

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.



TRENDS UND ENTWICKLUNGEN IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

Fachtagung und Mitgliederversammlung: 17./18.
Juni 2015 in Rostock

Update S3 Leitlinie – wissenschaftliche Evidenz **mobiler multiprofessioneller Teams**

Stefan Weinmann, Berlin/Basel

Thomas Becker, Ulm/Günzburg

Das Besondere an der vorliegenden Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ist ihr diagnoseübergreifender Ansatz. Zielgruppe der Leitlinie sind Menschen mit schweren psychischen Störungen. Jedem praktisch Tätigen ist diese Gruppe von Patienten mit besonderen Hilfebedarfen deutlich vor Augen.

Die Leitlinie ordnet sich in das Leitlinienprogramm der AWMF ein und basiert auf der Methodik der Erarbeitung von S3-Leitlinien. Sie gibt Empfehlungen zu psychosozialen Interventionen, die hauptsächlich darauf abzielen, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen zu verbessern, in ihrem sozialen Umfeld weitestgehend selbstständig zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Dabei werden sowohl Interventionen auf der Systemebene (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams, Arbeitsrehabilitation) als auch »Einzelinterventionen«, die an verschiedenen Stellen des Versorgungssystems verortet sind (z. B. Psychoedukation) behandelt. Daneben werden Grundlagen psychosozialer Ansätze und Interventionen (z. B. Recovery-Orientierung und Empowerment) sowie Perspektiven der Selbsthilfe aufgezeigt. Spezifische Aspekte psychosozialer Interventionen an verschiedenen Schnittstellen wie Migration, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie sowie bei der Behandlung und Versorgung älterer Menschen, werden berücksichtigt. Schließlich wird die Frage der Implementierung der einzelnen Interventionen im deutschen Versorgungssystem diskutiert.

ISBN 978-3-642-30269-5



► springer.com



DGPPN



S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien
bei schweren psychischen Erkrankungen



DGPPN

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

S3-Praxisleitlinien
in Psychiatrie
& Psychotherapie



Springer

2013

PROZESS

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Juli 2009
Kick-off-
Veranstaltung

November 2012
Erscheinen der
Leitlinie

2014 Erscheinen der
Patienten-Leitlinie
& der Warte-
zimmerversion

2017 geplante
Aktualisierung der
Leitlinie




Januar 2011
Letztes von 7
Konsensus-treffen

Mai 2013 Internet-
präsenz unter dem
Dach der DGPPN

2014 Entwicklung
einer Kurzversion der
Leitlinie

GRUNDLEGENDE ASPEKTE METHODISCHER QUALITÄT

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

	Für den Anwenderkreis repräsentative Entwicklergruppe	Systematische Evidenzbasierung (Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur)	Strukturierte Konsensusfindung (Formale Technik)
S1 Handlungsempfehlungen von Expertengruppen	nein	nein	nein
S2k Konsensbasierte Leitlinie	ja	nein	ja
S2e Evidenzbasierte Leitlinie	nein	ja	nein
 S3 Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie	ja	ja	ja

LEITLINIENENTWICKLUNG

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Externes Peer-Review



Leitlinienentwicklung
supervidiert durch
**Arbeitsgemeinschaft der
Wissenschaftlichen
Medizinischen
Fachgesellschaften e.V.
(AWMF)** → Methoden-
Standards



Arbeitsgruppe

Teamleitung T. Becker, S.
Riedel-Heller, S. Weinmann



Expertengruppe

17 Expert/innen

Konsensusgruppe

40 Organisationen

EVIDENZEBENEN UND EMPFEHLUNGSGRADE

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.



Evidenzebene	Empfehlungsgrad	Beschreibung
Ia-Ib Metaanalysen, eine hochwertige RCT	A „soll“-Empfehlung	Die meisten Patienten sollen diese Intervention erhalten.
IIa, IIb, III Kontrollierte nichtrandomisierte Studien, quasiexp. Studien, nichtexp. Studien	B „sollte“-Empfehlung	Ein Teil der Patienten sollte nach Abwägung diese Intervention erhalten.
Expertenmeinungen	0 „kann“-Empfehlung	Die Therapie kann empfohlen werden.
Keine Studien durchführbar	KKP Klinischer Konsensuspunkt	Empfehlung als Ergebnis guter klin. Praxis im Konsens

RCT: Randomisierte kontrollierte Studie

S3 – Leitlinie Auswahl „Interventionen“: Psychosoz. Th.

