

## Preprint des Buchbeitrages

Hegedüs, A., Hasler, M., von Gunten, A., & Lötscher, C. (2025). Sozialpsychiatrische Konzepte und ambulante Versorgungsstrukturen. In S. Klöppel & F. Jessen (Hrsg.), *Praxishandbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie: Diagnostik und Therapie im höheren Lebensalter* (3. Auflage, S. 23–30). Elsevier.

## 4 Sozialpsychiatrische Konzepte und ambulante Versorgungsstrukturen

Anna Hegedüs, Melina Hasler, Armin von Gunten, Claudia Lötscher

Die **Sozialpsychiatrie** ist eine Arbeits- und Betrachtungsweise innerhalb der Psychiatrie, die anstrebt, das soziale Umfeld von psychischen Störungen mit zu verstehen und mit einzubeziehen (Ciompi et al. 2011). Die sozialen Bezüge und die familiären und gesellschaftlichen Lebensumstände der Patientinnen und Patienten werden gleichberechtigt neben den biologischen Aspekten berücksichtigt.

### 4.1 Sozialpsychiatrie

Die angemessene **fachliche und soziale Begleitung** psychisch erkrankter älterer Menschen außerhalb der Klinik geschieht in der Regel in Versorgungsstrukturen, die nach sozialpsychiatrischen Modellen konzipiert sind. Der große Nutzen sozialpsychiatrischer Arbeit besteht darin, dem Menschen in seinem bio-psycho-sozialen Lebenskontext{ XE "Sozialpsychiatrie:sozio-biologischer Kontext" } zu begegnen (Ciompi et al. 2011). Das bedeutet, die sozialen Dimensionen des Leids mit den bio-psychopathologischen Aspekten zu begreifen und einen Zugang zu den individuellen Lebenswelten des psychisch erkrankten Menschen und seiner Angehörigen<sup>1</sup> zu gewinnen. Damit trägt die Sozialpsychiatrie zur Förderung der Teilhabe und Integration von Betroffenen in die Gesellschaft bei und unterstützt die Wahrung von Würde und Autonomie, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) gefordert werden.

#### Merke

Die sozialpsychiatrische Arbeit unterstützt psychisch akut oder chronisch erkrankte Menschen darin, ein Leben als integriertes Mitglied der Gesellschaft zu führen. Sie betrachtet die Wechselbeziehungen zwischen sozialen, psychologischen und biologischen Komponenten und integriert das soziale Umfeld (wie Angehörige, Hobbies, Wohnen etc.) in die Behandlung (Clausen und Eichenbrenner 2016).

#### 4.1.1 Sozialpsychiatrisches Denken und Handeln

Eine psychische Erkrankung ist häufig auch mit einer psychosozialen Notlage verbunden, die einen Ort der Begegnung, Begleitung und Unterstützung erfordert. Ein umfassendes sozialpsychiatrisches Konzept verfolgt das Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verstehen, zu respektieren und, wenn möglich, zu erhalten oder zu verbessern (Clausen und Eichenbrenner 2016).

Sozialpsychiatrisches{ XE "Sozialpsychiatrie" } Denken und Handeln betrachtet den Menschen ganzheitlich in seinem sozialen Umfeld und setzt eine personenzentrierte Haltung sowie eine konsequente Parteinahme für die Betroffenen und ihre Angehörigen voraus. Dadurch wird der gesellschaftlichen Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen entgegengewirkt (Clausen und Eichenbrenner 2016; Gühne et al. 2019).

Gesundheit und Krankheit werden aus sozialpsychiatrischer Sicht nebeneinander und nicht getrennt voneinander betrachtet. Dabei werden sowohl die therapeutischen Möglichkeiten

---

<sup>1</sup> Mit Angehörigen werden alle verwandten, vertrauten, nahestehenden oder freundschaftlichen Beziehungen eines Menschen umschrieben.

als auch das Verständnis für die Entstehung psychischer Erkrankungen und deren Auswirkungen auf den Alltag in die Behandlung einbezogen (Clausen und Eichenbrenner 2016).

Die Arbeitsweise ist geprägt durch eine Recovery-orientierte und personzentrierte Haltung, die Empowerment, Partizipation und Inklusion fördert (Box 3.1). Ziel ist es, gemeinsam mit der betroffenen Person individuelle Lebensqualität und Wohlbefinden, soziale Einbindung und Alltagsbewältigung zu erreichen oder zu erhalten (Schöny 2018). Dabei wird ein ausgewogenes Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialtherapeutischer Methoden angestrebt. Dialogische Ansätze können diesen Fokus stärken: In einem partnerschaftlichen Austausch zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen entsteht ein umfassendes Verständnis der Erkrankung und der individuellen Bedürfnisse, was eine gezielte Unterstützung und Versorgung ermöglicht (Schöny 2018).

