



Jahrgang 64 / Heft 1 / 2016

Geschäftsführender Herausgeber
Franz Petermann

Herausgeber
Harald J. Freyberger
Alexandra Philipsen
Erich Seifritz
Rolf-Dieter Stieglitz

Zeitschrift für

Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie



Themenheft
Sozialpsychiatrie

 hogrefe

Inhalt

Editorial	Wo steht die Sozialpsychiatrie? <i>Georg Schomerus und Harald J. Freyberger</i>	5
Themenschwerpunkt	Chronizität im Alltag der psychiatrischen Versorgung – eine Forschungskollaboration zwischen Sozialpsychiatrie und Europäischer Ethnologie <i>Sebastian von Peter, Alexandre Wullschleger, Lieselotte Mahler, Ingrid Munk, Manfred Zaumseil, Jörg Niewöhner, Martina Klausner, Milena Bister, Andreas Heinz und Stefan Beck</i>	7
	Macht Burnout Menschen ärgerlicher als Depression? Unterschiede in den emotionalen Reaktionen auf psychische Probleme in der Allgemeinbevölkerung <i>Johannes Bahlmann, Georg Schomerus, Matthias C. Angermeyer und Harald J. Freyberger</i>	19
	Beurteilung depressiver und somatischer Symptome mittels des PHQ-9 und PHQ-15 bei ambulanten vietnamesischen und deutschen Patientinnen <i>Eric Hahn, Ronald Burian, Annegret Dreher, Georg Schomerus, Michael Dettling, Albert Diefenbacher, Anita von Poser und Thi Minh Tam Ta</i>	25
	Spätaussiedler, Migranten, Deutsche ohne Migrationshintergrund im Maßregelvollzug (§ 63 StGB) – Unterschiede und Gemeinsamkeiten <i>Jan Bulla, Amelie Baumann, Jan Querengässer, Klaus Hoffmann und Thomas Ross</i>	37
	Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität – Eine Pilotstudie <i>Kolja Heumann, Lisa Janßen, Friederike Ruppelt, Candelaria Mahlke, Gyöngyver Sielaff und Thomas Bock</i>	45
Freier Beitrag	 Die Bedeutung des sozialen Milieus bei Jugendlichen mit externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten: Analyse einer Bremer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation <i>Henrike Biermann, Esmahan Belhadj Kouider, Alfred L. Lorenz, Marc Dupont und Franz Petermann</i>	55
Kurzbeitrag	Wir brauchen eine Grundhaltung der vorurteilsfreien Begegnung im öffentlichen Raum, auch in Zeiten des «Wutbürgers» – eine sozialpsychiatrische Sichtweise <i>Sven Speerforck, Georg Schomerus und Harald J. Freyberger</i>	67
Klinische Untersuchungsverfahren	State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar – 2 (STAXI-2) <i>Franz Petermann</i>	73

Buchbesprechung	Mischel, W. (2015). <i>Der Marshmallow-Test. Willensstärke, Belohnungsaufschub und die Entwicklung der Persönlichkeit</i> Franz Petermann	75
Kongresskalender		77

Zeitschrift für

Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie

Ihr Artikel wurde in einer Zeitschrift des Verlags Hans Huber veröffentlicht. Dieser e-Sonderdruck wird ausschließlich für den persönlichen Gebrauch der Autoren zur Verfügung gestellt. Eine Hinterlegung auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. «Dokumentenserver» bzw. institutionellen oder disziplinären Repository ist nicht gestattet.

Falls Sie den Artikel auf einer persönlichen oder institutionellen Webseite oder einem sog. Dokumentenserver bzw. institutionellen oder disziplinären Repository hinterlegen wollen, verwenden Sie bitte dazu ein «pre-print» oder ein «post-print» der Manuskriptfassung nach den Richtlinien der Publikationsfreigabe für Ihren Artikel bzw. den «Online-Rechte für Zeitschriftenbeiträge» (<http://www.verlag-hanshuber.com/informationen>).



Auswirkungen von Peer-Begleitung für Angehörige auf Belastung und Lebensqualität

Eine Pilotstudie

Kolja Heumann¹, Lisa Janßen¹, Friederike Ruppelt¹, Candelaria Mahlke¹, Gyöngyver Sielaff² und Thomas Bock¹

¹Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

²Bildungsakademie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zusammenfassung: Angehörige psychisch erkrankter Menschen sind für diese eine wichtige Ressource. Gleichzeitig bringt ihre Rolle zusätzliche Belastungen auf verschiedenen Ebenen mit sich, die auf Kosten der eigenen Gesundheit gehen können. Im Kontext des Hamburger Peer-Projekts im Psychnet-Programm wurden an zehn Standorten in allen Hamburger Kliniken geschulte Angehörige als Angehörigen-Peerbegleiter eingesetzt, um die Situation der Angehörigen psychisch langfristig Erkrankter in Hinblick auf Belastung und Lebensqualität zu verbessern. Im Zeitraum von 11.2011 bis 03.2015 wurden von 242 Angehörigen, die die Peer-Begleitung in Anspruch genommen haben, N = 165 Angehörige untersucht. Mittels Selbstrating wurde zu drei Zeitpunkten (prä, post, Katamnese nach jeweils 6 Monaten) die subjektive Belastung der Angehörigen (FBA), die psychische und körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität (SF-8) sowie die Zufriedenheit mit der Behandlung (ZUF-8) erfragt. Ein Großteil (93 %) der Teilnehmer war zufrieden mit der erhaltenen Peer-Begleitung. Im Vergleich zum Prä-Zeitpunkt war im Anschluss an die Begleitung die Belastung signifikant reduziert und die Lebensqualität verbessert. Nach einem halben Jahr ohne Begleitung blieben Belastung und psychische Lebensqualität konstant – mit steigender Tendenz. Die Ergebnisse geben einen guten Hinweis auf die Wirksamkeit von Angehörigen Peer-Begleitung, welche zukünftig in randomisierten Studien überprüft werden sollte. Peer-Begleitung könnte eine deutliche Lücke in der Unterstützung Angehöriger psychisch Erkrankter schließen und hat damit präventiv für diese Zielgruppe, und indirekt auch für die betroffenen Patienten, einen großen Stellenwert. Die nachhaltige Implementierung wird empfohlen.