- nach Verfügbarkeit in der Literatur?

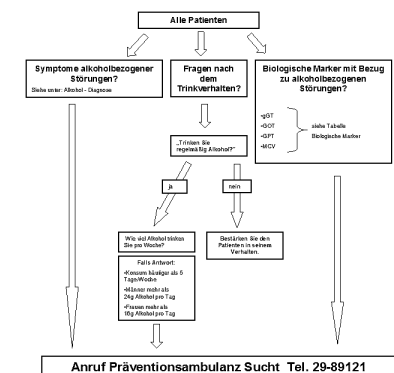
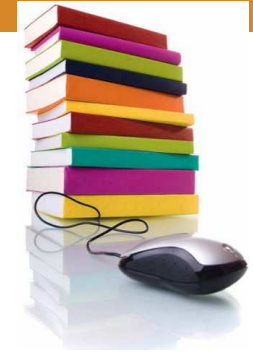
- Evidenzsuche und –bewertung **dessen, was beforscht wird?**

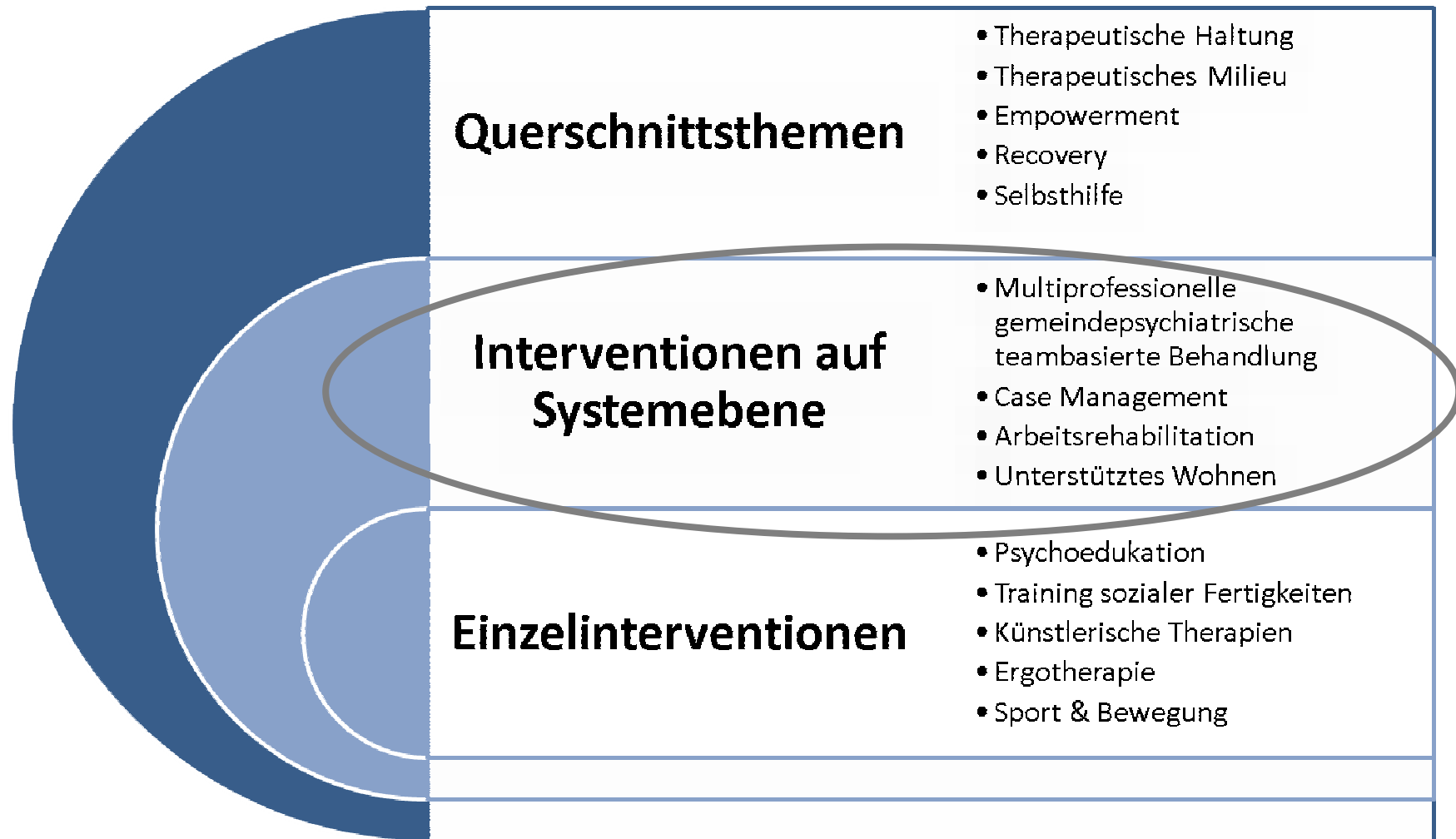
- Prüfung der Übertragbarkeit ins deutsche System?