### Box 3.1

#### Begriffserklärungen

- **Recovery**{ XE "Recovery" } („Genesung“) beschreibt einen Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung. In diesem lernen Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung so zu gestalten, dass sie trotz und mit der Erkrankung ein erfülltes, sinnhaftes und selbstbestimmtes Leben führen können (Gühne et al. 2019).
- **Personzentrierung**{ XE "Personzentrierung" } stellt den Menschen mit seiner Biografie, seinen Ressourcen, Zielen und Wünschen in den Mittelpunkt und nicht die Symptome oder gar die Krankheit. Die Beziehung zu den Betroffenen ist gekennzeichnet durch positive Wertschätzung, Empathie und Kongruenz (Echtheit, Wahrhaftigkeit, Respekt). Unterstützungsleistungen werden ausgehend von den Bedürfnissen der betroffenen Person entwickelt.
- **Empowerment**{ XE "Empowerment" } wird als Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung verstanden (Schöny 2018). Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen stehen im Vordergrund, sowie die Orientierung an den individuellen Ressourcen und Kompetenzen.
- **Inklusion**{ XE "Inklusion" } bezieht sich auf die Teilhabe und die Einbindung in die Gesellschaft. Ziel ist es, ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen, bei dem notwendige Unterstützung bereitgestellt wird (Schöny 2018).

## 4.1.2 Sozialpsychiatrie im Alter

Sozialpsychiatrische Ansätze sind auch im Alter{ XE "Sozialpsychiatrie:Alter" } wichtig, da neben den psychischen auch altersbedingte, körperliche Beeinträchtigungen auftreten können. Somatische Erkrankungen stehen im Alter oft im Vordergrund, weshalb psychische Symptome häufig übersehen oder dem Alter selbst zugeschrieben werden. Die Erkennung und differenzierte Diagnostik sind essenziell, um eine adäquate Behandlung zu gewährleisten (Leyhe et al. 2018).

Zu den zentralen Herausforderungen im höheren Lebensalter gehören funktionelle Beeinträchtigungen, die Bewältigung chronischer Erkrankungen sowie Multimorbidität. Gleichzeitig erhöhen Einsamkeit, der Verlust nahestehender Personen, chronische körperliche Erkrankungen und Armut das Risiko für psychische Erkrankungen (Thoma et al. 2023). Viele ältere und hochaltrige Menschen sind nicht mehr in der Lage, schwerwiegende – gesundheitliche – Herausforderungen eigenständig zu bewältigen (Gühne et al. 2019).

Im höheren Lebensalter – und vor allem bei langer Wohndauer – erhalten Wohnung und näheres Wohnumfeld{ XE "Wohnumfeld" } eine große emotionale Bedeutung und werden zu einem zentralen, vertrauten Teil des eigenen Lebens. Der Verbleib im eigenen Haus oder in der eigenen Wohnung bedeutet gerade für hilfs- und pflegebedürftige Personen die Wahrung der Intimsphäre und die Möglichkeit, das Leben nach eigenen Rhythmen und Vorstellungen zu gestalten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2025). Daher sollten Pflege, Betreuung und Therapie möglichst im häuslichen Umfeld stattfinden, um den Wünschen der Betroffenen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden.

Wohnortnahe Versorgungsangebote, eine kontinuierliche Betreuung sowie eine wertschätzende, personenzentrierte, Recovery-orientierte therapeutische Haltung sind essenzielle Elemente der sozialpsychiatrischen Versorgung älterer Menschen. Dabei sollte stets auch die Gesundheit pflegender Angehöriger im Blick bleiben (Gühne et al. 2019). Denn Angehörige sind oft schon über Jahre hinweg verfügbar, unterstützen die betroffene Person und stoßen dabei nicht selten an ihre physischen und psychischen Grenzen. Angehörige von Demenzbetroffenen etwa ziehen sich häufig aus dem sozialen Leben zurück, weshalb sie in die Behandlung einbezogen und gezielt entlastet werden sollten. Gleichzeitig muss vermieden werden, dass ihre häusliche Belastung weiter steigt.