Schlüsselwörter: psychische Erkrankung, Gesundheitssystem, Angehörige, Angehörigen Peer-Begleitung

A pilot study of peer support for relatives of individuals with severe mental health problems: Effects on burden and quality of life

Abstract: Relatives of persons with psychiatric disabilities form an important resource. Further, relatives' augmented involvement and experienced strain can take a toll on their own health, which so far has not received sufficient attention in mental health services. Via the peer project of the Psychnet program trained caregivers were installed as peer support workers for other relatives in all ten hospitals in Hamburg. We investigated whether this intervention can reduce strain and improve of quality of life. Between 11.2011 and 03.2015, out of 242 relatives who consumed peer support services, 165 were examined. Subjective strain, physical and mental health related quality of life and satisfaction with the offered services were each measured three times at six month intervals (pre, post, follow-up) via self-rating. The majority (93 %) of participants were satisfied with the received peer support services. A significant reduction in strain and an improvement of mental and physical health was found after treatment. At follow-up, levels of strain and mental health remained stable, with tendencies toward further improvement. Results indicate the effectiveness of peer support services for caregivers which should be investigated further in randomized trials. This intervention could bridge the gap in support for relatives of psychiatric patients and emphasizes its preventive potential for caregivers and indirectly for their related patients. The lasting implementation of peer support services for relatives is recommended.

Keywords: psychiatric disabilities, mental health services, caregiver, peer support services

Einleitung

Die Familie oder andere Bezugspersonen spielen eine bedeutende Rolle in der Betreuung und Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen. Ihre Funktion als unter-

stützende Ressource im oft langjährigen Genesungs-Prozess der Erkrankten (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling & Engel, 2001) bringt häufig Belastungen auf unterschiedlichen Ebenen mit sich: Mangelnde institutionelle Unterstützung wie unzureichende Informationen

über die Erkrankung oder Behandlung führen zu einer Belastung (Schmid, Huttel, Cording & Spießl, 2007), verkürzte Liegezeiten erhöhen die Verantwortung der Angehörigen (Bock, 2013). Durch Fahrten zum Arzt/Therapeuten oder Hilfe bei der Hausarbeit steigt der zeitliche Betreuungsaufwand (Bauer, 2010). Zuzahlungen zu Therapien oder Unterstützung bei der Miete führen zu finanziellem Mehraufwand (Wilms, Mory & Angermeyer, 2004). Viele Angehörige berichten zudem von Einschränkungen in der eigenen Lebensführung, bspw. in der Freizeitgestaltung (abnehmende soziale Kontakte, Verzicht auf Urlaub) oder in der beruflichen Situation (Sibitz, Amering, Kramer, Griengl & Katschnig, 2002). Dem entsprechend zeigt sich, dass die Lebensqualität von Angehörigen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung geringer ausfällt (Angermeyer, Kilian, Wilms & Wittmund, 2006; Fischer, Kemmler & Meise, 2004). Darüber hinaus berichten viele Angehörige von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie bspw. Schlafstörungen oder Erschöpfung (Angermeyer, Liebelt & Matschinger, 2001). Insbesondere zeigt sich ein erhöhtes Depressionsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Wittmund, Wilms, Mory & Angermeyer, 2002).

Etlche Institutionen bieten heutzutage expertengestützte, teils psychoedukative, Angehörigengruppen an (Schmid, Spiessl, Vukovich & Cording, 2003). Im Jahr 2003 nahmen in Deutschland, Österreich und der Schweiz allerdings maximal 2 % der Angehörigen von stationär behandelten Patienten mit Schizophrenie an psychoedukativen Gruppen teil (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2006). Innovative Angebote für Angehörige wie bspw. Angehörigeninformationstage (Rothbauer, Spiessl & Schön, 2001) oder Angehörigenvisiten (Fähndrich, Kempf, Kieser & Schütze, 2001) sind trotz des erheblichen Gewinns immer noch selten und fallen häufig der Ökonomisierung zum Opfer (Bock, 2013). Zudem sind viele Konzepte in ihrer Zielsetzung sowohl auf Angehörige als auch auf die betroffenen Patienten angelegt (Jungbauer, Bischoff & Angermeyer, 2001). Demnach ist der Bedarf an spezifischen Unterstützungsangeboten für Angehörige nach wie vor nicht oder nur teilweise gedeckt (Schmid et al., 2003; Unger et al., 2005).

Trialogforen, wie bspw. Psychosese minare, können in dieser Situation für Angehörige einen besonderen Stellenwert haben: Sie sind niedrigschwellig, sprechen unterschiedliche Angehörige (Eltern, Partner, etc.) an und erlauben rollenübergreifende Lernprozesse (Bock, Sielaff, Ruppelt, Nordmeyer & Klapheck, 2012). Vor dem Hintergrund des Trialogs ist in Hamburg das Peer-Projekt ent-

standen, in dessen Rahmen auch die hier berichtete Implementierung und Evaluation von Angehörigen-Peer-Begleitung durchgeführt wurde (vgl. Mahlke et al., 2015; Ruppelt, Mahlke, Heumann, Sielaff & Bock, 2015).

Peer-Begleitung

Die Grundidee von Peer-Support¹ ist, dass Menschen, die besondere Lebenslagen (z.B. in Form schwerer psychischer Krisen) durchlebt und bewältigt haben, andere Menschen in ähnlicher Lage unterstützen und begleiten (Stopat & Schulz, 2015). Anders als in der klassischen Selbsthilfe ist dabei die Rollenverteilung zwischen Hilfesuchenden und Helfenden klarer geregelt. Die Ziele von Peer-Arbeit zeichnen sich durch eine Recovery-Orientierung aus, bei der Genesung als individueller Prozess verstanden wird und auch mit eventueller Restsymptomatik und Rückschlägen vereinbar ist (Bock et al., 2013). In vielen englischsprachigen Ländern wird seit den frühen 1990er Jahren der Einsatz von Peer-Support im Rahmen einer stärkeren Recovery-Orientierung der psychiatrischen Versorgung gefördert (Bock, Grotelüschen & Lamparter, 2014; Davidson, Bellamy, Guy & Miller, 2012; Mahlke, Krämer, Becker & Bock, 2014). Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von Peer-Support bei schweren psychischen Erkrankungen berichten, wenn auch nicht in allen Studien konsistent, über vielfältige positive Effekte für die Nutzer (Mahlke, Krämer, Kilian & Becker, 2015; Pitt et al., 2013). Im deutschsprachigen Raum gibt es seit mittlerweile 10 Jahren die Ex-In-Ausbildung für Betroffene (Utchakowski, 2010), welche in verschiedenen Regionen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz angeboten wird (Bock et al., 2013). Ausgebildete Peer-Begleiter arbeiten vermehrt im ambulanten Bereich, wie der integrierten Versorgung oder der Eingliederungshilfe (SGB XII), und eher vereinzelt in der stationären Versorgung. Im hier beschriebenen Projekt wurde seit 2011 in allen psychiatrischen Kliniken Hamburgs eigenständige Peer-Begleitung an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung etabliert (Ruppelt et al., 2015).

