

PatientInnen mit Ess-Störungen in Bayern

**Empfehlungen der Konsensusgruppe zu
Prävention
Clearing
Therapie
und
Nachsorge**

**Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für
Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz**

Stand: Oktober 2003

Inhalt

1. Empfehlungen für die Prävention von Ess-Störungen
2. Empfehlungen für Beratung, Diagnostik und Clearing bei Ess-Störungen
3. Empfehlungen für die Therapie von PatientInnen mit Ess-Störungen
4. Empfehlungen für die Nachsorge bei Ess-Störungen
5. Glossar

6. Anhang
Mitglieder der Arbeitsgruppe
DGPPN: Behandlungsleitlinie Ess-Störungen, 2000.
APA: Guideline Eating Disorders (Executive Summary, 2000.
AWMF: Leitlinien Kinder-/Jugendpsychiatrie (2. Auflage), 2003.

Fragestellungen an die Arbeitsgruppe

- Was gehört zu einem qualifizierten, störungsspezifischen Disease Management?
- Wie kommt eine Patientin zum richtigen Zeitpunkt in eine qualifizierte Behandlung?
- Welche Minimalstandards sollen empfohlen werden?

Angaben zum Thema

Ess-Störungen sind psychische Erkrankungen mit oft jahrelanger Krankheitsdauer und evtl. letalem Ausgang. Die Prävalenz in Deutschland wird mit 3 bis 5% der Frauen im Alter zwischen 15 und 35 Jahren angegeben, die Mortalität beträgt 5,9 % (Sullivan, 1995: American Journal of Psychiatry 152:7, S. 1073f).

Tendenziell zeigt sich ein immer früherer Krankheitsbeginn (10. bis 12. Lebensjahr).

Zur Prävalenz bei Männern gibt es keine zuverlässigen Angaben.

Untergruppen

Diagnostisch werden Ess-Störungen nach den internationalen Klassifikationen (ICD-10, DSM IV) in die Krankheitsgruppen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, nicht näher bezeichnete Ess-Störungen (EDNOS) und seit 1994 die „Binge Eating“-Störung eingeteilt. Darüber hinaus können verschiedene Schweregrade und Krankheitsverläufe unterschieden werden.

Von klinischer Seite können folgende Untergruppen nach Schweregrad und Komorbidität beschrieben werden (s. Tab. 1):

- PatientInnen mit leichten Krankheitsverläufen, die mit einer ambulanten Behandlung ausreichend behandelt werden.
- PatientInnen mit mittelschweren Krankheitsverläufen, die einer stationären oder tagesklinischen Behandlungseinleitung und anschließend einer ambulanten Behandlung bedürfen.
- PatientInnen mit schweren Krankheitsverläufen, die vielfach mehrere stationäre Behandlungen im Wechsel mit ambulanten Therapien, Behandlung in therapeutischen WGs, sowie Akutbehandlungen in medizinischen, psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken benötigen, also mit längerem Krankheits- und Behandlungsverlauf.
- PatientInnen mit vital gefährdendem schwersten Krankheitsverlauf, die Notfallbehandlungen in medizinischen Kliniken (intensivpflichtig, im juristischen Sinne oft betreuungspflichtig kritisches Untergewicht, z.B. BMI < 12; schwere organische Begleiterkrankungen, z.B., kardiale Arrhythmien, schwere Elektrolytentgleisungen, Immundefizienz, Nephropathie) oder in psychiatrischen Kliniken (Suizidalität), benötigen.

In den beiden letzten Gruppen finden sich überdurchschnittlich häufig PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Zwangserkrankungen, Traumatisierungen sowie organischen Begleiterkrankungen.

Bei vital gefährdendem Krankheitsverlauf und fehlender Therapiemotivation oder Ablehnung einer Behandlung oder Selbstgefährdung ist zu prüfen, ob mit Einrichtung einer Betreuung die Behandlung (evt. geschlossen-psychiatrisch) durchzuführen ist. Bei akuter Suizidalität bzw. akuter vitaler Bedrohung sind medizinisch-psychiatrische, psychosomatische Notfallbehandlungen unabhängig von der Bereitschaft der PatientInnen durchzuführen.

