppen mitgetragen werden. Um fachliche Kompetenz hinsichtlich diagnostischer und therapeutischer Fragen zu gewährleisten, sollte die Leitung von Ärzten oder Psychologen eingenommen werden, darüber hinaus kommen aber alle in der Klinik tätigen Berufsgruppen in Frage. Sozialpädagogen könnten beispielsweise in erster Linie sozialtherapeutisch ausgerichtete Themen übernehmen. Um den Bekanntheitsgrad der Gruppen zu fördern und sowohl Patienten als auch Angehörige für diese zu sensibilisieren, empfiehlt es sich, entsprechende Hinweisschilder gut sichtbar im Eingangsbereich der Klinik anzubringen. Damit wird deutlich gemacht, dass die Klinikleitung hinter diesem Behandlungskonzept steht (Kissling und Pitschel-Walz 2004).

Um die Einladung von Patienten und auch Angehörigen in diese Gruppen möglichst effizient zu gestalten, sollte ein gewisser Einladungsautomatismus installiert werden. Prinzipiell empfiehlt sich die Einladung der Angehörigen über die Patienten selbst, womit der Schweigepflicht Rechnung getragen wird (s. Kap. 4.5.). Die Teilnahme der Angehörigen sollte die Regel sein, die Nichteinladung die Ausnahme, eine Überprüfung hiervon kann bei Oberarztvisiten stattfinden (Kissling und Pitschel-Walz 2004). Die Einbeziehung der Angehörigen sollte auf diesem Wege nicht weiter von der Hartnäckigkeit und Durchsetzungsfähigkeit der Angehörigen abhängig sein, sondern von dem Behandlungsteam routinemäßig in die Wege geleitet werden.

In jedem Fall bedarf es zum Start einer neuen Gruppe interessierter und engagierter Mitarbeiter, die Überzeugungsarbeit leisten und erste Schritte in die Wege leiten können, um Unterstützung und Zustimmung auf allen Ebenen zu finden (Pitschel-Walz und Bäuml 2016). In Anbetracht all jener Helfer, die im Fragebogen Nutzen der Angehörigen und deren Belastungen bereit waren anzuerkennen, bleibt zu hoffen, dass eine Einbeziehung hieran nicht scheitern sollte. Hilfreich zur verbesserten Koordination und Kooperation untereinander wäre eine Vernetzung all jener Fachleute, die mit Angehörigenarbeit befasst sind. Dies ist beispielsweise in der Schweiz mit dem „Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie Schweiz“ (NAP) bereits geschehen (Pitschel-Walz et al. 2016).

In der Studie von McFarlane et al. wurden Prädiktoren für die erfolgreiche Implementierung von Angehörigengruppen an 66 unterschiedlichen psychiatrischen Zentren der USA untersucht. Im Rahmen hiervon erhielten professionelle Helfer eine Ausbildung für die Einführung und Leitung von Angehörigengruppen und wurden unmittelbar nach dieser sowie neun Monate nach Installation der Gruppen zu deren Gelingen befragt. Auch dort waren die vom Personal am häufigsten wahrgenommenen Hindernisse der zunehmende zeitliche Druck durch steigende Fallzahlen und die mangelnde Finanzierung der Maßnahmen (McFarlane et al. 2001). Als hilfreich erwies sich für die Helfer der fortdauernde Kontakt zu den Ausbildern und weiteren außenstehenden Beratern, was auch in anderen Studien so wahrgenommen wurde (Glynn et al. 2007).

Stärkster Prädiktor für das Gelingen der Gruppen war jedoch die Einstellung der beteiligten professionellen Helfer gegenüber dem Konzept zur Einführung der Angehörigengruppen. Wurde dieses als machbar und vielversprechend angesehen, war eine dauerhafte Implementierung in den Klinikalltag am wahrscheinlichsten. Der wahrgenommene Evidenzgrad der Maßnahme war diesbezüglich überraschenderweise nur nebensächlich. Hieraus lässt sich schließen, dass der konventionelle Weg zur Verbreitung neuer Therapiemethoden über deren Publikation in Fachzeitschriften nur wenig Einfluss auf das Verhalten der beteiligten Helfer hat, wenn diese nicht unmittelbar Teil eines akademischen Umfeldes sind. Dies unterstreicht, wie wichtig es zur Implementierung neuer Methoden ist, Ergebnisse kontrollierter klinischer Studien um Informationen zu ergänzen, welche die beteiligten Mitarbeiter persönlich und professionell als bedeutsam empfinden, um unter ihnen Konsens über Notwendigkeit und Machbarkeit der Maßnahmen zu schaffen (McFarlane et al. 2001).

Um psychoedukative Gruppen zu einem dauerhaften Routineangebot in den Kliniken werden zu lassen, wird die Schaffung entsprechender Stellen für die Leiter erforderlich sein. Das heißt, abhängig von der Größe der Klinik, sollte ein gewisses Stundenkontingent von Ärzten und Psychologen zur Durchführung von PE-Gruppen für Angehörige vorgesehen sein (Jungbauer et al. 2002). Mit dieser Maßnahme wäre ein Freizeitausgleich oder eine anderweitige Honorierung des Engagements in der Angehörigenarbeit gesichert, wie es von den befragten professionellen Helfern klar gewünscht wurde. Damit die in den Kliniken initiierten Gruppen langfristig weitergeführt werden können, müssten entsprechende Verankerungen auch im ambulanten Bereich erfolgen. Hier jedoch wird durch das Gebührensystem eine engagierte Angehörigenarbeit nur wenig unterstützt (Jungbauer et al. 2002). Förderlich

wäre eine Abrechnungsziffer für die Ableistung von PE-Gruppen mit zumindest dem Gegenwert einer vergleichbar langen psychotherapeutischen Gruppensitzung. Analog zur Richtlinie der Psychotherapie sollten Angehörigengruppen unabhängig von Regelleistungsvolumina bzw. dem Individualbudget mit gestütztem Punktwert vergütet werden. Dies könnte einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, Psychoedukation flächendeckend im vertragsärztlichen Sektor anzubieten (Bergmann 2008).

In der Literatur werden in erster Linie Hindernisse bezüglich der Implementierung von Angehörigengruppen genannt. Weitere Forschung ist jedoch nötig, um darzustellen, welche Schritte notwendig sind, um diese Missstände zu beheben (Eassom et al. 2014). Einen Ansatz hierfür bietet beispielsweise eine Studie von Cohen et al., in welcher ein „nurse care coordinator“ eingesetzt wurde, dessen Aufgabe es war, die Einbeziehung der Angehörigen in die Wege zu leiten und Trainingsprogramme für Mitarbeiter zu organisieren (Cohen et al. 2010). Fähndrich et al. untersuchten den Nutzen einer „Angehörigenvisite“, bei der es im Wochenverlauf feste Sprechzeiten für die Angehörigen gab (Fähndrich et al. 2001). Von Rothbauer et al. stammt der Vorschlag der Gestaltung eines Informationstags für Angehörige (Rothbauer et al. 2001). Wichtige Voraussetzungen und Modalitäten einer zufriedenstellenden Einbeziehung der Angehörigen liefert der Erwartungshorizont vom Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie in der Schweiz. Auch die eigenen Vorschläge der befragten professionellen Helfer enthalten hierfür zahlreiche praktische Hinweise.

Der Kenntnisstand bezüglich der Art und Weise, wie Fortbildungen für die professionellen Helfer gestaltet werden könnten, ist noch gering (Farhall et al. 1998). Auch für Kurzinterventionen, welche sich eventuell als Vorstufe zur dauerhaften Implementierung von Angehörigengruppen installieren ließen, ist die Studienlage sehr ungenügend (Okpokoro et al. 2014).

„Da Psychoedukationsforschung wie die Psychotherapieforschung allgemein kaum von der – eher auf die Grundlagenforschung fokussierten – öffentlichen Forschungsförderung unterstützt wird und auch nicht auf die Unterstützung der Pharmaindustrie hoffen kann, findet sie im Rahmen der Routineversorgung und auch im Rahmen der Psychiatrischen Rehabilitation noch viel zu selten statt. Angesichts ihrer sehr positiven Effekte auf Behandlungsergebnisse und Kosten sollten aber zumindest die Kostenträger ein Interesse daran haben, die Forschung auf diesem Gebiet zu unterstützen“ (Kissling und Pitschel-Walz 2004).