Peer-Support für Angehörige von psychisch erkrankten Menschen ist national wie international noch selten. In Kanada gibt es das Bestreben, Angehörige als Peers einzusetzen (MacCourt, Family Caregivers Advisory Committee & Mental Health Commission of Canada, 2013), in British Columbia startete 2006 ein Pilotprojekt, bei dem Angehörige psychisch erkrankter Menschen durch ge-

¹ Während sich im englischsprachigen Raum der Begriff Peer-Support etabliert hat, gibt es im deutschsprachigen Raum noch keine einheitliche Bezeichnung. Im Folgenden werden die Begriffe Peer-Arbeit und Peer-Begleitung synonym verwendet.

schulte Angehörige telefonisch und aufsuchend unterstützt werden (BCC, 2005). In einem australischen Projekt werden Angehörige als «Family Peer Support Worker» geschult und eingesetzt (Leggatt, 2007). Im deutschen Raum gibt es bislang einzig Psychoedukationsgruppen für Angehörige, die von anderen Angehörigen geleitet werden (Rummel, Pitschel-Walz & Kissling, 2005). Forschungsarbeiten zur Wirksamkeit von Angehörigen-Peer-Support wurden unseres Wissens bislang nicht veröffentlicht. Im Rahmen der Hamburger Pilot-Studie wurde erstmalig der Einfluss von Angehörigen-Peer-Begleitung auf die subjektive Belastung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen untersucht. Im Einzelnen wurde erwartet, dass sich zum Ende der Begleitung im Vergleich zum Beginn (1) die Belastung reduziert, (2) die psychische und körperliche Lebensqualität erhöht und sich diese Veränderungen zum Katamnese-Zeitpunkt halten.

Methode

Intervention

Die Angehörigen-Peer-Begleitung (APB) war Teil eines größeren Forschungsprojekts zur Peer-Begleitung. Ab November 2011 wurde zeitlich versetzt in allen psychiatrischen Krankenhäusern Hamburgs Peer-Begleitung angeboten. An jedem Standort waren mindestens ein Angehörigen-Begleiter und ein Betroffenen-Begleiter, meist im Rahmen einer geringfügigen Beschäftigung, tätig. Die Angehörigen-Peers waren selbst Angehörige von psychisch erkrankten Personen. Vor Projektbeginn wurden sie im Rahmen einer zweitägigen Pilot-Schulung fortgebildet, welche in Kooperation mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker Hamburg e.V. entwickelt wurde (Sielaff et al., 2015). Parallel zu ihrer Tätigkeit erhielten die Peers zweiwöchentlich peer-spezifische Gruppen-Supervision sowie zusätzliche Einzel-Supervision bei Bedarf. Durch die Einrichtung von Peer-Teams, die regelhafte Bezahlung der Peer-Tätigkeit, die Fortbildung vor Projektbeginn sowie die regelmäßige peer-spezifische Supervision wurden wichtige Qualitätsstandards für eine erfolgreiche Implementierung von Peer-Support sichergestellt (Heumann, Utschakowski, Mahlke & Bock, 2015).

Die APB war strukturell hauptsächlich an die Institutsambulanzen der einzelnen Kliniken angegliedert, konnte allerdings unabhängig davon in Anspruch genommen werden, ob die erkrankten Familienmitglieder vor Ort in Behandlung waren. Die Begleitung konnte bis zu einem

halben Jahr genutzt werden und umfasste hauptsächlich persönliche, anonyme Einzelgespräche, die nach individueller Terminabsprache – bei Bedarf auch telefonisch – stattfanden. Darüber hinaus waren Familiengespräche möglich, zu denen auch ein Betroffenen-Peer miteinbezogen werden konnte. Die Anzahl der möglichen Termine innerhalb des halben Jahres sowie die Inhalte der Begleitung wurden bewusst offen gelassen, um unterschiedliche Anliegen abzudecken. Konzeptuelle Ziele der APB waren Entlastung der Angehörigen, Förderung der Wahrnehmung eigener Grenzen, Bedürfnisse und Ressourcen sowie die Vermittlung von Informationen und geeigneten Kontaktstellen (Lamparter & Bolkan, 2015).

Rekrutierung

Zu Projektbeginn wurde auf einer Pressekonferenz und über Artikel in unterschiedlichen Tages- und Stadtteilzeitungen auf das neuartige Angebot aufmerksam gemacht. Auf den Webseiten von Psychenet (www.psychenet.de) und den teilnehmenden Kliniken wurden Informationen über APB zusammengestellt. In den einzelnen Kliniken gab es Flyer und Poster, die Peer-Begleiter selbst haben sich auf den Stationen sowie bei Angehörigengruppen vorgestellt.

Teilnehmen konnten alle volljährigen Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen. Das Angebot beschränkte sich nicht auf bestimmte Diagnosegruppen der erkrankten Angehörigen oder die Beziehung zwischen Teilnehmern und erkranktem Angehörigen. Es konnten sowohl Eltern, Partner und Kinder als auch Freunde oder Bekannte die Begleitung wahrnehmen.

Untersuchungsablauf

Für die Studie lag ein positives Votum der Ärztekammer Hamburg vor (PV3669). Alle Teilnehmer der APB wurden über den Ablauf der Studie informiert und haben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben. Es wurden zu drei Messzeitpunkten Fragebögen ausgefüllt: Vor Beginn der ersten Begleitung (T0), nach einem halben Jahr zum Ende der Begleitung (T1) sowie nach einem weiteren halben Jahr Katamnese-Zeitraum (T2). Die Fragebögen wurden durch die Angehörigen-Begleiter ausgegeben und von den Teilnehmern anonym per Post an die Studienleitung geschickt. Das Ausfüllen des Fragebogens dauerte ca. 30 Minuten. Die letzten Studien-Teilnehmer wurden im März 2014 aufgenommen, so dass die Datenerhebung bis März 2015 lief.

Erhebungsinstrumente

Behandlungszufriedenheit

Die Zufriedenheit mit der APB wurde mit dem Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (ZUF-8, dt. Version von Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) erfasst. Der Fragebogen umfasst acht Items mit jeweils vier Antwortkategorien von 1 («eindeutig nicht») bis 4 («eindeutig ja»). Zur Auswertung wird ein Summenwert aus allen Items gebildet (Skalenrange: 8–32), ein hoher Wert entspricht einer hohen Behandlungszufriedenheit (Kriz, Nübling, Steffanowski, Wittmann & Schmidt, 2008). Um den ZUF-8 an die vorliegende Studie anzupassen, wurden die Begriffe «Behandlung» und «Klinik» durch «Peer-Beratung/Beratung» und «Angebot» ersetzt.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit der deutschsprachigen Version des Short-Form-8 Health Survey (SF-8; Ellert, Lampert & Ravens-Sieberer, 2005), einer Kurzform des SF-36v2, erfasst. Vom SF-8 existieren drei verschiedene Fassungen; in der vorliegenden Studie wurde die Akutversion verwendet, die das Befinden in der vergangenen Woche abfragt. Der SF-8 umfasst acht Items, jedes ist als Frage über den Gesundheitszustand formuliert und wird auf einer fünf- bis sechsstufigen Skala beantwortet. Zur Auswertung werden die Items entsprechend des amerikanischen Manuals (vgl. Ellert et al., 2005) aufbereitet und zu zwei Subskalen *körperliche* und *psychische Gesundheit* zusammengefasst; ein hoher Wert entspricht einer hohen Lebensqualität.