Tabelle 1 Übersicht über Untergruppen nach Schweregrad und Komorbidität

Schweregrad	Therapie	Nachsorge
leichter Verlauf	ambulante Therapie ausreichend	bei Bedarf
mittelschwerer Verlauf	stationäre, dann ambulante Therapie teilstationäre, dann ambulante Therapie	immer
schwerer Verlauf	Wechsel: stationäre, ambulante Therapie, Krisenintervention, therapeutische WG etc.	jahrelang
vital gefährdender schwerster Verlauf	stationäre Therapie (evt. geschlossen), bei Ablehnung einer Behandlung evt. Einrichtung einer Betreuung, bei akuter vitaler Gefährdung medizinisch-psychiatrische, psychosomatische Notfallbehandlung	jahrelang evt. mit Betreuung

Trotz zahlreicher ambulanter, stationärer, teilstationärer Therapien und verschiedener Angebote von Beratungsstellen ist die Versorgungslage unbefriedigend. Die Behandlungsangebote verschiedener Kostenträger sind nicht koordiniert, PatientInnen wählen sich Behandlungen oft selbst ohne ausreichende Information und vorherige medizinische Diagnostik oder Indikationsstellung aus. Zahlreiche Therapien scheitern und 50% der PatientInnen haben auch nach 10 Jahren noch Ess-Störungen.

Internationale Behandlungsstandards sind bereits entwickelt, (APA, DGPPN, DKPM, DGPM, DGKJP).

Das medizinische und psychotherapeutische Angebot ist regional sehr unterschiedlich und wird oft von der anbietenden Einrichtung, der Region und Präferenzen der PatientInnen bestimmt. Eine qualifizierte medizinische, psychosomatische/ psychotherapeutische, psychiatrische und kinder- und jugendpsychiatrischen Differentialdiagnostik und Indikationsstellung vor Therapiebeginn wird bisher nicht flächendeckend angeboten.

Das Essverhalten ist gesellschaftlichen, sozialen, genetischen, psychischen Einflüssen unterworfen und individuell sehr veränder- und steuerbar.

Eine therapeutische Beeinflussung des Essverhaltens ist nur in Kooperation mit motivierten PatientInnen möglich.

Das Ziel einer qualifizierten Behandlung von PatientInnen mit Ess-Störungen besteht nicht nur in der Therapie des gestörten Essverhaltens und der Körperschemastörung, sondern auch in der Behandlung der medizinischen Folgen, der der Ess-Störung zugrunde liegenden psychischen, familiären und sozialen Konflikte sowie etwaiger zusätzlicher psychischer Störungen bzw. Erkrankungen.

Künftige strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management-Programme)

nach § 137 f SGB V sollten folgende Faktoren umfassen:

- eine möglichst frühzeitige Prävention,
- Clearing d.h. eine niederschwellige Beratung, eine medizinische, psychiatrische, psychosomatische und kinder- und jugendpsychiatrische Differentialdiagnostik und Case Management (siehe 2.4.3.) sowie Konsiliardienste,
- eine leitliniengestützte Therapie,
- eine professionelle Nachsorge.

1. Empfehlungen für die Prävention von Ess-Störungen

1.1 Definition von Prävention

Prävention ist Vorbeugung. Sie setzt ein, bevor eine Erkrankung auftreten kann und zielt auf die Verminderung der Inzidenz psychischer Störungen ab, während Behandlung/Therapie die Prävalenz verkleinert. Keine Prävention durchzuführen, schadet.

Primäre Prävention wendet sich an klinisch unauffällige Personen, sekundäre Prävention fokussiert auf eine Risikopopulation und tertiäre Prävention behandelt klinisch auffällige Personen mit dem Ziel der Therapie, Nachsorge und Rückfallprophylaxe.

1.2 Ziele primärer und sekundärer Prävention von Ess-Störungen

- Erhaltung der Gesundheit bei bislang hinsichtlich Ess-Störungen unauffälligen/gesunden Personen (primäre Prävention),
- Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Minimierung von Risiken, Aufbau o./u. Stärkung von Schutzfaktoren bei hinsichtlich Ess-Störungen gefährdeten Personen (sekundäre Prävention).