## 4.2 Ambulante Versorgungsstrukturen

Der Artikel 25 der UN-BRK regelt das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung. Gefordert werden Gleichberechtigung, eine möglichst gemeindenahere Versorgung und Leistungen zur Behandlung, aber auch Früherkennung und Frühintervention, um Behinderung möglichst gering zu halten. In den deutschsprachigen Ländern zeigt die Versorgungslage noch Mängel auf, wie z. B. fehlender Zugang, Gewalt und Missbrauch bei/in Heimunterbringungen, Mangel einer umfassenden Versorgung und Unterstützung für ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft, Hindernisse bei der Wahl des Wohnortes und von Unterstützungsdiensten. Zur Umsetzung der Forderungen der UN-BRK braucht es niederschwellige Versorgungsstrukturen, welche mit verschiedenen ambulanten Angeboten flächendeckend und ohne Zwang Betroffene erreichen (Richter et al. 2024).

Für die ambulante Versorgung{ XE "Ambulante Versorgung" } von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es eine breite Palette an **gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodellen**, welche sich in den letzten Jahren weiterentwickelt und differenziert hat. Gemeindeintegrierte Behandlungen bieten gegenüber einer vollstationären Akutbehandlung häufig Vorzüge. Sie schneiden weniger tiefgreifend in das Alltagsleben der Betroffenen ein, sind weniger stigmatisierend, können stationäre Behandlungszeiten reduzieren und die Behandlungsbereitschaft und Lebensqualität verbessern (Clausen und Eichenbrenner 2016).

Ein gemeindeintegriertes Versorgungssystem ist die Basis für ein kontinuierliches Ineinandergreifen verschiedener Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen und damit für eine insgesamt ganzheitlichere Versorgung (Renz und Meinck 2018). Das wären z. B. gestufte Behandlungsansätze (**Stepped Care**, > Abb. 4.1), welche eine auf den Schweregrad und die Präferenzen der Betroffenen und Angehörigen angepasste Unterstützung anbietet, außerdem pflegegeleitete Angebote wie die ambulante psychiatrische Pflege, stationsäquivalente Behandlungen (StäB), oder auch Konsiliar- und Liaisondienste oder integrative Behandlungskonzepte in Form von Case Management oder präventiven Hausbesuchen (Martin et al. 2019).

> Abb. 4.1 gibt eine Idee über eine mögliche stufengerechte Behandlung und welche aufsuchenden Behandlungsangebote wie und zu welchem Zeitpunkt eingesetzt werden sollten.

Nachfolgend werden verschiedene ambulante Versorgungsmodelle für ältere Menschen mit psychischer Erkrankung beschrieben.

### 4.2.1 Pflegegeleitete Modelle

Pflegefachpersonen bilden die größte Berufsgruppe in der mobilen psychiatrischen Versorgung. Die ambulante psychiatrische Pflege ist auch ein zentraler Bestandteil der Sozialpsychiatrie, da sie deren Grundprinzipien – wie die Unterstützung in der Lebenswelt der Betroffenen, personenzentrierte und Recovery-orientierte Ansätze sowie die Förderung von Empowerment und Inklusion – unmittelbar umsetzt.

Ambulante psychiatrische Pflege { XE "Ambulante psychiatrische Pflege" } findet mehrheitlich im häuslichen Umfeld der Betroffenen statt und gilt als ein niederschwellig zugängliches, personenzentriertes, Angebot. Die Versorgung erfolgt durch öffentliche oder private Spitexorganisationen (Spitex = spitalexterne Pflege) sowie von freiberuflich tätigen Pflegefachpersonen. Bereits 2018 wurde in der Schweiz rund 78 % der mobilen psychiatrischen Versorgung durch diese Anbieter erbracht (Stocker et al. 2018).

Die ambulante psychiatrische Pflege orientiert sich an gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen vereinbarten Zielen. Sie verfolgt Ansätze, die auf die Förderung, Stabilisierung und Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Betroffenen ausgerichtet sind. Dabei stehen sowohl die Bewältigung der psychischen Erkrankung als auch die Unterstützung bei der Entwicklung individueller Bewältigungsstrategien im Fokus (Expertengruppe Psychiatriespitex 2025). Besonders ältere Menschen, welche möglicherweise bereits wegen körperlichen Einschränkungen in Kontakt mit der Spitex sind oder waren, können einen niederschweligen Zugang zur psychiatrischen Pflege erhalten. So können psychische Beschwerden frühzeitig erkannt und die spezialisierten psychiatrischen Pflegefachpersonen involviert werden.