Für die weitere Zukunft sollte es also Ziel sein, die Forschung bezüglich der Einbeziehung der Angehörigen weiter voranzutreiben und die gewonnenen Erkenntnisse

vermehrt in die Praxis umzusetzen. Essentiell dabei ist es, die Einstellung den Angehörigen gegenüber immer wieder zu überprüfen und zu hinterfragen. Nur wenn die professionellen Helfer überzeugt sind, dass eine Einbeziehung von Angehörigen wirklich lohnend ist, kann eine Implementierung in den therapeutischen Alltag dauerhaft gelingen. Nur wenn diese den Angehörigen vorbehaltlos und frei von Vorurteilen oder Vorwürfen begegnen, wird eine tragfähige Co-Therapeutenschaft möglich sein. Die Einbeziehung der Angehörigen ist eine Chance, um zu deren Entlastung beizutragen, deren Mitarbeit zu gewinnen und zu erhalten. Nicht zuletzt ist sie auch eine Chance, aus den Erfahrungen der Familienmitglieder selbst zu lernen, um die Erkrankung des Patienten als gemeinsame Aufgabe aller drei beteiligter Gruppen zu sehen und an deren Bewältigung zu arbeiten.

## 6 Zusammenfassung

Trotz des nachgewiesenen Nutzens der Einbeziehung von Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung ist die Umsetzung in der Routineversorgung noch immer mangelhaft. Auf der Suche nach möglichen Ursachen für die mangelnde Einbeziehung wurde erstmals umfassend die Einstellung von professionellen Helfern gegenüber den Angehörigen untersucht, sowie Implementierungshindernisse und -hilfen identifiziert. Hierzu wurde ein Fragebogen für eine explorative Erhebung erstellt, welcher an professionelle Helfer aus unterschiedlichen Berufsgruppen ausgegeben wurde (35% Ärzte, 18% Psychologische Psychotherapeuten, 27% Sozialpädagogen, 16% Mitglieder der Pflege, 4% Spezialtherapeuten). Der Rücklauf betrug mit 1430 Fragebögen etwa 35%. Neben den rein deskriptiven Aspekten der Fragebogenauswertung wurden in einer explorativen Analyse Faktoren ermittelt, welche die Einstellung gegenüber Angehörigen beeinflussten. Anschließend wurde deren Signifikanz mittels Interferenzstatistik überprüft.

Auch wenn der vielfältige Nutzen einer Einbeziehung jeweils von über 85% der Befragten auf einer sechsstufigen Skala mit „eins“ oder „zwei“ als sehr groß bewertet wurde und annähernd 95% angaben, dass Angehörige durch die Erkrankung ihres Familienmitgliedes oft sehr belastet seien (wiederum „eins“ oder „zwei“ auf der sechsstufigen Skala), zeigte sich, wie wenig weit verbreitet Angehörigengruppen derzeit noch sind. Insgesamt hatte weniger als ein Fünftel der befragten Helfer in den letzten fünf Jahren Angehörigengruppen durchgeführt. Der negative Einfluss, der den Angehörigen auf Krankheitsentstehung und -verlauf zugeschrieben wurde, war bedeutend und betrug im Mittel bezüglich der Krankheitsentstehung 41%, bezüglich des Verlaufs 47%. Das Verhalten der Angehörigen wurde von über 80% der Befragten in erster Linie als überbehütend und kritisch (jeweils „eins“ und „zwei“ auf einer vierstufigen Skala), weniger als solidarisch und liebevoll gewertet. Auch das Vorurteil der „schizophrenen Mutter“ wurde von insgesamt 41% der Befragten eher bejaht („eins“ bis „drei“ auf einer sechsstufigen Skala). Dies bedeutet zum einen, dass ein großer Weiterbildungsbedarf bezüglich der Vorurteile gegenüber Angehörigen als „Krankheitsverursacher“ besteht. Zum anderen zeigt dies aber auch, dass Fortbildungsveranstaltungen notwendig wären, um die aus der Literatur bekannten positiven Einflüsse von informierten Angehörigen auf den weiteren Krankheitsverlauf unter den professionellen Helfern besser zu verbreiten.



Dies könnte vor allem dort hilfreich sein, wo die befragten professionellen Helfer große Vorbehalte gegenüber dem Verhalten der Angehörigen im Sinne des HEE-Konzepts erkennen ließen.

Es stellte sich heraus, dass in Abhängigkeit von persönlichen Faktoren wie Alter, Geschlecht und familiärer Situation deutliche Unterschiede in der Einstellung den Angehörigen gegenüber bestanden. Insbesondere auch Merkmale des Arbeitsumfeldes, wie Berufsgruppenzugehörigkeit und Fachbereich, hatten einen deutlichen Einfluss auf die Sichtweise der Angehörigen. So schien in den Sektoren Sucht und Forensik ein negativeres Bild der Angehörigen vorzuherrschen. Vorerfahrung im Umgang mit Angehörigen und eine besondere Wertschätzung der Einbeziehung durch die Vorgesetzten wirkten sich positiv auf die Einstellung Angehörigen gegenüber aus. Diese wird derzeit jedoch nur als mäßig eingestuft, lediglich ein Drittel der Befragten gab mit einer Bewertung von „eins“ oder „zwei“ auf der sechsstufigen Skala an, dass die Angehörigenarbeit von Vorgesetzten bzw. Leitung der Einrichtungen erwartet und unterstützt wird.

Als Hindernis für die Einbeziehung zeichnete sich vor allem die massive Abhängigkeit vom persönlichen Engagement der Helfer ab, welche rund 70% der Befragten auf der sechsstufigen Skala mit „eins“ oder „zwei“ bewerteten. Auch die institutionellen Bedingungen wurden von immerhin jedem dritten Befragten als sehr hinderlich eingestuft. Ein Lösungsansatz für die vermehrte Implementierung wäre nach Meinung der Befragten ein Dienstausgleich für Angehörigengruppen, der wiederum von über 70% sehr befürwortet werden würde (jeweils „eins“ oder „zwei“ auf der sechsstufigen Skala). In den eigenen Vorschlägen wurde die Forderung nach einer verstärkten, standardisierten Einbeziehung der Angehörigen bei besserer Vergütung häufig genannt. Zusammenfassend liefert die Auswertung wichtige Anhaltspunkte für die Wechselwirkungen von mangelhafter institutioneller Unterstützung, zu geringer Wertschätzung der Angehörigeninterventionen von Leitungsseite, individuellen Vorbehalten der Behandler gegenüber den Angehörigen und einer enormen Abhängigkeit vom individuellen Einsatz der einzelnen Mitarbeiter, wie sie vermutlich bei anderen therapeutischen Maßnahmen nicht zu beobachten wäre. Damit können diese Daten zur Grundlage für weitere Überprüfungen mittels ergänzender Forschungsfragen, angepasster Methoden und repräsentativer empirischer Fakten werden. Gleichzeitig könnten Sie als Anstoß dienen, die in den entsprechenden S-III-Leitlinien schon lange als Standard A empfohlene Basismaßnahme durch eine Fort- und Weiterbildungsoffensive zu realisieren.

## 7 Literaturverzeichnis

Angermeyer, M. (1978): 20 Jahre Double Blind: Versuch einer Bilanz. In: *Psychiatrische Praxis* 5 (2), S. 106–117.

Angermeyer, M.; Liebelt, P.; Matschinger, H. (2001): Befindlichkeitsstörungen der Eltern von Patienten mit schizophrenen oder affektiven Störungen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51 (6), S. 255–260.

Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Holzinger, A. (1997): Die Belastung der Angehörigen chronisch psychisch Kranker. In: *Psychiatrische Praxis* 24 (5), S. 215–220.

Awad, A. G.; Voruganti, L. (2008): The Burden of Schizophrenia on Caregivers. In: *Pharmacoeconomics* 26 (2), S. 149–162.

Bailer, U.; Aschauer, H.; Kasper, S. (2002): Genetik der Schizophrenie. In: *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 3 (3), S. 25–31.

BApK e.V. (2008): Mit psychisch Kranken leben. Rat und Hilfe für Angehörige. 1. Aufl. Bonn: Balance-Buch-und-Medien.

Bastiaan, P. (2001): Gesehen mit den Augen der Angehörigen: Das schwarze Loch im sozialpsychiatrischen Hilfesystem. In: *Psychiatrische Praxis* 28 (3), S. 152–155.

Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J.; Weakland, J. (1956): Toward a theory of schizophrenia. In: *Syst. Res.* 1 (4), S. 251–264.

Bäumel, J. (2004): Angehörigenarbeit - warum? In: Behrendt, B. (Hg.): Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophoren oder schizoaffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter. 1. Aufl. Tübingen: Dgvt.