1.3 Risikofaktoren

Ziel der Prävention sollte die Identifikation und der Abbau von Risikofaktoren sein: Diätversuche; Beschäftigung mit dem Gewicht; Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper; mütterliche Diätversuche; Druck von Peergroups; Beeinflussung durch Medien.

Prävention sollte bei Kindern vor oder während des Prozesses der Pubertät beginnen.

1.4 Zielsetzung von Maßnahmen zur Prävention

Eine möglichst frühzeitige und kontinuierliche Prävention zielt auf Verhaltensweisen, Einstellungen und Werte ab, die über das Ernährungsverhalten (Essen) weit hinausgehen. Vorrangig geht es um das Erkennen und den Abbau von Risikofaktoren und den Aufbau von Schutzfaktoren. Autoaggressives und fremdaggressives Verhalten sind Ausdruck eines Defizits an Selbstwertgefühl und sozialer Kompetenz sowie an Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten.

Präventive Aktivitäten müssen außerdem auf die Kontextbedingungen (Lebensraum, die Umgebung von Kindern und Jugendlichen wie Kindergarten, Schule, Freizeiteinrichtungen) gerichtet sein.

1.5 Zielgruppen

- Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene aller Altersstufen, einschließlich StudentInnen,
- sogenannte Risiko-Gruppen wie u.a. HochleistungssportlerInnen, KunstturnerInnen, Ballett-TänzerInnen, Models,
- MultiplikatorInnen: Eltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, TrainerInnen ect.

1.6 Inhalte von präventiven Maßnahmen

- Wissensvermittlung über Körperbewusstsein, gesunde Ernährung,
- Aufklärung über Risikoverhalten in Bezug auf Ess-Störungen (z.B. Unzufriedenheit mit der eigenen Figur, Diäten, Frauenbild etc.),
- Enttabuisierung von Ess-Störungen,
- Anleitungen für den Umgang mit Betroffenen,
- Initiierung konstruktiver und kreativer Gemeinschaftsveranstaltungen in Form von „Unterrichtsgängen“, Aktionstagen, Workshops,
- Bereitstellung von geeigneten Materialien, z.B. Büchern, Videos, Flyern, Internet,
- Kooperation von Schülern, Lehrern, Eltern mit fachkompetenten Stellen und Medien,
- Begleitevaluation und Qualitätssicherung.

1.7 Wer soll Prävention durchführen?

- grundsätzlich Berufsgruppen, die mit der Beratung und Behandlung von PatientInnen mit Ess-Störungen befasst sind (z.B. ÄrztInnen, TherapeutInnen, Ernährungsfachkräfte, VertreterInnen der Jugendhilfe),
- Veranstaltungen zur Fortbildung über Ess-Störungen und ihre Komplikationen (Sekundärprävention) für Kinder- und JugendärztInnen, AllgemeinärztInnen, GynäkologInnen, InternistInnen, VertreterInnen der Jugendhilfe etc.

1.8 Finanzierung von Prävention

Es wird als vordringliche Aufgabe der Initiative des Gesundheitsministeriums angesehen, die Notwendigkeit der Prävention von Ess-Störungen als gesundheitsfördernde Maßnahme den Kostenträgern (z.B. Staat, Kommunen, Krankenversicherungen entsprechend den jeweiligen Zuständigkeiten) zu vermitteln.

2. Empfehlungen für Clearing bei Ess-Störungen

2.1 Definition

„Clearing“ ist eine Leistung, die drei Bausteine ggf. vernetzt (abgestimmt) anbietet. Beratung, Diagnostik und Case Management. Beratung ist niederschwellig, Diagnostik mittelschwellig und Case Management höherschwellig.

Zur Clearingleistung gehören:

- Kooperation mit anderen Hilfeeinrichtungen,
- Supervision,
- Dokumentation, Begleitevaluation und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

2.2 Ziel

Ziel einer Clearing-Leistung ist, dass jede PatientIn zum frühestmöglichen Zeitpunkt das für sie bestmögliche Hilfeangebot erhält.