Der internationale Forschungsstand zur Wirksamkeit ambulanter psychiatrischer Pflege ist bisher begrenzt. Die wenigen vorhandenen Studien liefern widersprüchliche Ergebnisse, und die Qualität der Untersuchungen wird häufig als unzureichend eingestuft. Eine aktuelle Studie aus der Schweiz bietet jedoch neue Erkenntnisse. Durch die Analyse von Routinedaten konnte gezeigt werden, dass die psychiatrische Spitex das Risiko einer psychiatrischen Hospitalisierung signifikant reduzieren konnte (Hegedüs und Richter 2025).

In Zukunft werden auch vermehrt Pflegerollen mit erweiterter Expertise im sozialpsychiatrischen Setting eingesetzt, wie beispielsweise **Advanced Practice Nurses** (APN). Eine APN ist eine Pflegefachperson, die sich durch akademische Ausbildung Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat (DBfK, ÖGKV und SBK 2013). APN mit Spezialisierung in psychiatrischer Pflege arbeiten u. a. in Spitexorganisationen, Konsiliar- und Liaisondiensten, in Arztpraxen und Gesundheitszentren.

### 4.2.2 Multiprofessionelle Teams

In den letzten Jahren haben sich multiprofessionelle Teams etabliert, die schwer psychisch erkrankte Menschen begleiten und eine kurzfristige Akutbehandlung im häuslichen Umfeld anbieten, sogenannte **Home Treatment-Teams** (in Deutschland auch Stationsäquivalente Behandlung, StäB, genannt). Ergänzend dazu gewährleisten **Assertive Community Treatment Teams** eine längerfristige nachgehende Betreuung.

**Home Treatment**{ XE "Home Treatment" }{ XE "Stationsäquivalente Behandlung" } kann eine Alternative zur stationären Behandlung für Betroffene mit akuten psychischen Erkrankungen bieten. Multiprofessionelle, mobile Teams sorgen für eine durchgehende Verfügbarkeit und mehrmals tägliche Hausbesuche (Mötteli et al. 2021). Das Team begleitet die Betroffenen in ihrem gewohnten Lebensumfeld und unterstützt sie im Umgang mit ihrer Erkrankung. Äquivalent zu einer psychiatrischen Akutstation werden Assessments, psychotherapeutische Interventionen, medikamentöse und pflegerische Versorgung, Ergotherapie sowie Unterstützung durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit angeboten. In Deutschland gehört Home Treatment/StäB zur Regelfinanzierung. Dies ermöglicht es allen Krankenhäusern mit Pflichtversorgung, Behandlung im Lebensumfeld anzubieten. Diese werden gefördert, insbesondere wenn es der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist (Mötteli et al. 2021). Die Möglichkeit der Erbringung stationsäquivalenter Leistungen im Lebensumfeld der Patienten stellt eine Ergänzung der aktuell bestehenden Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen dar.

Das **Assertive Community Treatment**{ XE "Assertive Community Treatment" } (ACT) ist eine evidenzbasierte, intensive und gemeindenahere Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die wiederholte stationäre Aufenthalte hinter sich haben. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich ACT erfolgreich weiterentwickelt. Durch das Ermöglichen von eigenständigem Wohnen, Arbeit und Ausbildungen und den Einbezug des sozialen Netzwerks werden die Betroffenen in die Gemeinschaft (wieder-)eingegliedert. Wie auch im Home Treatment, sind ACT-Teams multiprofessionell und vereinen unter anderem die Fachdisziplinen der Pflege, Medizin, sozialen Arbeit und Psychologie (Thorning und Dixon 2020).

Neben diesen intensiven Versorgungsmodellen gibt es auch gerontopsychiatrische oder geriatrische **Tagesstätten** oder **Ambulatorien**. Einige Tagesstätten weisen ein niederschwelliges Angebot und Zugänge auf, andere machen Angebote für feste, geschlossene Patientengruppen. Ziel der Tagesstätten{ XE "Tagesbetreuung" } sind Aufbau und/oder Erhalt einer aktivierenden Tagesstruktur sowie die Entlastung des sozialen Umfelds (Clausen und Eichenbrenner 2016). Gerontopsychiatrische Ambulatorien bieten Gedächtnissprechstunden, ambulante Therapiegruppen wie Kunst-, Musik- sowie Bewegungstherapien an, welche die persönlichen Ressourcen und Fähigkeiten der Betroffenen fördern. Zudem vermitteln Beratungsstellen Wissen, dienen zur Früherkennung von psychischen Erkrankungen und unterstützen Angehörige sowie Fachpersonen.