Bäumel, J. (2010): Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Bäumel, J.; Kissling, W. (1993): Die Vernachlässigung psychosozialer Projekte in der Routineversorgung und bei der Forschungsförderung muß beendet werden! In: Mundt, C. (Hg.): Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer.

Bäumel, J.; Kissling, W.; Meurer, C.; Wais, A.; Lauter, H. (1991): Informationszentrierte Angehörigengruppen zur Complianceverbesserung bei schizophrenen Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 18 (2), S. 48–54.

Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G. (Hg.) (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G. (2012): Psychoedukation, quo vadis? Was will, kann und muss dieses Verfahren leisten? In: *Psychotherapeut* 57 (4), S. 289–290.

Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Basan, A.; Förstl H. (2003): Die Auswirkungen des protektiven Potentials von Angehörigen auf den Langzeitverlauf schizophrener Psychosen: Ergebnisse der 7-Jahres-Katamnese der Münchenr PIP-Studie. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.

Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Basan, A.; Kissling, W. (1999): Psychoedukative Gruppen bei Angehörigen von schizophrenen Patienten: Erwartungen und Einstellungen von Angehörigen im Vergleich zu professionellen Helfern. Ergebnisse der Münchner PIP-

- Studie. In: Hartwich, P. (Hg.): Schizophrenien. Wege der Behandlung. Sternenfels: Wissenschaft & Praxis, S. 131–171.
- Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Kissling, W. (1996): Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In: Stark, A. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Konzepte, Praxis, Perspektiven. Tübingen: Dgvt.
- Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Schaub, A. (2002): Psychosoziale Therapien. In: Schmauss, M. (Hg.): Schizophrenie. Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Bremen: Uni-Med.
- Bäumel, J. Pitschel-Walz, G.; Straub, E. (2004): Selbsthilfe bei Angehörigen. In: Rössler, W. (Hg.): Psychiatrische Rehabilitation. Berlin: Springer.
- Bäumel, J.; Pitschel-Walz, G.; Volz, A.; Engel, R. R.; Kessling, W. (2007): Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. In: *The Journal of clinical psychiatry* 68 (6), S. 854–861.
- Behrendt, B. (Hg.) (2004): Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophren oder schizoaffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter. 1. Aufl. Tübingen: Dgvt.
- Behrendt, B. (2005): Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis. Tübingen: Dgvt.
- Bergmann, F. (2008): Geleitwort zur zweiten Auflage. In: Bäumel, J. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Berninger, U.; Pitschel-Walz, G.; Bäumel, J. (2016): Psychoedukation unter multiprofessionellen Gesichtspunkten und Ausbildungsstandards. In: Bäumel, J.; Behrendt, B.; Henningsen, P. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Binder, W. (2003): Wie gründe und gestalte ich eine Angehörigengruppe? In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.
- Binder, W.; Richter, W. (Hg.) (2003): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.
- Bindl, W.; Pitschel-Walz, G.; Bäumel, J. (2011): Angehörige schizophren Erkrankter: Belastungen und Angehörigengruppen. Was beeinflusst die Belastungen von Angehörigen schizophren Erkrankter und welche Rolle spielen Angehörigengruppen? 1. Aufl. Saarbrücken: Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften.
- Bleuler, M. (1972): Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: G. Thieme.
- Borbé, R.; Hornung, W. P.; Buchkremer, G. (2008): Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller, J.; Kapfhammer H. und Laux, G. (Hg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 3. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin.
- Bornewasser, M. (1976): Einführung in die Sozialpsychologie. Heidelberg: Quelle und Meyer.

- Brieger, P.; Kirschenbauer, H. (2004): Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein? In: *Psychiatrische Praxis* 31 (08), S. 383–386.
- Brown, G. W.; Birley, J. L.; Wing, J. K. (1972): Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 121 (562), S. 241–258.
- Buchkremer, G.; Monking, H. S.; Holle, R.; Hornung, W. (1995): The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. In: *European psychiatry* 10 (1), S. 17–27.
- Bühner, M. (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3. Aufl. München, Boston: Pearson Studium (Psychologie).
- Bull, N.; Poppe, C. (Hg.) (2015): Zuhören, informieren, einbeziehen. Leitfaden für die Arbeit mit Angehörigen in der Psychiatrie. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie.
- Bundesärztekammer (2014): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2014. Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig. Berlin. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2014): BPtK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Online verfügbar unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Butzlaff, R. L.; Hooley, J. M. (1998): Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. In: *Archives of general psychiatry* 55 (6), S. 547–552.
- Caqueo-Urizar, A.; Gutiérrez-Maldonado, J.; Miranda-Castillo, C. (2009): Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. In: *Health and quality of life outcomes* 7, S. 84.
- Caqueo-Urizar, A.; Rus-Calafell, M.; Urzúa, A.; Escudero, J.; Gutiérrez-Maldonado, J. (2015): The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11, S. 145–151.
- Chambless, D. L.; Steketee, G. (1999): Expressed emotion and behavior therapy outcome: A prospective study with obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (5), S. 658–665.
- Chien, W.; Norman, I.; Thompson, D. (2004): A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. In: *International journal of nursing studies* 41 (6), S. 637–649.
- Cohen, A.; Glynn, S. ; Hamilton, A.; Young, A. (2010): Implementation of a family intervention for individuals with schizophrenia. In: *Journal of general internal medicine* 25 (1), S. 32–37.
- Cording, C. (2003): Plädoyer für ein neues Paradigma psychiatrischer Qualitätssicherung. In: *Psychiatrische Praxis* 30, S. 225–229.
- Deger-Erlenmaier, H. (1997): Die Angehörigengruppe. Ein Leitfaden für Moderatoren; miteinander sprechen - voneinander lernen. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie.
- DGPPN (2005): S3-Leitlinie Schizophrenie. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-009.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.

- DGPPN (2012): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/038-020.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- DGPPN (2015): S3-Leitlinie Unipolare Depression. Online verfügbar unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Dörner, K. (1995): Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. 1. Aufl. Hamburg: Europäische Verlagsanstalt.
- Eassom, E.; Giacco, D.; Dirik, A.; Priebe, S. (2014): Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. In: *BMJ open* 4 (10).
- EUFAMI (2014): Familienangehörige von Schizophreniepatienten und -patientinnen: Als Betreuer und Betreuerinnen oft an der eigenen Belastungsgrenze. Hg. v. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. Online verfügbar unter <http://www.gesundheit-adhoc.de/-familienangehoerige-von-schizophreniepatienten-und-patientinnen-als-betreuer-und-betreuerinnen.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Fähndrich, E.; Kempf, M.; Kieser, C.; Schütze, S. (2001): Die Angehörigenvisite als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. In: *Psychiatrische Praxis* 28 (3), S. 115–117.
- Farhall, J.; Webster, B.; Hocking, B.; Leggatt, M.; Riess, C.; Young, J. (1998): Training to enhance partnerships between mental health professionals and family caregivers: a comparative study. In: *Psychiatric services* 49 (11), S. 1488–1490.
- Frank, F.; Rummel-Kluge, C.; Berger, M.; Bitzer, E. M.; Hölzel, L. P. (2014): Provision of group psychoeducation for relatives of persons in inpatient depression treatment—a cross-sectional survey of acute care hospitals in Germany. In: *BMC psychiatry* 14 (1), S. 143–152.
- Franz, M.; Meyer, T.; Gallhofer, B. (2002): Predictors of health related distress in family caregivers. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 17 (1), S. 176.
- Fromm-Reichmann, F. (1948): Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. In: *Psychiatry* 11 (3), S. 263–273.
- Gaebel, W.; Falkai, P. (2005): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. S3 Behandlungsleitlinie Schizophrenie. 1. Aufl. Darmstadt: Steinkopff.
- Gehring, U. W.; Weins, C. (2010): Grundkurs Statistik für Politologen und Soziologen. Berlin: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glynn, S. M.; Cohen, A. N.; Niv, N. (2007): New challenges in family interventions for schizophrenia. In: *Expert review of neurotherapeutics* 7 (1), S. 33–43.
- Goldman, H. H.; Gattozzi, A. A.; Taube, C. A. (1981): Defining and counting the chronically mentally ill. In: *Hospital & community psychiatry* 32 (1), S. 21–27.
- Goldstein, M. J.; Talovic, S. A.; Nuechterlein, K. H. (1992): Familieninteraktion vs. individuelle Psychopathologie: Sind beide Ausdruck derselben Prozesse in Familien schizophrener Patienten? In: Brenner, H. (Hg.): *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen. Dynamische Wechselwirkungen relevanter Faktoren*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Guo, X.; Zhai, J.; Liu, Z.; Fang, M.; Wang, B.; Wang, C. et al. (2010): Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on