Belastungserleben

Das Belastungserleben wurde mit dem Fragebogen zur Belastung von Angehörigen (FBA) erfasst, einem Instrument zur Erfassung der objektiven (Häufigkeit) und subjektiven (Intensität) Belastung von Angehörigen psychisch erkrankter Menschen. Die Langfassung sollte im Rahmen einer Multizenterstudie des Arbeitskreises «Junge Wissenschaftler» der DGBS e.V. erprobt und validiert werden (Schmid, Schielein, Spießl & Bauer, 2008). Da dieses Projekt aufgelöst wurde, konnten zur vorliegenden Auswertung nur die Items der Kurzfassung herangezogen werden (Bauer, 2010), die ausschließlich einen Gesamtscore der Belastungsintensität darstellt. Der FBA besteht aus mehreren Subskalen zu verschiedenen Teilbereichen der Belastung. Jede Subskala des FBA enthält ein zusammenfassendes Item, welches die Gesamtbelastung bezüglich des jeweiligen Problembereichs erfasst. Zur Auswertung der Kurzfassung wird ein Summenscore dieser zusammenfassenden Items gebildet. Die Items sind vierstufig von 1 («nicht belastend») bis 4 («extrem stark») skaliert, ein hoher Wert entspricht einer hohen Belastung. Mit $\alpha = .74$

(Bauer, 2010) bzw. $\alpha = .81$ in der vorliegenden Stichprobe verfügt die Kurzfassung über eine gute interne Konsistenz.

Anzahl der Kontakte

Die Anzahl der Kontakte wurde durch die Peer-Begleiter selbst dokumentiert.

Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS 20. Soziodemographische Daten sowie die Rohwerte der einzelnen Outcome-maße wurden deskriptiv dargestellt, kategoriale Variablen mit absoluten und relativen Häufigkeiten und stetige Variablen als Mittelwert und Standardabweichung. Ein möglicher Unterschied in der Behandlungszufriedenheit zwischen T1 und T2 wurde aufgrund der linksschiefen Daten mit einem Wilcoxon-Rang-Test geprüft. Die erwarteten Unterschiede in Lebensqualität und Belastung über den zeitlichen Verlauf wurden mit einem gemischten Modell mit Messwiederholung (mixed model of repeated measurement; MMRM) getestet. Dabei wurden die Erhebungszeitpunkte als Messwiederholungen, die Teilnehmer als Zufallseffekte, die Zeit als fester Effekt und die Ausgangswerte der abhängigen Variablen als Kovariaten in die Analyse aufgenommen. Alle Modelle wurden um die Variablen Alter, Geschlecht und die Anzahl der Kontakte adjustiert. Zusätzliche Kontrollvariablen wurden explorativ geprüft und aufgrund nicht signifikanter Effekte nicht in das Modell aufgenommen. Alle Ergebnisse werden mittels adjustierter Schätzer und 95 %-Konfidenzintervalle tabellarisch und grafisch dargestellt. Das Fehler-Niveau aller Tests wurde auf 5 % (zweiseitig) festgelegt.

Ergebnisse

Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

Es gaben 242 Interessierte ihr Einverständnis zur Studienteilnahme. Davon waren 77 (31,8 %) zu T1 nicht mehr zu erreichen, so dass verbleibende $N = 165$ Teilnehmer (68,2 %) mit mindestens 2 von 3 Fragebögen in die Auswertung eingeschlossen wurden. Die Dropoutanalyse zeigte signifikante Unterschiede zwischen eingeschlossenen und ausgeschlossenen Fällen bezüglich verschiedener Merkmale. Die eingeschlossenen Teilnehmer waren älter ($M = 57,4$, $SD = 11,9$) als die ausgeschlossenen ($M = 52,6$, $SD = 13,1$; $t(187) = 2,05$, $p = .04$) und wohnten seltener mit den erkrankten Angehörigen zusammen ($\chi^2(1, N = 235) = 5,1$, $p < .05$). Zudem unterschieden sich beide Gruppen in ihrer Rolle bezüglich

des erkrankten Angehörigen ($\chi^2(5, N = 233) = 13.3, p < .05$). Paarweise Vergleiche zeigten, dass unter den eingeschlossenen Fällen vermehrt Eltern ($\chi^2(1, N = 233) = 4.5, p < .05$) und seltener Partner ($\chi^2(1, N = 233) = 7.7, p < .01$) erkrankter Angehöriger waren. Ferner haben die eingeschlossenen Fälle die Peer-Begleitung häufiger ($M = 10,21, SD = 7,0$) in Anspruch genommen, als die ausgeschlossenen ($M = 4,82; SD = 4.61; t(150,55) = 6.47, p < .001$). Beide Gruppen unter-

schieden sich weder in ihrer Belastung zu Beginn der Begleitung noch in ihrer sozialen Unterstützung.

Tabelle 1 zeigt die soziodemographischen und klinischen Variablen der eingeschlossenen Teilnehmer bzw. ihrer erkrankten Angehörigen. Ein Großteil (71,5 %) war weiblich, 38,2 % lebten mit dem erkrankten Angehörigen zusammen, 18,2 % der Teilnehmer lebten allein. Über die Hälfte (55,2 %) der Teilnehmer waren Eltern eines erkrankten Angehörigen, ein geringer Anteil (5,5 %) war gleichzeitig als gesetzlicher Betreuer eingesetzt. Über ein Drittel (33,9 %) der erkrankten Angehörigen war an Depressionen erkrankt, gefolgt von Psychosen (26,1), einem Viertel der Teilnehmer war die Diagnose ihres Angehörigen unklar bzw. es gab keine.

Tabelle 1. Soziodemographische und klinische Variablen (N = 165).