- nach dem, was die Konsensusgruppe als relevante „Intervention“ betrachtet?

- Welche Optionen in der Behandlung gibt es in Deutschland?

- Suche und Bewertung nach „Evidenz“





- 1) Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams**
(Community Mental Health Teams = CMHT)
- 2) Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung**
(Assertive Community Treatment = ACT)
- 3) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld**
(Home Treatment = HT)

Enthospitalisierung:

Case Management (CM) und Assertive Community Treatment (ACT)

- Aufbau ambulanter Dienste, mehr Professionen zuständig → Expansion gemeindepsychiatrischer Teams (*community mental health teams*)

- Komplexität ↑ → **Bedarfserhebung, Koordination, Zuweisung**

- **Assertive Community Treatment** als intensivstes Modell von **CM**

Krankenhausersetzende Behandlung

- Dienste zur Behandlung akuter psychiatrischer Krisen außerhalb der Klinik

- → *Crisis intervention teams, Crisis resolution teams, Home Treatment*

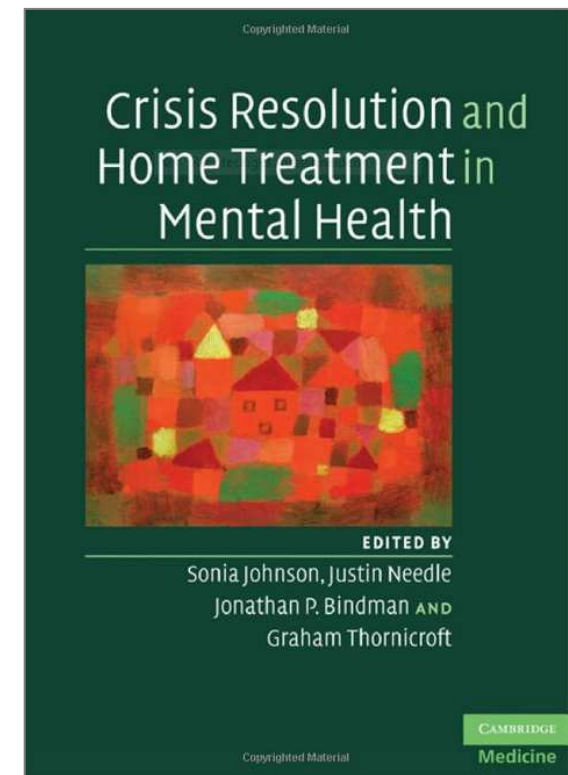
Ambulante Behandlung zuhause / in der Gemeinde

- Die Modelle *Stein und Test (1978) in USA* und *Hoult (Sydney, 1979)* ähnelten den Krisenteams (Rekrutierung der Patienten am Punkt der Einweisung in die Klinik)
 - setzten aber die gemeindepsychiatrische Behandlung über die Krise hinaus fort (***specialist services***)

1) Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams
(Community Mental Health Teams = CMHT)

2) Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung
(Assertive Community Treatment = ACT)

3) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld
(Home Treatment)