- outcomes of early-stage schizophrenia: A randomized, 1-year study. In: *Archives of general psychiatry* 67 (9), S. 895–904. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.105.
- Hahlweg, K. (2006): Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Haltenhof, H. (1998): Professionelle Helfer und Angehörige psychiatrischer Patienten - eine schwierige Beziehung im Stationsalltag. In: *psychosozial* 21 (4).
- Hazel, N. A.; McDonell, M. G.; Short, R.A.; Berry, C. M.; Voss, W.D.; Rodgers, M. L.; Dyck, D. G. (2004): Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. In: *Psychiatric services* 55 (1), S. 35–41.
- Helmerson, P. (1983): Family interaction and communication in psychopathology: An evaluation in recent perspectives. London: Academic Press.
- Herz, M. I.; Melville, C. (1980): Relapse in schizophrenia. In: *The American journal of psychiatry* 137 (7), S. 801–805.
- Hoening, J.; Hamilton, M. W. (1966): The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. In: *The International journal of social psychiatry* 12 (3), S. 165–176.
- Holzinger, A.; Müller, P.; Priebe, S.; Angermeyer, M. C. (2001): Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Angehörigen. In: *Psychiatrische Praxis* 28 (3), S. 139–143.
- Hooley, J. M. (2007): Expressed emotion and relapse of psychopathology. In: *Annual review of clinical psychology* 3, S. 329–352.
- Hornung, W. P.; Feldmann, R. (2000): Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit. In: Möller, H. (Hg.): Therapie psychiatrischer Erkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme.
- Jachertz, N. (2004): Bayerischer Ärztetag: Bürokratie überwuchert den Arztberuf. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (24), A-2787 / B-2362 / C-2257.
- Jungbauer, J.; Bischkopf, J.; Angermeyer, M. (2001): Die Krankheit hat unser Leben total verändert - Belastungen von Partnern schizophrener Patienten beim Beginn der Erkrankung. In: *Psychiatrische Praxis* 28 (3), S. 133–138.
- Jungbauer, J.; Wittmund, B.; Angermeyer, M. C. (2002): Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung? In: *Psychiatrische Praxis* 29 (6), S. 279–284.
- Katschnig, H. (2008): Angehörige und ExpertInnen: Ihre Rollenbeziehung bei der Bewältigung der Schizophrenie. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Der österreichische Schizophreniebericht. Unter Mitarbeit von Rittmannsberger, H. und Wancata, J. Linz: Buchplus.
- Katschnig, H.; Simon, M. D.; Kramer, B. (1994): Die Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten - Erste Ergebnisse einer Umfrage. In: König, P.; Platz, T.; Schubert, H. und Katschnig, H. (Hg.): Schizophrenie und Lebensqualität. 5. Aufl. Wien: Springer.
- Katschnig, H. (Hg.) (1989): Die andere Seite der Schizophrenie. Patienten zu Hause. 3. Aufl. München: Psychologie Verlags Union.
- Katschnig, H. (2002): Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 29 (3), S. 113–115.

- Keller, F.; Schuler, B. (2002): Angehörigengruppen in der stationären Depressionsbehandlung - Ergebnisse und Erfahrungen mit einem personenzentrierten Ansatz. In: *Psychiatrische Praxis* 29 (3), S. 130–135.
- Kissling, W.; Pitschel-Walz, G. (2004): Psychoedukation: Wirksamkeit und praktische Durchführung. In: Rössler, W. (Hg.): *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin: Springer, S. 392–411.
- Klein, M.; Bischof, G. (2013): Angehörige Suchtkranker - Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. In: *SUCHT* 59 (2), S. 65–68.
- Klingberg, S.; Buchkremer, G. (1998): Therapeutische Angehörigenarbeit als zentraler Pfeiler der Schizophreniebehandlung: empirische Untersuchungen. In: Möller, H. und Müller, J. (Hg.): *Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie*. Wien: Springer, S. 307–313.
- Kraepelin, E. (1899): *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. 6. Aufl. Leipzig: J. A. Barth.
- Kramer, B.; Simon, M.; Katschnig, H. (1996): Evaluation of psychiatric treatment teams by relatives. In: *Psychiatrische Praxis* 23 (1), S. 29–32.
- Lägel, R.; Püschner, F. (2016): Psychoedukation - gesundheitspolitische Implikationen medizinischer und gesundheitsökonomischer Faktoren. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Henningsen, P. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Lehman, A. (2004): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Second Edition. In: *American Journal of psychiatry* 161 (2).
- Lieberman, R. P.; Jacobs, H. E.; Boone, S. E.; Foy, D. W.; Donahoe, C. P.; Falloon, I. R. H. et al. (1986): Fertigkeitentraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In: Böker, W. und Brenner, H. (Hg.): *Bewältigung der Schizophrenie*. Bern: Hans Huber.
- Lidz, T.; Cornelison, A. R.; Fleck, S.; Terry, D. (1957): The intrafamilial environment of schizophrenic patients II. Marital schism and marital skew. In: *AJP* 114 (3), S. 241–248.
- Lienert, G. A.; Raatz, U. (1998): *Testaufbau und Testanalyse*. 6. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verl.-Union.
- Magliano, L.; Fiorillo, A.; Fadden, G. (2005): Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. In: *World Psychiatry* 4 (1), S. 45–49.
- Massi, H. N.; Beels, C. C. (1972): The outcome of the family treatment of schizophrenia. In: *Schizophrenia Bulletin* 1 (6), S. 24–37.
- McFarlane, W. R.; McNary, S.; Dixon, L.; Hornby, H.; Cimett, E. (2001): Predictors of dissemination of family psychoeducation in community mental health centers in Maine and Illinois. In: *Psychiatric services* 52 (7), S. 935–942.
- Meesmann, G. (2016): Und wo bleiben die Angehörigen? In: *Soziale Psychiatrie* (1), S. 12–15.
- Miklowitz, D. J.; Goldstein, M. J. (1997): *Bipolar disorder. A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.

- Miller, K. J. (1994): The co-dependency concept: Does it offer a solution for the spouses of alcoholics? In: *Journal of Substance Abuse Treatment* 11 (4), S. 339–345.
- Milliken, P. J. (2001): Disenfranchised mothers: caring for an adult child with schizophrenia. In: *Health care for women international* 22 (1-2), S. 149–166.
- Mino, Y.; Shimodera, S.; Inoue, S.; Fujita, H.; Fukuzawa, K. (2007): Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. In: *Psychiatry and clinical neurosciences* 61 (1), S. 20–24.
- Mishler, E. G.; Waxler, N. E. (1965): Family interaction processes and schizophrenia: a review of current theories. In: *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development* 11 (4), S. 269–315.
- Möller-Leimkuhler, A. (2006): Multivariate prediction of relatives' stress outcome one year after first hospitalization of schizophrenic and depressed patients. In: *European archives of psychiatry and clinical neuroscience* 256 (2), S. 122–130.
- Mory, C.; Jungbauer, J.; Angermeyer, M. C. (2002): Finanzielle Belastungen von Eltern und Partnern schizophrener Patienten im Vergleich. In: *Psychiatrische Praxis* 29 (4), S. 175–180.
- Mueser, K.T.; Glynn, S. M.; Cather, C.; Xie, H.; Zarate, R.; Smith, L. et al. (2013): A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. In: *Schizophrenia Bulletin* 39 (3), S. 658–672.
- Mundt, C. (Hg.) (1993): Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer.
- Pekkala, E.; Merinder, L. (2002): Psychoeducation for schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2).
- Pharoah, F.; Mari, J.; Rathbone, J.; Wong, W. (2010): Family intervention for schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* 12.
- Pitschel-Walz, G. (2003): Angehörigenarbeit bei affektiven Erkrankungen. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.
- Pitschel-Walz, G. (2004): Die Belastungen der Angehörigen von schizophren Erkrankten und der Beitrag der Professionellen zu ihrer Entlastung. In: Behrendt, B. (Hg.): Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophren oder schizoauffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter. 1. Aufl. Tübingen: Dgvt.
- Pitschel-Walz, G. (2008): Motivierung zur Teilnahme an psychoedukativen Angehörigengruppen. In: Bäuml, J. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J. (2016): Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Henningsen, P. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Pitschel-Walz, G.; Froböse, T.; Bäuml, J. (2016): Psychoedukation und die Einbeziehung der Familien. In: Bäuml, J.; Behrendt, B.; Henningsen, P. und Pitschel-Walz, G. (Hg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. 1. Aufl. Stuttgart: Schattauer.