Alter	<i>M</i> = 57,40 <i>SD</i> = 11,90 (<i>Range</i> = 22–79)	<i>N</i>	(%)
Geschlecht	weiblich	118	(71,5)
Familienstand	ledig	27	(16,4)
	verheiratet	92	(55,8)
	getrennt/geschieden	28	(16,9)
	verwitwet	11	(6,7)
höchster Schulabschluss	Haupt-/Volksschule	26	(15,8)
	Realschule	46	(27,9)
	(Fach-)Abitur	33	(20)
	Hochschulabschluss	54	(32,7)
Berufstätigkeit	nicht berufstätig	64	(38,8)
	geringfügig	7	(4,2)
	teilzeit	33	(20)
	vollzeit	56	(33,9)
Wohnsituation	alleine	30	(18,2)
	mit erkranktem Angehörigem	63	(38,2)
Beziehung zum Angehörigen	Eltern	91	(55,2)
	Partner	41	(24,8)
	Kind	10	(6,1)
	Geschwister	13	(7,9)
	nicht verwandt	2	(1,2)
Diagnose der Angehörigen¹	keine/unklar	44	(26,7)
	Schizophrenie/Psychose	43	(26,1)
	Bipolare Störung	17	(10,3)
	Depression	56	(33,9)
	Persönlichkeitsstörung	20	(12,1)
	andere	41	(24,8)
Anzahl der Kontakte	<i>M</i> = 10,21, <i>SD</i> = 6,90 (<i>Range</i> = 1–31)		

Anmerkungen. ¹ Randsummen > 100 % aufgrund von Doppeldiagnosen

Behandlungszufriedenheit

Zum Ende der erhaltenen Peer-Begleitung zeigte sich eine durchschnittliche Behandlungszufriedenheit von $M = 29,77$ ($SD = 3,23$), und zum Katamnese-Zeitpunkt $M = 29,7$ ($SD = 2,69$). Die Werte zu beiden Messzeitpunkten unterscheiden sich nicht signifikant ($z = -1,67, p = .095$). Gemessen am Cut-off-Wert von 24,5 (Kriz et al., 2008) waren damit 137 Teilnehmer (93,2 %) zum Post-Zeitpunkt bzw. 108 (93,1 %) zum Katamnese-Zeitpunkt mit der Begleitung zufrieden. Die Teilnehmer ($n = 41$), deren Angaben zur Behandlungszufriedenheit zum letzten Messzeitpunkt (Katamnese) fehlten, hatten zum Post-Messzeitpunkt eine Behandlungszufriedenheit von $M = 28,49$ ($SD = 4,74$) und unterschieden sich damit signifikant von den restlichen Teilnehmern ($M = 30,26; SD = 2,26; z = -2,17; p < .05$) zum gleichen Zeitpunkt. Allerdings lagen in dieser Teilstichprobe 35 Teilnehmer (85,3 %) über dem Cut-off-Wert von 24,5 Punkten und waren dem entsprechend zufrieden mit der erhaltenen Behandlung.

Subjektive Belastung

In Tabelle 2 sind die Werte der verschiedenen Outcome-maße zu den drei Messzeitpunkten dargestellt, die Differenzen zu T0 im zeitlichen Verlauf zeigt Abbildung 1. Die durchschnittliche subjektive Belastung nahm zu jedem Messzeitpunkt ab. Im gemischten Modell mit Messwiederholung (MMRM) zeigte sich eine signifikante Abnahme der Belastung von T0 zu T1 ($M_{adj} = -2.01, CI = -2.98 - -1.05, p < .001, d = 0.36$) und von T0 zu T2 ($M_{adj} = -2.95, CI = -3.99 - -1.90, p < .001, d = 0.48$), nicht aber von T1 zu T2 ($M_{adj} = -0.94, CI = -1.93 - 0.54, p = .064, d = 0.10$). Von den mit ins Modell aufgenommenen Kovariaten zeigte das Geschlecht einen signifikanten Einfluss: Die mittlere Belastungsreduktion war bei Frauen höher als bei Männern ($M_{adj} = 2.26, CI = 0.49 - 4.02, p < .05, d = 0.22$).

Tabelle 2. Veränderung der subjektiven Belastung (FBA), körperlichen und psychischen Gesundheit (SF-8) über drei Messzeitpunkte.

		M (SD)	Differenz zu T0		Differenz zu T1	
			M _{adj} (95 % CI)	p	M _{adj} (95 % CI)	p
FBA subjektive Belastung (Intensität)	T0 (0 Monate)	18,49 (5,82)				
	T1 (6 Monate)	15,69 (6,20)	-2,01 (-2,98; -1,05)	< .001		
	T2 (12 Monate)	15,28 (6,03)	-2,95 (-3,99; -1,90)	< .001	-0,94 (-1,93; 0,54)	= .064
SF-8 körperliche Gesundheit	T0 (0 Monate)	45,97 (9,98)				
	T1 (6 Monate)	47,93 (9,87)	1,87 (0,35; 3,39)	< .05		
	T2 (12 Monate)	47,97 (9,92)	1,23 (-0,43; 2,88)	= .15	-0,64 (-2,04; 0,75)	= .36
SF-8 psychische Gesundheit	T0 (0 Monate)	37,19 (11,59)				
	T1 (6 Monate)	42,73 (10,46)	4,40 (2,48; 3,49)	< .001		
	T2 (12 Monate)	43,45 (11,81)	5,67 (3,49; 7,85)	< .001	1,14 (-1,00; 3,53)	= .27

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; M_{adj} = mittlere Differenz, um Kontrollvariablen adjustiert; CI = Konfidenzintervall. T0: vor der Begleitung; T1: nach der Begleitung; T2: Katamnese.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die körperliche Gesundheit war zu jedem Messzeitpunkt signifikant niedriger ($t(151) = -455,93/t(144) = -448,1/t(102) = -367,91$; alle $p < .001$) als in der Allgemeinbevölkerung ($M = 50,3$; $SD = 8,39$) (Beierlein, Morfeld, Bergelt, Bullinger & Brähler, 2012). Im Vergleich zu T0 nahm die körperliche Gesundheit sowohl bei T1 als auch bei T2 zu. Im gemischten Modell zeigte sich hingegen eine signifikante Zunahme von T0 zu T1 ($M_{adj} = 1,87$, $CI = 0,35-3,39$, $p < .05$, $d = 0,22$), nicht aber von T0 zu T2 ($M_{adj} = 1,23$, $CI = -0,43-2,88$, $p = .15$, $d = 0,13$) und von T1 zu T2 ($M_{adj} = -0,64$, $CI = -2,04-0,75$, $p = .36$, $d = 0,16$). Von den ins Modell aufgenommenen Kovariaten zeigte allein das Alter einen signifikanten Einfluss: Mit zunehmenden Alter fiel die Verbesserung der körperlichen Gesundheit geringer aus ($M_{adj} = -0,13$, $CI = -0,24 - -0,03$, $p < .05$, $d = 0,17$).