2.3 Personelle Voraussetzungen

Die organisatorische Gestaltung einer Clearing-Struktur ist individuellen Notwendigkeiten (je nach z.B. örtlichen, räumlichen, personellen Vorbedingungen) anzupassen. Bei der Diagnostik muß die Möglichkeit medizinischer Komplikationen bei Ess-Störungen durch entsprechend fachärztliche Untersuchungen Rechnung getragen werden. Innerhalb dieser Struktur müssen multiprofessionelle Teams, die über besondere Kompetenz und Erfahrung in der Diagnostik und Therapie von Ess-Störungen verfügen, vorgehalten werden.

Diese sollen bestehen aus:

- FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und/oder psychotherapeutische Medizin,
- PsychologInnen, psychologischen PsychotherapeutInnen und/oder Kinder und JugendpsychotherapeutInnen,
- Dipl. SozialpädagogInnen,
- ÖkotrophologInnen und/oder DiätassistentInnen.

2.4 Bausteine des Clearings

2.4.1 Beratung

Im Beratungsprozess soll ein stabiler Rahmen geschaffen werden, der es den Betroffenen ermöglicht, über ihre Ess-Störung zu sprechen. Im Verlauf des Gesprächs/der Gespräche soll ein Zugewinn an Vertrauen in die eigene Befähigung zur Überwindung der Ess-Störung erreicht werden.

Folgende institutionelle Standards sind zu erfüllen:

- Zugangserleichterung (Niedrigschwelligkeit),
- spezifische Beratungssettings,
- spezifische Beratungsangebote (z.B. Ernährungsberatung).

Bausteine des Beratungsprozesses

Situationsabklärung:

- vorläufige Anamnese, unter besonderer Berücksichtigung der körperlichen Seite,
- ggf. Hinweis auf die Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchung und
- Behandlung,
- die Klärung der Erwartungen an die Beratung/den weiteren Verlauf,
- bisherige Beratung, Behandlung,
- Kontextklärung: Feststellung des familiären, sozialen, beruflichen Kontextes,
- Feststellung der Ressourcen: im Lebensumfeld, subjektive Befindlichkeit, Motivation.

Informationsvermittlung:

- über das Krankheitsbild,
- über bestehende Hilfeangebote (ambulante Einzel-, Gruppentherapie,
- stationäre/teilstationäre Therapie, Selbsthilfegruppen).

Motivationsabklärung und Förderung:

- Klärung der Bereitschaft zur Veränderung,
- Aufdeckung und Bearbeitung bestehender Ängste,
- Berücksichtigung des subjektiven Krankheitserlebens,
- therapiefördernde Begleitung bis zum Behandlungsbeginn.

2.4.2 Diagnostik

Für die Diagnostik von PatientInnen mit Ess-Störungen soll ein abgegrenztes und für Fachleute und Betroffene klar erkennbares Angebot vorgehalten werden:

- Diagnostik **vor** Behandlung,
- Diagnostik der Ess-Störung und einer möglichen Komorbidität nach ICD-10 einschließlich MAS bzw. DSM-IV,
- Leitlinienorientierung (APA, AWMF [DGPPN, DKPM, DGPM, DGKJP]).

2.4.3 Casemanagement

Casemanagement umfasst Therapieplanung und Hilfeplanung (SGB VIII) einschließlich der Organisation der Nachsorge. Die Zeithorizonte bei Therapie- und Hilfeplanung sind in akute, mittelfristige und langfristige Planungshorizonte zu unterteilen. In allen drei Planungshorizonten ist besonders auf die konkrete Psychotherapieplanung, bei Kindern und Jugendlichen auch auf Entwicklungsverläufe zu achten.

3. Empfehlungen für die Therapie von PatientInnen mit Ess-Störungen

Insbesondere bei der Behandlung von PatientInnen mit schweren Ess-Störungen ist mit medizinischen und psychischen Krisen zu rechnen. Es müssen daher zahlreiche personelle, organisatorische und koordinative Voraussetzungen erfüllt sein, um eine kompetente Therapie unter anderem im Rahmen eines Disease-Management-Programms zu gewährleisten. Dies gilt gleichermaßen für die Therapie von Erwachsenen wie die von Kindern und Jugendlichen.