## Merke

Angebote der multiprofessionellen Teams zusammengefasst:

- Multiprofessionelle Teams bestehen u. a. aus Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten, Psychologen und Psychologinnen, Fachkräften der Sozialen Arbeit und weiteren therapeutischen Berufen.
- Im aufsuchenden/mobilen Setting ist das Assertive Community Treatment (ACT) und das Home Treatment, auch stationsäquivalente Behandlung (StäB) genannt, angesiedelt.
- Ambulante multiprofessionelle Behandlungen ermöglichen den Betroffenen, stationäre Aufenthalte zu verkürzen bzw. zu verhindern.
- Ambulatorien und Tagesstätten sind Teil des psychosozialen Angebots für ältere Menschen.

### 4.2.3 Konsiliar- und Liaisontätigkeit

Psychische Belastungen treten häufig als Folge körperlicher Erkrankungen auf, können aber auch umgekehrt durch psychische Störungen ausgelöst werden, die zu somatischen Folgeproblemen führen (Hepp 2022). Diese wechselseitige Beziehung stellt eine erhebliche Herausforderung dar: eine geringere Therapietreue, längere Krankenhausaufenthalte, häufigere Rehospitalisationen und damit verbundene höhere Behandlungskosten. Diese Problematik verdeutlicht die Notwendigkeit von **Konsiliar- und Liaisondiensten**, um eine umfassende und koordinierte Versorgung sicherzustellen (Hepp, 2022).

Der **Konsiliardienst**{ XE "Konsiliardienst" } unterstützt die behandelnden Fachpersonen durch Beratung und Behandlungsempfehlungen. Im Rahmen eines Konsilangebots werden Therapien gemeinsam formuliert und interdisziplinär umgesetzt (La Marca-Ghaemmaghami et al. 2021). Ein altersmedizinisches Konsilium umfasst in der Regel geriatrische, neurologische und psychiatrische Aspekte. Besonders in komplexen, herausfordernden Situationen, in denen psychiatrische und somatische Symptome sich gegenseitig beeinflussen oder schwer voneinander zu unterscheiden sind, können geriatrische Assessments und eine gezielte Abklärung durch Fachspezialisten wertvolle Unterstützung bieten.

Die **Liaisonarbeit**{ XE "Liaisonarbeit" } unterscheidet sich vom Konsiliardienst durch regelmäßige Präsenz der Liaisonmitarbeitenden auf einer Abteilung oder in einem Team auch ohne vorliegende ärztliche Verordnung. Im Gegensatz zum Konsiliardienst sehen die Liaisonmitarbeitenden alle Patienten und identifizieren gemeinsam mit dem Team diejenigen, die eine gerontopsychiatrische Beratung benötigen. Darüber hinaus umfasst die Liaisonarbeit auch die Weiterbildung des Personals, etwa durch Schulungen oder Fallbesprechungen, was zur Verbesserung der interdisziplinären Versorgung beiträgt (La Marca-Ghaemmaghami et al. 2021).

Die wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass Konsiliar- und Liaisondienste kosteneffizient sind und die Aufenthaltsdauer verkürzen, wenn sie frühzeitig in Anspruch genommen werden (Wood und Wand 2014). Das Fachpersonal kann durch einen Liaisondienst, der niederschwellig und eingegliedert im Behandlungsteam mitwirkt, entlastet werden (Hepp 2022).

### 4.2.4 Case Management

Die Versorgung älterer psychisch erkrankter Menschen ist medizinisch, pflegerisch und psychosozial komplex. Aufgrund der Mehrdimensionalität psychischer und psychosozialer Krisen sind von Anfang an verschiedene Professionen in die Betreuung involviert. Dabei entstehen die größten Herausforderungen häufig an den Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Settings, Sektoren und Regelungen der Sozialgesetzbücher. Eine **enge interprofessionelle Zusammenarbeit** ist daher essenziell, um die Versorgungsqualität für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherzustellen.

Zur Bewältigung dieser Komplexität eignet sich das Case Management. Case Management{ XE "Case Management" } ist eine Methode zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Betroffene ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und erhalten auf ihren individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen (Netzwerk Case Management 2022).

Case Manager arbeiten in unterschiedlichen Settings; darunter sind Krankenhäuser, häusliche Pflegedienste, Krankenversicherungen, Medizinische Versorgungszentren und Pflegestützpunkte. Der Erfolg des Case Managements hängt maßgeblich von der Zusammenarbeit der involvierten Berufsgruppen ab, die über Sektorgrenzen hinweg Hand

in Hand arbeiten und die individuellen Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten konsequent in den Mittelpunkt stellen.