Auch bezüglich der psychischen Gesundheit lagen die Werte zu jedem Messzeitpunkt signifikant niedriger ($t(151) = -455,93/t(144) = -448,1/t(102) = -367,91$; alle $p < .001$) als in der Allgemeinbevölkerung ($M = 53,25$; $SD = 7,82$). Die psychische Gesundheit nahm bei jedem Messzeitpunkt zu. Im gemischten Modell zeigte sich eine signifikante Zunahme von T0 zu T1 ($M_{adj} = 4,40$, $CI = 2,48-3,49$, $p < .001$, $d = 0,41$) und von T0 zu T2 ($M_{adj} = 5,67$, $CI = 3,49-7,85$, $p < .001$, $d = 0,46$), nicht aber von T1 zu T2 ($M_{adj} = 1,14$, $CI = -1,00-3,53$, $p = .27$, $d = 0,08$). Von den mit ins Modell aufgenommenen Kovariaten zeigte allein das Alter einen signifikanten Einfluss: Mit zunehmenden Alter fiel die Verbesserung der psychischen Gesundheit geringer aus ($M_{adj} = -0,17$, $CI = -0,30 - -0,04$, $p < .05$, $d = 0,16$).

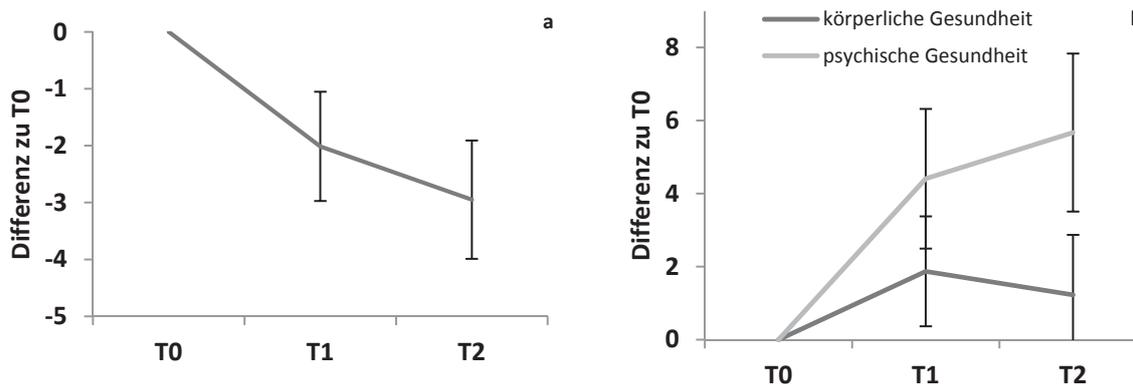


Abbildung 1. Zeitlicher Verlauf von (a) subjektiver Belastung (FBA) und (b) gesundheitsbezogener Lebensqualität (SF-8): Um Kontrollvariablen adjustierte Differenz zum Beginn der Peer-Begleitung (T0) nach 6 Monaten Peer-Begleitung (T1) und nach 6 Monaten Katamnese (T2). Die Fehlerbalken zeigen die Konfidenzintervalle.

Diskussion

In der vorliegenden Pilotstudie sollten Machbarkeit, Akzeptanz und Wirkung von Angehörigen-Peer-Begleitung untersucht werden. Durch das Angebot wurden insbesondere stark belastete Angehörige von Menschen mit größtenteils schweren psychischen, Erkrankungen erreicht. Fast zwei Drittel der Teilnehmer waren Frauen, die Hälfte waren Eltern erkrankter Kinder. Letzteres mag mit der größeren Verantwortung von Eltern, insbesondere Müttern, und einer damit einhergehenden stärkeren Betroffenheit zusammenhängen – wobei es diesbezüglich unterschiedliche Studienergebnisse gibt (Jungbauer et al., 2001). Da es sich bei den im Projekt beschäftigten BegleiterInnen ebenfalls hauptsächlich um Eltern handelte, wäre in zukünftigen Studien zu prüfen, ob eine Rollenhomogenität die Teilnahme an der Peer-Begleitung beeinflusst oder Auswirkungen auf die Effekte der Begleitung selbst hat. Eine größere Rollenvielfalt bei den Angehörigen-Peerbegleitern wäre wünschenswert.

Ein Großteil der Teilnehmer war zufrieden mit der erhaltenen Begleitung – zum Abschluss und im gleichen Ausmaß nach einem halben Jahr ohne Begleitung. Aus Ermangelung an vergleichbaren Daten aus Angehörigen-Stichproben wurde als Maßstab für die Zufriedenheit ein Cut-Off-Wert von einer Stichprobe von Patienten in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Kriz et al., 2008) verwendet. Mit 24.5 Punkten entspricht dieser einer durchschnittlichen Bewertung jedes Items mit 3 von maximal 4 Rohpunkten. Die durchschnittliche Punktzahl in der vorliegenden Stichprobe lag mit jeweils $M = 29.7$ deutlich darüber. Einschränkend ist einzuwenden, dass zum Katamnese-Zeitpunkt weniger Teilnehmer ihre Rückmeldung zur Behandlungszufriedenheit gegeben haben, als zum Post-Zeitpunkt. Somit ist nicht auszuschließen, dass weniger zufriedene Teilnehmer zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr an der Befragung teilnahmen. Da 85 % dieser Subgruppe allerdings auch direkt nach der Begleitung zufrieden waren, ist dies nur für einzelne Teilnehmer anzunehmen.

Im Vergleich zum Begleitungsbeginn hat sich die subjektive Belastung sowohl zum Begleitungsende als auch zum Katamnese-Zeitpunkt mit mittleren bis großen Effekt reduziert. Da es keinen signifikanten Unterschied zwischen T1 und T2 gab, kann festgehalten werden, dass die Reduktion der Belastung, auch nach einem halben Jahr ohne Begleitung, aufrecht erhalten wird. Weiterhin war die Reduktion der Belastung bei Frauen größer. Dieser Unterschied lässt sich weder auf eine grundsätzlich stärkere Belastung weiblicher Angehöriger (Jungbauer et al., 2001) vor Begleitungsbeginn noch auf eine größere Kontaktdichte zurückführen, da diese Aspekte als Kovariaten in die Analyse mit aufgenommen wurden. Da von dem

verwendeten Fragebogen nur die Skala zur subjektiven Belastung bereits erprobt wurde, konnte in der vorliegenden Studie keine Aussage zur objektiven Belastung, d.h. die Häufigkeit im Auftreten verschiedener Belastungsbereiche, getroffen werden. Dies mag zwar weniger relevant sein, da bei Angehörigen psychisch Erkrankter die subjektive Belastung stärker ausgeprägt ist (Magliano, Fiorillo, Rosa & Mai, 2006) und diese vermutlich eher durch eine psychosoziale Intervention zu beeinflussen ist. Dennoch sollte in zukünftigen Untersuchungen auch die objektive Belastung valide gemessen werden, bspw. durch eine regelmäßige Dokumentation des Ausmaßes verschiedener Belastungsbereiche im Laufe der Intervention.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat sich im Anschluss an die Begleitung ebenfalls verbessert. Die Skala psychische Gesundheit war – analog zur subjektiven Belastung – zum Ende der Begleitung erhöht, mit weiter steigender Tendenz zum Katamnese-Zeitpunkt. Bezüglich der körperlichen Gesundheit zeigte sich hingegen nur eine signifikante Erhöhung direkt zum Ende der Begleitung, nicht aber zur Katamnese. Wie bei einer psychosozialen Intervention zu erwarten, gab es demnach eine größere und anhaltende Verbesserung der psychischen im Vergleich zur körperlichen Gesundheit. Dem aktuellen Kenntnisstand entsprechend, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit zunehmenden Alter sinkt (Beierlein et al., 2012), zeigte sich auch in der vorliegenden Studie ein Einfluss des Alters auf die Steigerung der Lebensqualität.