3.1 Personelle Voraussetzungen

Die Therapie wird durchgeführt von speziell qualifizierten Berufsgruppen entsprechend der Leitlinien der Fachgesellschaften (DGPM, DKPM, DGPPN, DGKJP, AWMF), bestehend aus:

- ÄrztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie,
- ÄrztInnen für Psychotherapeutische Medizin,
- ÄrztInnen mit Zusatzqualifikation Psychotherapie,
- psychologische PsychotherapeutInnen,
- ÄrztInnen, für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
- Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen,
- konsiliarärztlicher Versorgung (z.B. Innere Medizin, Pädiatrie, Gynäkologie usw).

Ergänzend dazu sind vorzuhalten

- Fachkräfte für Kunst- und/oder Gestaltungstherapie,
- Fachkräfte für körperorientierte Therapie, Sport und Bewegungstherapie,
- ÖkotrophologInnen oder DiätassistentInnen,
- Dipl. SozialpädagogInnen,
- Pflegefachkräfte,
- im Kinder- und Jugendbereich zusätzlich Erziehungsdienst und Lehrkräfte.

3.2 Empfehlungen für den ambulanten Bereich

Für die ambulante Therapie werden folgende Minimalstandards für notwendig erachtet:

- Die therapeutischen Angebote sollten unter Leitung eines approbierten Heilberufes (siehe 3.1) stehen,
- sorgfältige diagnostische Abklärung (ICD-10 und/oder DSM IV),
- regelmäßige medizinische Mitbehandlungen, in Kooperation mit ÄrztInnen anderer Fachrichtungen,
- Verbindung zu den Koordinationsstellen für Psychotherapie der KVB,
- Bereitschaft zur Etablierung einer Basisdokumentation mit der Möglichkeit katamnestischer Untersuchungen regelmäßigen Durchführung von Katamnesen,
- Gruppen- und Einzeltherapie,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen.

3.3 Empfehlungen für den stationären und teilstationären Bereich

Allgemeine Gesichtspunkte

Hauptindikationen für die stationäre Aufnahme sind:

- sehr niedriges Körpergewicht oder andere medizinische Komplikationen,
- schwere Ess-Störungs-Symptomatik und/oder Suizidrisiko,
- nicht ausreichende ambulante Behandlungsmöglichkeit,
- notwendige Trennung von Familie oder Partner.

Therapeutische Angebote sollten folgende Bereiche abdecken:

- Programme zur Behebung von Untergewicht,
- Behandlung der Körperschemastörung,
- Angebote zur Überwindung bestehender psychischer, familiärer bzw. partnerschaftlicher und sozialer Schwierigkeiten,
- spezielle therapeutische Angebote für PatientInnen mit zusätzlichen
 - ❖ Achse-I-Störung (DSM-IV, Angsterkrankungen, sozialen Phobien, Depressionen, Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, PTSD/sexuellem Mißbrauch)
 - ❖ Achse-II-Störung (DSM-IV, z.B. dependenten, selbstunsicheren, Borderline-Persönlichkeitsstörungen).

Stationen für die Therapie von Ess-Störungen sollten:

- Akutaufnahmen ermöglichen,
- ein abgegrenztes Setting mit mindestens 5 Betten und eigenem Therapieprogramm haben. Die Behandlung von einzelnen PatientInnen mit Ess-Störungen zusammen mit PatientInnen mit psychiatrischen, anderen psychosomatischen oder Suchterkrankungen ist nicht zu empfehlen.
- standardisierte Therapieprogramme mit Gruppen- und Einzeltherapie anbieten,
- Qualitätssicherungsmaßnahmen gewährleisten,
- für vital gefährdete PatientInnen werden besondere Angebote vorgehalten.

Spezielle Gesichtspunkte bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Teilstationäre oder stationäre Therapien sollten möglichst in einem altersspezifischen Gruppenmilieu erfolgen:

- Jugendliche im Alter zwischen 16 und 18 Jahren sollten in Therapieeinrichtungen, die sich u.a. auf diese Altersgruppen spezialisiert haben, behandelt werden.
- Eine Gruppengröße von mindestens fünf essgestörten PatientInnen sollte nicht unterschritten werden.
- Therapieprogramme sollten multimodal und methodenintegrativ sein und sich an den relevanten Leitlinien orientieren.
- Wichtig ist auch die Eltern-, Familienarbeit/-Therapie sowie die Kooperation mit der Jugendhilfe.
- Wünschenswert ist die Kooperation mit einer betreuten, ggf. therapeutischen Jugendwohngruppe für diese Klientel.