- Pitschel-Walz, G.; Leucht S.; Bäuml, J.; Kissling, W.; Engel, R. (2001): The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-analysis. In: *Schizophrenia Bulletin* 27 (1), S. 73–92.
- Pitschel-Walz, G.; Rummel-Kluge, C.; Froböse, T.; Beiting, R.; Stiegler, M.; Bäuml, J.; Kissling, W. (2012): Steigerung des „empowerment“ bei Angehörigen von schizophren Erkrankten. In: *Psychotherapeut* 57 (4), S. 313–318.
- Putzhammer, A.; Senft, I.; Fleischmann, H.; Klein, H. E.; Schmauss, M.; Schreiber, W.; Hajak, G. (2006): The work of medical doctors on psychiatric wards: an analysis of everyday activities. In: *Der Nervenarzt* 77 (3), S. 372–376.
- Rave-Schwank, M. (2002): Was ich von den Angehörigen gelernt habe - Zur Überwindung der Kluft zwischen Angehörigen und Professionellen -. In: *Psychiatrische Praxis* 29 (3), S. 116–118.
- Riedel-Heller, S. G.; Guhne, U.; Weinmann, S.; Arnold, K.; Ay, E-S; Becker, T. (2012): Psychosocial interventions in severe mental illness: evidence and recommendations: psychoeducation, social skill training and exercise. In: *Der Nervenarzt* 83 (7), S. 847–854.
- Robert Koch Institut (Hg.) (2010): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50 - Schizophrenie. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Schizophrenie\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Schizophrenie_inhalt.html) [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Schizophrenie\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/Themenhefte/Schizophrenie_inhalt.html) [23.02.2017], zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Rogers, E. (2012): Diffusion of Innovations. New York: Simon & Schuster Inc.
- Roick, C.; Angermeyer, M. C. (2004): Ökonomie und Praxis. In: *Psychiatrische Praxis* 31 (03), S. 115–117.
- Rothbauer, J.; Spießl, H.; Schön, D. (2001): Angehörigen-Informationstage. Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 28 (3), S. 118–122.
- Rummel-Kluge, C. Kluge, M.; Kissling, W. (2013): Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. In: *BMC psychiatry* 13 (1), S. 170–175.
- Rummel-Kluge, C.; Pitschel-Walz, G.; Bäuml, J.; Kissling, W. (2006): Psychoeducation in schizophrenia - results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. In: *Schizophrenia Bulletin* 32 (4), S. 765–775.
- Schaub, A. (2003): Bewältigungsorientierte Gruppen bei schizophrenen Erkrankungen - Ergebnisse einer kontrollierten Studie zu Aspekten der Behandlungszufriedenheit. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.
- Schmid, R.; Spießl, H.; Klein, H. (2006): „Theorie und Praxis“ der Angehörigenarbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. In: *Krankenhauspsychiatrie* 17 (4), S. 139–142.
- Schmid, R.; Spießl, H.; Vukovich, A.; Cording, C. (2003): Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 71 (3), S. 118–128.
- Schmid, R.; Spießl, H.; Cording, C. (2005): Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: Emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (6), S. 272–280.

- Schmitz-Moormann, L. (1994): Die Skala der Gefühle. In: *Psychosoz. Umschau* 3, S. 16–17.
- Schneider, F.; Falkai, P.; Maier, W. (2012): *Psychiatrie 2020 plus. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. 2. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schott, H.; Tölle, R. (2006): *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*. München: C.H. Beck.
- Schulze Mönking, H. (1993a): Der Schizophrene und seine Familie. Über die Bedeutung der Angehörigen für den Verlauf schizophrener Psychosen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 90 (42), S. 2772–2775.
- Schulze Mönking, H. (1993b): Ist hohes emotionales Engagement ein Synonym für problematisches Angehörigenverhalten? In: Mundt, C. (Hg.): *Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation*. Regensburg: S. Roderer.
- Schulze Mönking, H. (2003): Wie wir Angehörigen besser helfen können. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): *Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg*. Köln: Claus Richter.
- Seemann; S. W. (2003): Psychoedukative Gruppen in der Praxis: Theorie und Praxis. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): *Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg*. Köln: Claus Richter.
- Selvini-Palazzoli, M. (1986): Towards a general model of psychotic family games. In: *Journal of Marital and Family Therapy* 12 (4), S. 339–349.
- Shi, Y.; Zhao, B.; Xu, D.; Sen, J. (2000): A comparative study of life quality in schizophrenic patients after family intervention. In: *Chinese Mental Health Journal* 14 (2), S. 135–137.
- Shimodera, S.; Furukawa, T. A.; Mino, Y.; Shimazu, K.; Nishida, A.; Inoue, S. (2012): Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. In: *BMC psychiatry* 12 (1), S. 40.
- Sibitz, I.; Amering, M.; Kramer, B.; Griengl, H.; Katschnig, H. (2002): Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. In: *Psychiatrische Praxis* 29 (3), S. 148–153.
- Sibitz, I.; Schrank, B.; Amering, M. (2009): Nutzung der Angehörigenrunde. In: *Neuropsychiatrie* 23 (1), S. 26–34.
- Singer, M. T.; Wynne, L. C.; Toohey, M. L. (1978): Communication disorders in the families of schizophrenics. In: Wynne L.C., Cromwell R.L. und Mathysee S. (Hg.): *The nature of schizophrenia. New approaches to research and treatment*. New York: Wiley.
- Spießl, H.; Schmid, R.; Binder, H.; Cording, C. (2005a): Die (Un-)Zufriedenheit von Angehörigen mit der psychiatrischen Klinik. In: *Krankenhauspsychiatrie* 16 (3), S. 97–101.
- Spießl, H.; Schmid, R.; Vukovich, A.; Cording, C. (2004): Erwartungen und Zufriedenheit von Angehörigen psychiatrischer Patienten in stationärer Behandlung. In: *Der Nervenarzt* 75 (5), S. 475–482.
- Spießl, H.; Schmid, R.; Vukovich, A.; Cording, C. (2003): Erwartungen von Angehörigen an die psychiatrische Klinik. In: *Psychiatrische Praxis* 30 (2), S. 51–55.

- Spießl, H.; Schmid, R.; Wiedemann, G.; Cording, C. (2005b): Unsatisfied relatives - malpractice of psychiatric care or economic necessity? In: *Psychiatrische Praxis* 32 (5), S. 215–217.
- Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2013. Wiesbaden. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html>, zuletzt geprüft am 23.02.2017.
- Straub, E. (2003): "Un-gehörige" oder Co-Therapeuten. In: Binder, W. und Richter, W. (Hg.): Die dritte Dimension in der Psychiatrie. Angehörige, Betroffene und Professionelle auf einem gemeinsamen Weg. Köln: Claus Richter.
- Tietze, E. (1993): Was wünschen sich Angehörige von der psychiatrischen Klinik? In: *Psychosoz Umschau* 1, S. 13–17.
- Uhl, A.; Puhm, A. (2007): Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? In: *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 30, S. 13–20.
- Unger, A.; Krautgartner, M.; Freidl, M.; Stelzig-Schöler, R.; Rittmannsberger, H.; Simhandl, Ch. et al. (2005): Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. In: *Neuropsychiatrie* 19 (4), S. 141–147.
- Vaugh, C. E.; Leff, J. P. (1976): The Measurement of Expressed Emotion in the Families of Psychiatric Patients. In: *British Journal of Social and Clinical Psychology* 15 (2), S. 157–165.
- Watzl, H.; Niedermeier, T.; Cohen, R. (1993): Determinanten der Beziehung zwischen Expressed Emotion und schizophrener Rückfall. In: Mundt, C. (Hg.): Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie. Methodische Grundlagen, Therapie, Rehabilitation. Regensburg: S. Roderer.
- Wearden, A. J.; Tarrier, N.; Barrowclough, C.; Zastowny, T. R.; Rahill, A. (2000): A review of expressed emotion research in health care. In: *Clin Psychol Rev* 20 (5), S. 633–666. DOI: 10.1016/S0272-7358(99)00008-2.
- Wiedemann, G.; Buchkremer, G. (2005): Psychoedukation und therapeutische Einbeziehung von Angehörigen. In: Schölmerich, J. (Hg.): Medizinische Therapie 2005/2006. Berlin: Springer.
- Winefield, H. R. (1996): Barriers to an alliance between family and professional caregivers in chronic schizophrenia. In: *J Ment Health* 5 (3), S. 223–232.
- Wittmann, B. (2012): Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger. In: *Suchttherapie* 13 (02), S. 66–73.
- Wittorf, A.; Steinle, D.; Buchkremer, G. (2008): Welche Rolle spielen Angehörige für Rückfallverhütung, Früherkennung und Prävention schizophrener Störungen? Von der Expressed-Emotions-Forschung bis zur Suche nach kognitiven Endophänotypen für schizophrene Erkrankungen. In: Binder, W. (Hg.): Angehörigenarbeit und Dialog. Auf dem Weg zu einer dialogischen Psychiatrie. Köln: Richter.
- Wynne, L. C.; Ryckhoff, I. M.; Day, J.; Hirsch, S. I. (1958): Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. In: *Psychiatry* (21), S. 205–220.
- Xia, J.; Merinder, L. B.; Belgamwar, M. R. (2011): Psychoeducation for schizophrenia. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (6), CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Yamaguchi, H.; Takahashi, A.; Takano, A.; Kojima, T. (2006): Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. In: *Psychiatry and clinical neurosciences* 60 (5), S. 590–597.