Eine Besonderheit der angebotenen Begleitung war die offene Anzahl möglicher Kontakte, um die Intensität an die Bedürfnisse der Klienten anzupassen. Dazu passt der Befund, dass die Anzahl der Kontakte keinen signifikanten Einfluss auf die getesteten Haupteffekte hatte. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Belastungsbereiche von Angehörigen psychisch Erkrankter (Jungbauer et al., 2001; Schmid et al., 2007) scheint eine Standardisierung an dieser Stelle nicht angebracht, da es nicht um die Reduktion bestimmter Krankheitssymptome geht, sondern um eine individuell angepasste Intervention. Die Peers selbst berichten dem entsprechend von unterschiedlichen Anliegen der Angehörigen an die Begleitung (Lamparter & Bolkan, 2015) – vom reinen Informationsbedarf bis hin zu einer weitgehenden psychosozialen Unterstützung. In Folgeuntersuchungen sollte geprüft werden, ob diese unterschiedlichen Bedarfe tatsächlich die Anzahl der Kontakte beeinflussen.

Limitationen

Limitierender Faktor für die Interpretation der Ergebnisse ist in erster Linie das Studiendesign. Aufgrund des Pi-

lotcharakters sowie struktureller Begrenzungen war eine Kontrollgruppe, bspw. in Form einer Wartegruppe, nicht zu realisieren. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich bei den gezeigten Veränderungen um spontane Verbesserungen handelte. Die Tatsache, dass sich sowohl die Belastung als auch psychische Gesundheit zum Katamnese-Zeitpunkt in der Tendenz weiter verbessern, könnte diese Annahme unterstützen. Dennoch können die Ergebnisse als Hinweis für eine positive Wirkung von Angehörigen-Peer-Begleitung gewertet werden. Dies und die hohe Behandlungszufriedenheit der Teilnehmer sprechen für eine weitere Evaluation der Angehörigen-Peer-Begleitung. Diese sollte möglichst auf RCT-Niveau in Kombination mit qualitativen Methoden (Mixed Method) durchgeführt werden, um sowohl die hier gezeigten Tendenzen abzusichern als auch das subjektive Erleben und die individuellen Veränderungsprozesse zu berücksichtigen.

Wie bei Längsschnittstudien üblich, gab es auch in der vorliegenden Studie Dropouts. Ein Großteil davon füllte ausschließlich den ersten Fragebogen aus und wurde zur Analyse ausgeschlossen. Die Analyse dieser Fälle legt den Schluss nahe, dass sie die Begleitung aufgrund mangelnder Rollenpassung seltener in Anspruch nahmen und deshalb nicht weiter an der Befragung teilnahmen. Fehlende Werte, die im Verlauf der restlichen Befragung auftraten, wurden nicht gesondert analysiert, da sich gemischte Modelle mit Messwiederholungen besonders eignen, um mit multiplen Missings umzugehen (Krueger & Tian, 2004). Auf eine Schätzung fehlender Werte, wie sie bspw. in kontrollierten Designs gefordert ist, wurde vor dem Hintergrund des Studiendesigns verzichtet, da sie keinen Mehrwert für die Interpretation der Ergebnisse gehabt hätte.

Fazit und Ausblick

Durch die Entwicklung des zunehmenden Ökonomisierungsdrucks in der stationären Versorgung werden Angehörige psychisch Erkrankter auch in Zukunft vermehrt in der Verantwortung für viele Patienten stehen. Entsprechend ist es von besonderer Bedeutung, Interventionen zu etablieren, die Angehörige als eigene Zielgruppe unterstützen und stärken. Die hier vorgestellte Intervention könnte eine bedeutsame Ergänzung zwischen Selbsthilfe und professionellem Versorgungssystem sein. Die berichteten Ergebnisse machen Hoffnung, die Belastung bei Angehörigen psychisch Erkrankter zu reduzieren und deren Lebensqualität verbessern zu können. Weitere empirische Untersuchungen könnten Peer-Begleitung mit anderen Angeboten, bspw. therapeutischen, edukativen oder trialogi-

schen, vergleichen. Wichtig erscheint auch eine genauere qualitative Betrachtung der Wirkweise und der Differenzierung einzelner Elemente der Begleitung. Im Kontext des Hamburger Projekts ist es mit Unterstützung der Kliniken und Krankenkassen gelungen, Betroffenen und Angehörigen-Peer-Begleitung über das Projektende hinaus zu sichern. Obgleich weitere Evaluation notwendig ist, wird aufgrund der Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts die langfristige Implementierung von Peer-Begleitung für Angehörige von schwer psychisch Erkrankten im klinischen Kontext empfohlen.

Danksagung

Aufbau und Evaluation der Angehörigen-Peerbegleitung wurden durch das Forschungsprogramm «Psychement-Hamburger Netz psychische Gesundheit» des BMBF gefördert. Die Koordination lag bei der Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Die Fortbildung sowie die Tätigkeit der Angehörigen-Peerbegleiter wurden unterstützt vom Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker, insbesondere den Vorsitzenden Dr. Hans-Jochim Meyer und Renate Bublitz. Besonders herzlich bedanken wir uns bei den Angehörigen-PeerbegleiterInnen für Ihre großartige Pionier-Arbeit.