4. Empfehlungen für die Nachsorge bei Ess-Störungen

4.1 Begriffsbestimmung

Nachsorge umfasst alle Maßnahmen, die anschließend an eine planmäßig durchgeführte qualifizierte Behandlung zur Rückfallprophylaxe, Tertiärprävention und zur Wiedereingliederung und Integration notwendig sind.

4.2 Ziele von Nachsorgemaßnahmen

Zu den wichtigsten Zielen gehören:

- Stabilisierung und Aufrechterhaltung eines Behandlungserfolges,
- Lebenshilfe bei primär krankheitsbedingter ungenügender Sozialisation,
- Verhinderung von Rückfällen,
- Verhinderung oder Verminderung des Risikos eines Überganges in andere psychische Störungen,
- berufliche und soziale Integration, bei Jugendlichen Förderung der Verselbständigung,
- Einbeziehung des familiären Umfeldes und Einleitung präventiver Maßnahmen bei gefährdeten Familienangehörigen (insbesondere Kinder),
- Verbesserung der Kommunikationsstrukturen in den betroffenen Familien.

4.3 Einfluss auf Nachsorgemaßnahmen

Art und Inhalt von Nachsorgemaßnahmen werden durch folgende Faktoren bestimmt:

- Diagnose (nach ICD-10 oder DSM-IV),
- psychische Komorbidität (z. B. Persönlichkeitsstörungen),
- medizinische Komplikationen,
- häusliches Milieu (z. B. Belastung durch psychische Störungen einschließlich Substanz- oder Alkoholabhängigkeit in der Familie),
- allgemeine Lebenssituation (Ausbildung, Beruf, Partnerschaft etc.),
- Risikofaktoren durch Milieu oder Beruf.

4.4 Nachsorgemaßnahmen

- ärztliche Überwachung,
- stützende Nachsorge durch geeignete Institutionen (z. B. qualifizierte Praxen, Ambulanzen, Beratungsstellen und Einrichtungen der Jugendhilfe),
- betreutes Wohnen,
- Selbsthilfegruppen (mit der Möglichkeit zur Supervision),
- qualifizierte Angebote im Internet,
- Jahrestreffen mit speziellen Angeboten für Trainingskurse (z. B. Esstraining in Workshops, Training in sozialer Kompetenz).

4.5 Organisation von Nachsorge

Es ist Aufgabe der TherapeutInnen (der therapeutischen Institution), mit PatientInnen Nachsorge vorzubereiten und diese im nötigen Umfang einzuleiten.

Nachsorge muss im Rahmen des Clearing-Verfahrens interdisziplinär und transparent organisiert werden. Es ist sinnvoll, Maßnahmen in einzelne Bausteine (Module) zu unterteilen und zu koordinieren.

Weitere wichtige Gesichtspunkte sind:

- Vernetzung mit allen geeigneten Institutionen, wie z. B. stationäre Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien,
- Angebote zur Beratung von Nachsorgeproblemen spezieller Gruppen von Betroffenen (wie z. B. Ess-Störungen bei Drogenabhängigen oder Inhaftierten, Bulimie bei Diabetikern, Ess-Störungen bei alten Menschen).

4.6 Finanzierung von Nachsorgemaßnahmen

Einer qualifizierten Behandlung von Ess-Störungen muss eine Nachsorge folgen.

Bei der Ausarbeitung eines Behandlungsplanes müssen Nachsorgemaßnahmen integriert und mit den Kostenträgern abgestimmt werden.

Für eine Diskussion mit Kostenträgern ist es sinnvoll, Nachsorgemaßnahmen in medizinische (therapeutische) Maßnahmen und solche zur Lebenshilfe, Eingliederungshilfe, Jugendhilfe und sonstige zu gliedern.