Ziel des Case Managements ist es, die **Grenzen zwischen Organisationen und Professionen zu überwinden** und eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses zu gewährleisten. Durch diese koordinierte Zusammenarbeit kann eine bessere Steuerung und Integration der Versorgung erreicht werden, was insbesondere für ältere Menschen mit komplexen Krankheitsbildern von großer Bedeutung ist. Betroffene sollen dabei unterstützt werden, relevante formelle und informelle Ressourcen zu nutzen. Angehörige und Fachpersonen werden befähigt, unter komplexen Bedingungen Hilfsangebote abzustimmen und die vorhandenen Ressourcen optimal zu verwenden. Dazu gehören unter anderem die Gestaltung des Wohnumfelds, die Förderung eines sozialen Netzwerks und die Einbindung in öffentliche soziale Angebote. Auch Interventionen, die Strukturen an die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen anzupassen versuchen, spielen eine wichtige Rolle (Dörr 2020).

Im wissenschaftlichen Diskurs gilt das Case Management als vielversprechender, effektiver und effizienter Ansatz. Studien belegen, dass es den Schweregrad von Depressionen und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen bei älteren Menschen reduzieren kann (Hollister et al. 2022). Bei Menschen mit Demenz kann Case Management mittelfristig sowohl die Einweisungsraten in Pflegeheime als auch die Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung senken (Reilly et al. 2014).

#### 4.2.5 Beratung

Die zugehende, mobile Beratung{ XE "Mobile Beratung" }{ XE "Zugehende Beratung" } oder präventive Hausbesuche sind eine spezielle Art von Entlastungsangeboten und bieten (Kurz-)Beratungen hinsichtlich der Integration im häuslichen Setting von psychisch erkrankten älteren Patientinnen und Patienten und bei Menschen mit Demenz an. Zielgruppen sind sowohl Betroffene wie auch deren Angehörige oder Fachpersonen. Coaching und Begleitung in herausfordernden Situationen sind ebenso das Ziel, wie die Beziehung zu den Betroffenen und ihren Angehörigen aufzubauen und zu pflegen.

Zugehende Beratungsangebote zielen darauf ab, den Zugang zu einer schwer erreichbaren Gruppe zu ermöglichen. Bei der zugehenden oder mobilen Beratung besucht die beratende Person die betroffene Person meist Zuhause. Dort erfolgt eine möglichst umfassende Analyse und Integration vorhandener sozialer Netzwerke, des Wohnumfeldes, des Gesundheitszustands, der Selbstpflegekompetenz und der Gemeinwesensqualität. Mit der proaktiven, frühen, bzw. präventiven Einleitung und lang andauernden Aufrechterhaltung des Kontakts zu den Betroffenen und Angehörigen soll möglichst der ganze Krankheitsprozess begleitet werden (Renz und Meinck 2018).

In diversen Befragungen erleben die Angehörigen die aufsuchende Beratung als situativ, kognitiv und emotional stärkend. Sie fühlen sich unterstützt und besser im Stande, mit krankheitsbedingten Veränderungen im Alltag umzugehen. Dies kann zur Stabilisierung der häuslichen Betreuung beitragen (Martin et al. 2019).

#### 4.2.6 Peer-Begleitung

Peerarbeit{ XE "Peerarbeit" } ist ein zentraler Bestandteil der Sozialpsychiatrie (Schöny 2018). **Peers** – auch als Genesungsbegleitende oder Expertinnen oder Experten aus Erfahrung bezeichnet – sind Menschen mit eigener Krankheitserfahrung, die Betroffene unterstützen. Sie haben eine spezielle Weiterbildung, wie „EX-IN“ (Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie) oder „Angehörigenbegleitung“ absolviert und arbeiten sowohl stationär als auch ambulant, etwa in Spitexorganisationen (Burr et al. 2024). Zur Unterstützung von Angehörigen gibt es zunehmend sogenannte „Angehörigenpeers“. Dabei

handelt es sich um nahestehende Personen, die durch eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen im sozialen Umfeld andere Angehörige unterstützen.

Ziel der Peearbeit ist es, Betroffene in ihrer individuellen Genesung zu unterstützen, basierend auf ihren persönlichen Bedürfnissen und frei von Vorurteilen. Die Aufgaben von Peers umfassen emotionale Unterstützung, Hilfe beim Verstehen der eigenen Erfahrungen, Unterstützung beim Zugang zu Sozialleistungen und Aktivitäten zur Förderung der sozialen Teilhabe sowie Interessenvertretung und Sensibilisierungsarbeit (World Health Organization 2021). Sie helfen etwa bei der Wohnungssuche, der beruflichen Eingliederung oder der Förderung gesunder Gewohnheiten wie Bewegung und Selbstfürsorge (Burr et al. 2024). Peers tragen durch ihre Arbeit dazu bei, soziale und unterstützende Netzwerke aufzubauen, und stärken Hoffnung sowie die Fähigkeit zur Selbsthilfe bei den Betroffenen (World Health Organization 2021).