Literatur

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U. & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 52, 278–285.
- Angermeyer, M. C., Liebelt, P. & Matschinger, H. (2001). Befindlichkeitsstörungen der Eltern von Patienten mit schizophrenen und affektiven Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 50, 255–260.
- Bauer, R. (2010). *Belastungen, Kontrollüberzeugungen, Bewältigungsverhalten, Befindlichkeit unter Medikation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität von Patienten in stationärer Behandlung und ihren Angehörigen* (Dissertation). Universität Regensburg.
- BCSS (2005). *Family Peer Support Buddy Program Coordinator's Guide*. Online: <http://www.bcss.org/>.
- Beierlein, V., Morfeld, M., Bergelt, C., Bullinger, M. & Brähler, E. (2012). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8. *Diagnostica*, 58, 145–153.
- Bock, T. (2013). Psychiatrie im Widerstreit der Interessen – Risiken und Chancen für die Zukunft. *Forum für Gemeindepsychologie*, 18, 1.
- Bock, T., Grotelüschen, M. & Lamparter, M. (2014). Krise als Weichenstellung – die Chance von Peerberatung. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Hilfe bei psychischen Krisen. APK-Schriftenreihe Band 40* (S. 18–29). Köln: Psychiatrieverlag.
- Bock, T., Mahlke, C., Schulz, G. & Sielaff, G. (2013). Eigensinn und Psychose, Peer-Beratung und Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 58, 364–370.

- Bock, T., Sielaff, G., Ruppelt, F., Nordmeyer, S. & Klapheck, K. (2012). Dialog und Psychosen-Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57, 514–521.
- Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123.
- Ellert, U., Lampert, T. & Ravens-Sieberer, U. (2005). Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-8: Eine Normstichprobe für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 48, 1330–1337.
- Fähndrich, E., Kempf, M., Kieser, C. & Schütze, S. (2001). Die Angehörigenvisite (AV) als Teil des Routineangebotes einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Allgemeinkrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 28, 115–117.
- Fischer, M., Kemmler, G. & Meise, U. (2004). «Schön, dass sich auch einmal jemand für mich interessiert.» Eine Erhebung der Lebensqualität von Angehörigen langzeit an Schizophrenie Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 31, 60–67.
- Heumann, K., Utschakowski, J., Mahlke, C. & Bock, T. (2015). Implementierung von Peer-Arbeit. *Nervenheilkunde*, 34, 275–278.
- Jungbauer, J., Bischoff, J. & Angermeyer, M. C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Entwicklungslinien, Konzepte und Ergebnisse der Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 105–114.
- Kriz, D., Nübling, R., Steffanowski, A., Wittmann, W. W. & Schmidt, J. (2008). Patientenzufriedenheit in der stationären Rehabilitation: Psychometrische Reanalyse des ZUF-8 auf der Basis multizentrischer Stichproben verschiedener Indikation. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 17, 67–79.
- Krueger, C. & Tian, L. (2004). A comparison of the general linear mixed model and repeated measures ANOVA using a dataset with multiple missing data points. *Biological Research for Nursing*, 6, 151–157.
- Lamparter, M. & Bolkan, S. (2015). Angehörige als Peerbegleiterinnen – die Familie ernstnehmen. *Nervenheilkunde*, 34, 263–267.
- Leggatt, M. S. (2007). Minimising collateral damage: family peer support and other strategies. *Medical Journal of Australia*, 187, 61–63.
- MacCourt, P., Family Caregivers Advisory Committee & Mental Health Commission of Canada (2013). *National guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illness*. Alberta: Mental Health Commission of Canada.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C. & Maj, M. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 429, 60–63.
- Mahlke, C., Heumann, K., Ruppelt, F., Meyer, H. J., Rouhiainen, T., Sielaff, G., ... Bock, T. (2015). Peer-Begleitung für Erfahrene schwerer und langfristiger psychischer Störungen und Angehörige – Hintergrund, Konzept und Baseline-Daten. *Psychiatrische Praxis*, 42, 12–16.
- Mahlke, C., Krämer, U. M., Becker, T. & Bock, T. (2014). Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, 276–281.
- Mahlke, C., Krämer, U. M., Kilian, R. & Becker, T. (2015). Bedeutung und Wirksamkeit von Peer-Arbeit in der psychiatrischen Versorgung: Übersicht des internationalen Forschungsstandes. *Nervenheilkunde*, 34, 235–239.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73–92.
- Pitt, V. Lowe, D., Hill, S., Prictor, M., Hetrick, S. E., Ryan, R. & Barends, L. (2013). Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD004807.
- Rothbauer, J., Spiessl, H. & Schön, D. (2001). Angehörigen-Informationstage. Einstellungen und Bedürfnisse von Angehörigen schizophrener Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 28, 118–122.
- Rummel, C., Pitschel-Walz, G. & Kissling, W. (2005). «Angehörige informieren Angehörige» – Angehörige als Gruppenleiter für psychoedukative Gruppen bei Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, 32, 87–92.
- 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. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 765–775.
- Ruppelt, F., Mahlke, C., Heumann, K., Sielaff, G. & Bock, T. (2015). Peer-Stadt Hamburg? Doppelte Peer-Begleitung an der Schnittstelle ambulant-stationär. *Nervenheilkunde*, 34, 259–262.
- Schmid, R., Huttel, G. U., Cording, C. & Spiessl, H. (2007). Die Situation von Angehörigen von Patienten mit bipolaren affektiven Störungen. *Fortschritte in Neurologie Psychiatrie*, 75, 665–672.
- Schmid, R., Schielein, T., Spiebl, H. & Bauer, M. (2008). Multizenterstudie des Arbeitskreises «Junge Wissenschaftler» der DGBS e.V. zum Belastungsempfinden von Angehörigen bipolarer Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 35, 364–365.
- Schmid, R., Spiessl, H., Vukovich, A. & Cording, C. (2003). Belastungen von Angehörigen und ihre Erwartungen an psychiatrische Institutionen. Literaturübersicht und eigene Ergebnisse. *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie*, 71, 118–128.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 39, 248–255.
- Sibitz, I., Amering, M., Kramer, B., Griengl, H. & Katschnig, H. (2002). Krankheitsverlauf und Probleme schizophrener erkrankter Frauen und Männer aus der Sicht der Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 29, 148–153.
- Sielaff, G., Janssen, L., Boden, I., Ruppelt, F., Kummetat, J. & Bock, T. (2015). Helfen ein Gegenüber zu bleiben (Peer-Fortbildung für Angehörige). *Nervenheilkunde*, 34, 253–258.
- Stopat, S. & Schulz, G. (2015). Denn die Hoffnung, die wir geben, kehrt ins eigene Herz zurück. *Nervenheilkunde*, 34, 240–244.
- Unger, A., Krautgartner, M., Freidl, M., Stelzig-Schöler, R., Rittmannsberger, H., Simhandl, C. & Wancata, J. (2005). Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie*, 19, 141–147.
- Utschakowski, J. (2010). Peer-Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Eds.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14–22). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wilms, H. U., Mory, C. & Angermeyer, M. C. (2004). Erkrankungsbedingte Kosten für Partner psychisch Kranker: Ergebnisse einer Mehrfacherhebung. *Psychiatrische Praxis*, 31, 177–183.
- Wittmund, B., Wilms, H. U., Mory, C. & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 177–182.

MSc. Psych. Kolja Heumann

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 Deutschland

k.heumann@uke.de