Zubin, J.; Spring, B. (1977): Vulnerability: A new view of schizophrenia. In: *Journal of Abnormal Psychology* 86 (2), S. 103–126.

## **8 Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Demographische Merkmale der Befragten.....	28
Tabelle 2: Therapeutische Grundhaltung der Befragten.....	28
Tabelle 3: Erzeugte Kategorien bezüglich der persönlichen Einstellung.....	29
Tabelle 4: Merkmale des Arbeitsumfeldes der Befragten .....	30
Tabelle 5: Erzeugte Kategorien bezüglich des Arbeitsumfeldes.....	31
Tabelle 6: PE-Tätigkeitsprofil .....	32
Tabelle 7: Bewertung der Items.....	34
Tabelle 8: Eigene Vorschläge der professionellen Helfer .....	52
Tabelle 9: Größenverhältnis der Berufsgruppen an psychiatrischen Krankenhäusern in Deutschland und im Fragebogenkollektiv im Vergleich .....	57

## **9 Anhang**

### **9.1 Fragebogen**

# Die Einbeziehung von Angehörigen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

## Fragebogen zur Erfassung der Einstellung von professionellen Helfern

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

um einen möglichst gründlichen Überblick zu erhalten, wie die professionellen Helfer der unterschiedlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Berufsgruppen über die Einbeziehung von Angehörigen denken, möchten wir Sie bitten, die nachfolgenden Fragen möglichst komplett zu beantworten. Dadurch erhoffen wir uns genauere Erkenntnisse, welchen Stand die Einbeziehung von Angehörigen aus Ihrer Sicht besitzt und ob Maßnahmen zur Verbesserung getroffen werden sollten.

Sollten Sie zu einem anderen Zeitpunkt bereits einen solchen Fragebogen ausgefüllt haben, erübrigt sich das nochmalige Ausfüllen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. **Daten zu Ihrer Person:** Fragebogennr.

3				
---	--	--	--	--

Geschlecht: m / w

Alter: .....

Datum:.....

Wohnort: (die ersten beiden Ziffern der PLZ)

--	--

<p><b>1.1 <u>Berufsgruppe:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin</p> <p><input type="checkbox"/> Assistent    <input type="checkbox"/> OA/Ltd. Funkt.    <input type="checkbox"/> CA/Leiter</p> <p><input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeut/In</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialpädagogin/e</p> <p><input type="checkbox"/> Mitglied der Pflege</p> <p><input type="checkbox"/> Spezialtherapeuten (Kunsttherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Musiktherapie, andere)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: ..... (bitte genau beschreiben)</p>	<p><b>1.2 <u>Berufserfahrung in Jahren:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> in einer Klinik:.....</p> <p><input type="checkbox"/> komplementäre Einrichtungen:.....</p> <p><input type="checkbox"/> im ambulanten Bereich:.....</p> <p><input type="checkbox"/> in eigener Praxis:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Berufserfahrung gesamt:.....</p>											
<p><b>1.3 <u>Psychoedukatives (PE) Tätigkeitsprofil in letzten 5 Jahren</u></b></p> <p>PE Einzelgespräche mit Pat: ja / nein</p> <p>PE Einzelgespräche mit Angeh: ja / nein</p> <p>PE Gruppen für Patienten: ja / nein</p> <p>PE Gruppen für Angehörige: ja / nein</p> <p>Angehörigengruppen allgemein: ja / nein</p> <p>Psychose-Seminare: ja / nein</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 25%;">Patienten pro Jahr:</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">&lt; 100</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">100 – 200</td> <td style="width: 12.5%; text-align: center;">&gt;200</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">Bei wie vielen Pat. Kontakt zu Angeh.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">0%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">20%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">40%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">60%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">80%</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">100%</td> </tr> </table>	Patienten pro Jahr:	< 100	100 – 200	>200	Bei wie vielen Pat. Kontakt zu Angeh.	0%	20%	40%	60%	80%	100%	<p><b>1.4 <u>Aktuelles Tätigkeitsfeld:</u></b> <b><u>Bitte Mehrfachantworten!</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Universitätsklinikum</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemeinversorgung</p> <p><input type="checkbox"/> offene Station</p> <p><input type="checkbox"/> geschlossene Station</p> <p><input type="checkbox"/> Allgemeinpsychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Sucht</p> <p><input type="checkbox"/> Forensik</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrische Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> stationär</p> <p><input type="checkbox"/> komplementärer Bereich</p> <p><input type="checkbox"/> ambulanter Bereich</p> <p><input type="checkbox"/> ehrenamtliche Tätigkeit</p>
Patienten pro Jahr:	< 100	100 – 200	>200									
Bei wie vielen Pat. Kontakt zu Angeh.	0%	20%	40%	60%	80%	100%						

Bitte wenden →

<p><b>1.5 <u>Höchster Schulabschluss</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> kein Schulabschluss      <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule  <input type="checkbox"/> Mittlere Reife            <input type="checkbox"/> Abitur/Fachabitur</p> <p><b>1.6 <u>Höchste Berufsausbildung</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Lehre                            <input type="checkbox"/> Berufsfachschulabschluss  <input type="checkbox"/> Meisterprüfung            <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss  <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss      <input type="checkbox"/> Kein Abschluss</p>	<p><b>1.7 <u>Familienstand</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> alleine lebend  <input type="checkbox"/> feste Partnerschaft  <input type="checkbox"/> verheiratet, zusammenlebend  <input type="checkbox"/> verheiratet, getrennt lebend  <input type="checkbox"/> geschieden  <input type="checkbox"/> verwitwet  <input type="checkbox"/> Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> eigene Kinder</p> <p><u>(Mehrfachantworten möglich)</u></p>
---	--

**2. Wie oft haben Sie mit den nachfolgend genannten Patientengruppen in Ihrem beruflichen Alltag zu tun?**

Diagnose	Sehr selten	Eher selten	Eher häufig	Sehr häufig
Alzheimer / Organische Psychosen (F0)				
Suchterkrankungen (F1)				
Schizophrene Erkrankungen (F2)				
Bipolare Erkrankungen (F31)				
Depressive Erkrankungen (F32/33)				
Persönlichkeitsstörungen (F6)				
Anpassungsstörungen etc. (F4)				
Sonstiges:				

**3. Fragen zu Ihrer therapeutischen Grundhaltung**

1 = trifft voll und ganz zu / 6 = trifft überhaupt nicht zu

Item	1	2	3	4	5	6
Biologische Orientierung						
Psychologische Orientierung						
Bio-psycho-soziale Orientierung						
Befürwortung von Psychoedukation für Patienten						
Befürwortung von Psychoedukation für Angehörige						
Befürwortung von Psychose-Seminaren						
Befürwortung von Psychopharmaka						
Befürwortung von Verhaltenstherapie						
Befürwortung von Tiefenpsychologie						
Befürwortung von systemischen Ansätzen						
Befürwortung von humanistischen Therapieverfahren						
Religiöse Grundhaltung						
Spirituelle Grundhaltung						
Sonstiges:						