Studien zur Wirkung von Peearbeit konnten zeigen, dass sie einen signifikant positiven Effekt auf Recovery, Hoffnung und das Empowerment der Betroffenen hatte, aber keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die klinischen Symptome oder die Inanspruchnahme von Dienstleistungen (White et al.,2020).

## 4.2.7 **Caring Communities**

Caring Communities{ XE "Caring Community" } („sorgende Gemeinde/Gemeinschaft“) können eine Ergänzung zu den oben erwähnten professionellen Angeboten darstellen. Ihr Ziel ist es, die Solidargemeinschaft zu stärken und gesellschaftspolitische Herausforderungen wie Einsamkeit im Alter anzugehen. Sie schaffen gemeinsame Räume, fördern Netzwerke und stärken das Miteinander. Dabei liegt der Fokus auf der geteilten Verantwortung aller Beteiligten innerhalb einer Gemeinde sowie auf der Förderung sozialer Teilhabe. Im Gegensatz zu gezielten Maßnahmen für bestimmte (marginalisierte) Gruppen richten sich Caring Communities an alle Menschen innerhalb einer Gemeinschaft (Wegleitner und Schuchter 2021). Die Verantwortung für andere und sich selbst wird gemeinschaftlich getragen. Mit ihrem integrativen und inklusiven Ansatz entsprechen sie dem Grundgedanken der Sozialpsychiatrie.

Caring Communities haben einen **präventiven Nutzen**, da lokale Unterstützungsangebote bekannter werden und die Hemmschwellen sinken, Hilfe anzunehmen. Die Gesundheitskompetenzen werden erweitert und der zwischenmenschliche Zusammenhalt gestärkt. Im Hinblick auf den Aspekt Alter(n) möchten Caring Communities zum Umdenken anregen und positive Assoziationen mit der Thematik verknüpfen, indem ältere Menschen ihre Lebenserfahrungen teilen und im sozialen Geschehen partizipieren können (Wegleitner und Schuchter 2021).

Professionelle, gerontopsychiatrische Angebote und Caring Communities ergänzen sich wechselseitig. Während professionelle Hilfesysteme gezielte Unterstützung und Fachwissen bereitstellen, erweitern Caring Communities das soziale Netzwerk und stärken informelle Unterstützungssysteme.

### Zusammenfassung

- Bei der Versorgung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen komplexe Interaktionen zwischen Patientenmerkmalen, Gesundheitsfaktoren und sozioökonomischen Variablen eine Rolle.
- Die sozialpsychiatrische Haltung ist **personenzentriert und Recovery-orientiert**. Sie fokussiert auf Empowerment, individuelle Lebensqualität und die aktive Teilhabe Betroffener, basierend auf deren Ressourcen und Bedürfnissen.

- Nicht nur der objektiv feststellbare Schweregrad einer Erkrankung, sondern auch die Belastbarkeit des Unterstützungsnetzwerks entscheidet über das Aufrechterhalten der ambulanten Versorgungssituation von älteren Menschen.
- Die **Begleitung Angehöriger** ist integraler Bestandteil sozialpsychiatrischer Behandlung und Begleitung.
- Gemeindeintegrierte Behandlungen schneiden weniger tiefgreifend in das Alltagsleben der Betroffenen ein und sind weniger stigmatisierend als stationäre Behandlungen.
- Pflegegeleitete Modelle, multiprofessionelle Teams, Konsiliar- und Liaisondienste, Case Management, Peer-Begleitung, Beratungen und Caring Communities sind effektive Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung.

## Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2025). Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen. [www.bmfsfj.de/resource/blob/254238/Od174579dacc7e92f965d1205f56659d/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf](http://www.bmfsfj.de/resource/blob/254238/Od174579dacc7e92f965d1205f56659d/neunter-altersbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf) (letzter Zugriff: 20.05.2025)
- Burr C, Ambord N, Rühle Andersson S, Hasler M, Hegedüs A (2024). Ambulante psychiatrische Pflege und aufsuchende Peerarbeit (APPeer): Qualitative Untersuchung zur Implementierung von Peers in Spitexorganisationen. Schlussbericht. Berner Fachhochschule Departement Gesundheit Innovationsfeld Psychische Gesundheit und Psychiatrische Versorgung.
- Ciampi L, Hoffmann H, Broccard M (2011). Wie wirkt Soteria?: Eine atypische Psychosebehandlung kritisch durchleuchtet. Heidelberg: Carl-Auer.
- Clausen J, Eichenbrenner I (2016). Soziale Psychiatrie: Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Stuttgart: Kohlhammer.
- DBfK, ÖGKV und SBK (2013). Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK [Positionspapier].
- Dörr M (2020). Soziale (Alten-)Arbeit in der Gerontopsychiatrie. In: Aner K, Karl U (Hrsg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 2. Aufl. Berlin: Springer: S. 187–196.
- Expertengruppe Psychiatriespitex (2025, unveröffentlicht). Grundlagenpapier Ambulante Psychiatrische Pflege.
- Gühne U, Weinmann S, Riedel-Heller SG, Becker T (2019). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Hegedüs A, Richter D (2025). Effectiveness of community mental health nursing in Switzerland: Mirror-image analysis of psychiatric hospitalizations.
- Hepp U (2022). Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich. Bericht im Auftrag des Gesundheitsnetzes 2025.
- Hollister B, Crabb R, Kaplan S, Brandner M, Areán P (2022). Effectiveness of Case Management with Problem-Solving Therapy for Rural Older Adults with Depression. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 30(10): 1083–1092.
- La Marca-Ghaemmaghami P, Ditzen B, Ehlert U (2021). Konsiliar- und Liaisonarbeit im Dorsch Lexikon der Psychologie. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/konsiliar-und-liaisonarbeit> (letzter Zugriff: 20.05.2025)
- Lambert M et al. (2019). Innovative Versorgungsmodelle für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 62(2): 163–172.

- Leyhe T, Melcher T, Linnemann C, Klöppel S, Hampel H (2018). Demenz und Altersdepression. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. 169(03): 70–74.
- Martin G, Grunder L, Schletti B, Stinimann S, Stutzmann N (2019). Zuhause in der Nachbarschaft: Schlussbericht des Socius-Projekts Bern. [www.programmsocius.ch/fileadmin/user\\_upload/files/08\\_Bern/AVA\\_Bericht\\_Zuhause\\_in\\_der\\_Nachbarschaft.pdf](http://www.programmsocius.ch/fileadmin/user_upload/files/08_Bern/AVA_Bericht_Zuhause_in_der_Nachbarschaft.pdf) (letzter Zugriff: 20.05.2025)
- Mötteli S et al. (2021). Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most? *Community Mental Health Journal*. 57(5): 828–835.
- Netzwerk Case Management (2022). Definition und Standards Case Management.
- Reilly N, Harris S, Loxton D, Chojenta C, Forder P, Austin M-P (2014). The impact of routine assessment of past or current mental health on help-seeking in the perinatal period. *Women and Birth. Journal of the Australian College of Midwives*. 27(4): e20-7.
- Renz J-C, Meinck M (2018). Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bei älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 51(8): 924–930.
- Richter D et al. (2024). Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (UNO-BRK) – Umsetzungsstand und Reformbedarf in der schweizerischen Psychiatrie (Innovationsfeld Psychische Gesundheit und Psychiatrische Versorgung - Arbeitspapier).
- Schöny W (2018). Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke. Berlin: Springer.
- Stocker D, Jäggi J, Legler V, Künzi K (2018). Erfolgskriterien mobiler Dienste in der Psychiatrie [Schlussbericht]. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien BASS AG.
- Thoma MV, Salas Castillo AN, Maercker A (2023). Psychische Störungen im Alter und ihre psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 73(12): 12.
- Thorning H, Dixon L (2020). Forty-five years later: The challenge of optimizing assertive community treatment. *Current Opinion in Psychiatry*. 33: 1.
- Wegleitner K, Schuchter P (2021). Handbuch Caring Communities, Sorgenetze stärken – Solidarität leben. Zentrum für Interdisziplinäre Alterns- und Care-Forschung (CIRAC) & Institut für Pastoraltheologie der Universität Graz. [https://fgoe.org/handbuch\\_caring\\_communities](https://fgoe.org/handbuch_caring_communities) (letzter Zugriff: 20.05.2025)
- White S et al. (2020). The effectiveness of one-to-one peer support in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 20(1): 534.
- Wood R, Wand APF (2014). The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 76(3): 175–192.
- World Health Organization (2021). Peer support mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. [www.who.int/publications/i/item/9789240025783](http://www.who.int/publications/i/item/9789240025783) (letzter Zugriff: 20.05.2025)