#### 4. Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung aus Ihrer Sicht

1 = trifft voll und ganz zu / 6 = trifft überhaupt nicht zu

Nr.		1	2	3	4	5	6
4.1	Angehörige geben wichtige Zusatzinformationen, die von Patienten nicht kämen						
4.2	Angehörigengespräche sind wichtig, um die eventuelle Stressbelastung in der Familie für die Patienten einschätzen zu können						
4.3	Angehörigengespräche sind wichtig, um sie über die Erkrankung zu informieren						
4.4	Eigentlich ist die Einbeziehung der Angehörigen eine Zeitvergeudung						
4.5	Die Schweigepflicht verbietet oft die intensivere Einbeziehung der Angehörigen						
4.6	Die institutionellen Bedingungen erschweren die Einbeziehung der Angehörigen						
4.7	Das Engagement für Angehörige wird von der Leitung besonders wert geschätzt						
4.8	Die Einbeziehung d. Angehörig. hängt ab vom persönlichen Einsatz d. Therapeuten						
4.9	Die Therapeuten sollten Dienstausgleich für die Angehörigengruppen erhalten						
4.10	Angehörigengruppen sollten von Kranken-Kassen verbindlich vorgeschrieben werden						
4.11	Informierte Angehörige tragen zur Vermeidung von Rückfällen bei						
4.12	Angehörige tragen einen großen Teil der krankheitsbedingten finanziellen Belastungen						
4.13	Die Einbeziehung der Angehörigen wird von meinen Vorgesetzten erwartet						
4.14	Die Angehörigen entziehen sich meistens der intensiveren Einbeziehung						
4.15	Angehörige sind durch die Erkrankung des Familienmitglieds oft sehr belastet						
4.16	Angehörige bräuchten oft selbst psychotherapeutische Hilfe						
4.17	Informierte Angehörige haben oft eine „Co-Therapeuten“ - Funktion						
4.18	Als Patient würde ich keine Einbeziehung meiner Angehörigen wollen						
4.19	Das Vorurteil der „schizophrenen Mutter“ ist meiner Meinung nach nicht ganz aus der Luft gegriffen...						
4.20	Selbsthilfegruppen für Angehörige sind sehr wichtig						
4.21	Wäre ich „Angehöriger“, würde ich mir eine intensive Einbeziehung wünschen						

#### 5. Angehörige mit Patienten ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht.

1 = trifft voll und ganz zu / 6 = trifft überhaupt nicht zu

Nr.		1	2	3	4	5	6
5.1	Die Maßnahmen zur Krisenintervention bei Patienten ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht sollten dringend verbessert werden.						
5.2	Die gesetzlichen Möglichkeiten reichen aus, um auch schwer kranke Patienten ohne Krankheits- und Behandlungseinsicht aber <u>fehlender</u> akuter Selbst- oder Fremdgefährdung ausreichend zu behandeln.						
5.3	Zwangsmaßnahmen sind grundsätzlich ab zu lehnen						
5.4	<b>Eine Behandlung gegen den Willen der Patienten sollte auch bei fehlender akuter Fremd- oder Selbstgefährdung möglich sein...</b>						
5.4.1	- wenn die Patienten ihre Angehörigen immer wieder beschimpfen						
5.4.2	- wenn die Patienten ihre Angehörigen immer wieder verbal bedrohen						
5.4.3	- wenn die Patienten gegen ihre Angehörigen körperliche Gewalt ausüben						
5.4.4	- wenn sich die Patienten in der Öffentlichkeit sehr auffällig verhalten						
5.4.5	- wenn ohne Behandlung keine Verbesserung der Erkrankung möglich ist						



Wenn ein Patient im akuten Fall dissimuliert, kann die Schwere seiner Erkrankung von den alarmierten Helfern häufig nicht eindeutig beurteilt werden. Das wahre Ausmaß der Selbst- und Fremdgefährdung ist dann oft nur durch die Angaben der Angehörigen einschätzbar.

**Die Angaben der Angehörigen sollten bei einer Zwangseinweisung stärker berücksichtigt werden...**

1 = trifft voll und ganz zu / 6 = trifft überhaupt nicht zu

Nr.		1	2	3	4	5	6
5.5.1	- generell in allen Fällen						
5.5.2	- wenn die Angehörigen vorher an einer psychoedukativen Angehörigengruppe teilgenommen haben.						
5.5.3	- wenn sie Mitglied einer Selbsthilfeorganisation der Angehörigen sind.						
5.5.4	- wenn die Patienten dies in gesunden Zeiten schriftlich in einer Behandlungsvereinbarung festgehalten haben.						

In der wissenschaftlichen Literatur wird immer wieder über den Einfluss der Angehörigen auf den Ausbruch und den weiteren Verlauf einer schizophrenen Psychose diskutiert. In diesem Zusammenhang bitten wir Sie um Ihre persönliche Einschätzung:

**6. Wie hoch schätzen Sie den „negativen“ Einfluss der Angehörigen bezüglich Ausbruch und dem weiteren Verlauf einer schizophrenen Psychose ein?**

6.1 Ausbruch der Erkrankung (Angabe in %)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
keinerlei negativer Einfluss						sehr starker negativer Einfluss				

6.2 Weiterer Verlauf der Erkrankung (Angabe in %)

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
keinerlei negativer Einfluss						sehr starker negativer Einfluss				

**7. Wie schätzen Sie das Verhalten der Angehörigen gegenüber dem erkrankten Familienmitglied ein?**

Nr.	Verhaltensweisen	gar nicht zutreffend	eher nicht zutreffend	eher zutreffend	sehr zutreffend
7.1	Angehörige machen oft kritische Äußerungen				
7.2	Angehörige zeigen oft ein feindliches Verhalten				
7.3	Angehörige sind oft sehr überbehütend				
7.4	Angehörige sind liebevoll und voller Verständnis				
7.5	Angehörige sind solidarisch, lassen das erkrankte Familienmitglied nicht im Stich				

**8. Eigene Vorschläge, um die Arbeit mit Angehörigen zu verbessern**

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Prof. Dr. med. Josef Bäuml  
Ltd.OA, TUM

Dr. PD Gabi Pitschel-Walz  
Ltd. Psychologin, TUM

Sandra Lüscher  
Assistenzärztin, TUM

Isabel Maurus  
Doktorandin, TUM

## **9.2 Details und Ergänzungen zu den eigenen Vorschlägen**

### **Bessere Vergütung:**

Bundespolitische Klärung der Abrechenbarkeit von Angehörigenarbeit, Finanzierung durch Krankenkassen, Abrechnungsziffer mit adäquater Vergütung, zeitbezogene Ziffern in der Gebührenordnung, Kostenrückerstattung für Angehörigengruppen

### **Vermehrte Aufklärung und Information von Angehörigen:**

individuell ausgerichtet, über Krankheitsbild, Frühwarnzeichen und Therapie, über den Einfluss von „High-Expressed Emotions“, Darlegung dessen, was die Angehörigen für ihren Betroffenen tun können und wann sie auf Distanz gehen sollten, Angst vor Psychopharmaka nehmen

### **Feste Einbeziehung von Angehörigen in den Therapieablauf:**

Regelmäßige Konsultationen der Angehörigen, Einschätzung der Angehörigen zur Erhebung des psychopathologischen Befundes grundsätzlich schriftlich festhalten, Schaffung eines festen Platzes für Angehörige in der Behandlung: bei Aufnahme, im Verlauf und beim Abschlussgespräch der Therapie, Angehörige in Krisenplangespräche einbeziehen

### **Ausbau der Gruppen für Angehörige:**

Angehörigengruppen für affektiv Erkrankte aufbauen, ortsnahe Angebote, Ausbau von Gruppen im ländlichen Raum

### **Entlastung der Angehörigen:**

Gesundheit der Angehörigen als ebenso wichtig ansehen wie die der Patienten, Angehörige stärken, ihre Sorgen ernstnehmen, Therapieempfehlungen aussprechen, Schaffung von niederschweligen Gesprächsangeboten und Gruppentherapieangeboten, Bieten der Möglichkeit einer Familientherapie und von Kommunikationstraining, Schaffung eines gesetzlichen Rahmens zur Beratung „pflegender Angehöriger“, um diese Leistung abrechnungsfähig zu machen

### **Erklärung der Angehörigenarbeit zum Standard:**

Standards definieren, Angehörigenarbeit zum festen Bestandteil von Hilfekonzepten und Therapieplänen machen, strukturierter Einbau in den Behandlungspfad, in formalen Behandlungsverlauf und in Behandlungsplanung als notwendige Regel implementieren,

strukturelle Integration von Gruppen in den Behandlungsalltag, im Rahmen der Qualitätssicherung als Standard einführen, Regelmäßigkeit bei der Einbeziehung von Angehörigen, Verpflichtung der sozialpsychiatrischen Dienste, Angehörigengruppen anzubieten, Angehörigenarbeit sollte unabhängig davon sein, wie der Behandler zu ihr steht

### **Verstärkte Öffentlichkeitsarbeit:**

Abbau der Stigmatisierung, Vorträge z.B. über VHS, Forcierung der medienpräsenten PE

### **Ratschläge zum persönlichen Umgang mit Angehörigen:**

Angehörigen mit Empathie, Offenheit und Ehrlichkeit begegnen, einfühlsame Begleitung und Aufmerksamkeit, Verhalten nicht „negativ beurteilen“, „Auslöser“ und „Schuld“ trennen, Wertschätzung der Angehörigen, Geduld üben, Kritik offen gegenüberstehen, Aufbau von Vertrauen, Fachtermini vermeiden, erfahrungsgelitetes Verstehen praktizieren

### **Größeres Zeitkontingent:**

mehr Zeit für Gespräche, Vorsehung im Zeitkontingent, „Zeitpuffer“ im stationären Setting für Gruppen, Fallzahlen reduzieren

### **Weitere Hilfsmaßnahmen:**

neutrale Räumlichkeiten zum Kontakt zwischen Familien und Behandlern, Klinische Infoveranstaltungen zu unterschiedlichen Krankheitsbildern, „Tag der offenen Tür“ für Angehörige in stationären Einrichtungen, Angebot einer Familientherapie und Kommunikationstraining, Erlebnistherapie, gemeinsame Aktivitäten

### **Bessere Beratung bzgl. Hilfsangeboten:**

Infobroschüren mit klaren regionalen Infostellen, vernetzte Informationsseite im Internet, Beratungsstellen speziell für Angehörige, die als Wegweiser im „Psychiatrie-Dschungel“ dienen, Werbung z.B. in U-Bahnen für bestehende Gruppen

### **Mehr triadische Veranstaltungen:**

Ausbau von Psychose-Seminaren sowie regelmäßigen Gesprächen jeweils nur mit dem Patienten, dessen Angehörigen und dem Behandler

### **Verbesserung der ambulanten Situation:**

Abrechnungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich verbessern, auch im ambulanten Bereich PE-Gruppen einrichten

### **Erweiterte Fortbildungsmaßnahmen:**

mehr interne Schulungen v.a. auch für „nicht-therapeutisches“ Personal, das Pflegepersonal zur Leitung von Gruppen schulen, gezieltere Fortbildungen

### **Gesehene Hindernisse für Angehörigenarbeit:**

Psychologen werden an Universitätsklinken nur als PPIA und nicht festangestellt, weite Entfernungen in der Forensik, Angehörige in der Forensik sind nach jahrelanger Erfahrung „abgenervt“ und „enttäuscht“, bereits vollständig bestehende Auslastung der Ärzte

### **Vorschläge zur Situation von Kindern erkrankter Eltern:**

vor allem bei Kindern den Fokus vom betroffenen Patient hin zur Familie verschieben, Kinder stärker einbeziehen, besondere Aufklärung für minderjährige Kinder, Gruppen für Kinder und Jugendliche anbieten, Kinder- und Jugendpsychiatrie niederschwellig anbieten, Aufklärungsstellen für Kinder und Jugendlichen einrichten, Einrichtung von kindgerechten Besuchszimmern

### **Personal vergrößern:**

Schaffung vergüteter konstanter Stellen (Leitung von Gruppen häufig nur durch Psychologen im Praktikum)

### **Größere Wertschätzung von Angehörigenarbeit durch die Klinikleitung:**

Führungsebene für Notwendigkeit der Angehörigenarbeit sensibilisieren, Stärkung der Angehörigenarbeit durch die Klinikleitung, mehr Anerkennung und bessere Unterstützung von Seiten der Klinikleitung, durch Absetzbarkeit Interesse der Klinikleitung wecken

### **Bereitstellung von Informationen via Broschüren, Internet:**

schriftliche, kostenlose PE-Materialien, Informationsseite im Internet, Filmmaterial zum Selbststudium

### **Vermehrtes Angebot von Einzelgesprächen:**

regelmäßiges Einladen der Familie zu Einzelgesprächen mit dem behandelnden Arzt

### **Einbeziehung aller Berufsgruppen der Helfer:**

bessere Einbeziehung sämtlicher Therapeuten (Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten, Pflege), Helferkonferenzen, Gespräche mit Angehörigen, Behandlern und Sozialarbeitern gemeinsam, multiprofessionelle Krisenteams

### **Sorgfältigeres Einladen der Angehörigen:**

herzlich begrüßen und persönlich einladen, Infobriefe, mehr für bestehende Angebote werben

### **Ermöglichung von Hausbesuchen:**

aufsuchende Therapiegespräche zu Hause, unter anderem, um die dortige Situation besser einzuschätzen

### **Verbesserung des Krisenmanagements:**

schriftliche Vereinbarungen für das Vorgehen bei Krisen gemeinsam mit Angehörigen im stationären Rahmen verfassen, multiprofessionelle ambulante Krisenteams schaffen

### **Schaffung eines festen ärztlichen Ansprechpartners:**

ein Arzt aus dem Behandlungsteam sollte als Ansprechpartner für Angehörige fungieren und kann in dieser Funktion Kontakte zu den übrigen Ärzten koordinieren

### **Förderung von präventiven Maßnahmen:**

Psychiatrie-Früherkennung verbessern, Sorgen der Angehörigen auch aus präventivem Charakter ernst nehmen, möglichst früher Beginn der Interventionen

### **Verstärktes Bemühen um Mithilfe des Patienten**

Patienten bei Motivation der Angehörigen zur Teilnahme an Angehörigengruppen um Hilfe bitten

## **10 Abkürzungsverzeichnis**

AÄ	Assistenzärzte
BE	Berufserfahrung
CÄ	Chefärzte
EE	Expressed-Emotions
HEE	High-Expressed-Emotions
LEE	Low-Expressed-Emotions
OÄ	Oberärzte
PE	Psychoedukation
VE	Vorerfahrung
VT	Verhaltenstherapie
TP	Tiefenpsychologie
WS	Wertschätzung

## **11 Danksagung**

Mein Dank gilt insbesondere Herrn Prof. Bäuml, der mir für die Anliegen der Angehörigen sowie in vielen weiteren Bereichen der Sozialpsychiatrie die Augen geöffnet hat. Er vermochte mich für das Fach der Psychiatrie zu begeistern und gab meinem beruflichen Werdegang die Richtung. Auch Frau Prof. Pitschel-Walz und Herrn Prof. Jahn möchte ich danken, die mir mit ihrem Sachverstand und methodischen Vorgehen Vorbild sind. Ich danke allen professionellen Helfern, die sich an der Befragung beteiligt haben.

## 12 Lebenslauf

### Isabel Kathrin Maurus

Geburtsdatum 31.01.1991  
Geburtsort Marktoberdorf, Deutschland  
Nationalität deutsch

#### **Berufliche Tätigkeit**

---

seit 11/2017 Assistenzärztin der Klinik für Psychiatrie u. Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

#### **Akademischer Werdegang**

---

##### **Studium**

07/2017 Approbation als Ärztin  
09/2013 – 02/2014 Erasmussemester, Université Pierre et Marie Curie, Paris  
10/2012 – 09/2017 Studium der Humanmedizin, Technische Universität München  
10/2010 – 10/2012 Studium der Humanmedizin Ludwig-Maximilians-Universität München

##### **Schule**

2001 – 2010 Hildegardis-Gymnasium, Kempten  
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

#### **Praktisches Jahr**

---

12/2016 – 04/2017 Chirurgie: Klinikum Kaufbeuren  
11 – 12/2016 Psychiatrie: AKH Wien  
09 – 10/2016 Psychiatrie: Klinikum Rechts der Isar, München  
05 – 09/2016 Innere Medizin und Psychosomatik: Zürcher RehaZentrum, Davos

#### **Famulaturen**

---

08/2015 Notaufnahme Innere Medizin, Klinikum Rechts der Isar, München  
04/2014 Psychiatrie, Klinikum Rechts der Isar, München  
12/2013 – 02/2014 Neurologie, Hôpital Tenon, Paris  
09 – 11/2013 Dermatologie, Hôpital Tenon, Paris  
07/2013 Allgemeinmedizin, Obergünzburg  
03/2013 Psychiatrie, KEH Berlin