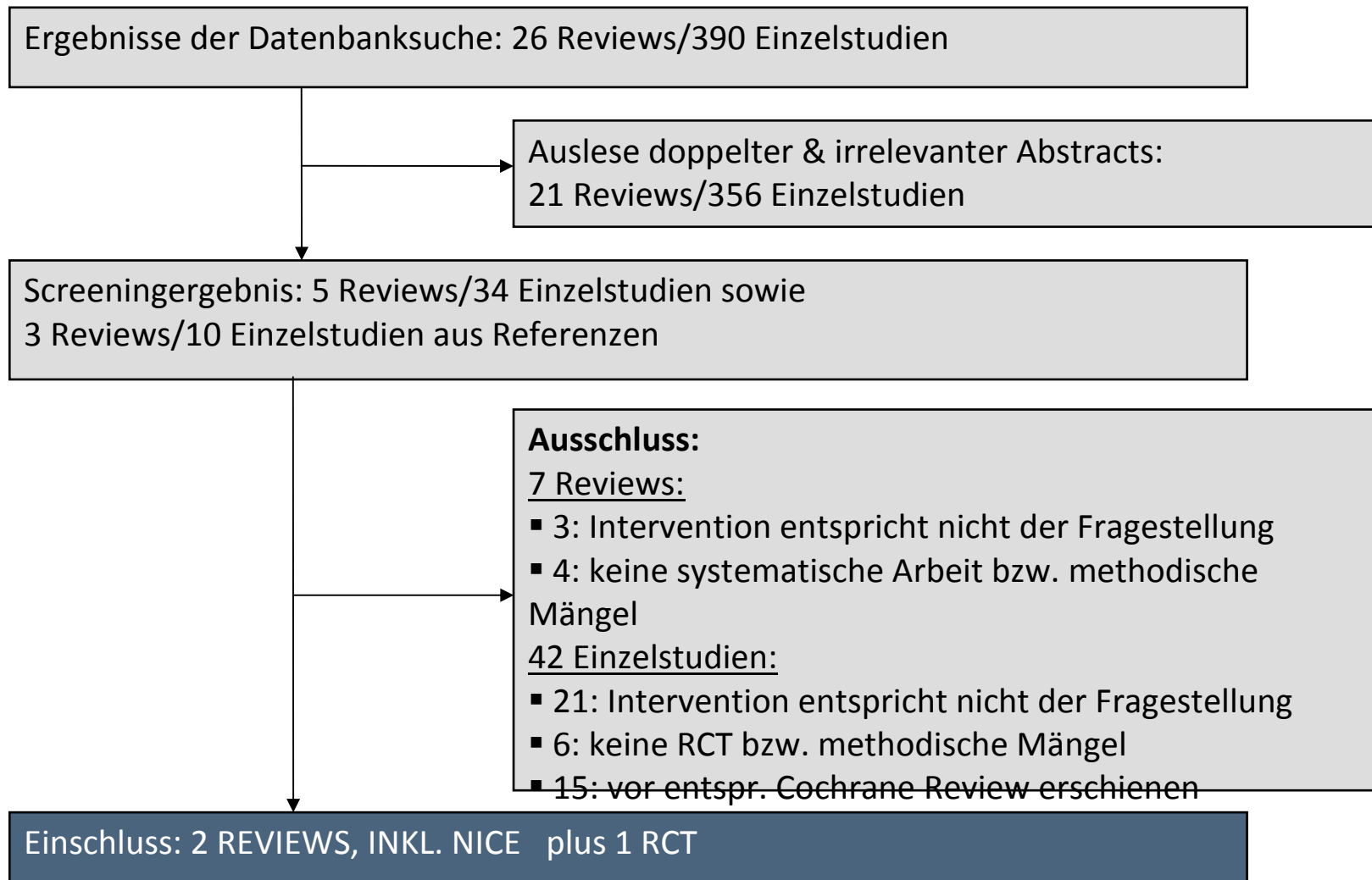


Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

- mobiles multiprofessionelles Behandlungsteam bei schweren psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen
- Behandlung im gewohnten Lebensumfeld der Betroffenen auf Grundlage eines gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplans
- Verfügbarkeit der Mitarbeiter bis zu 24 Stunden an 7 Tagen/ Woche (u.U. ergänzt durch Bereitschaftsdienste an Kliniken)
- Diagnostik und Übernahme aller ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Behandlungsansätze **als Alternative zur Krankenhausbehandlung**
- vs. vollstationäre Behandlung: Abklärung von Ressourcen/ Problemen Betroffener im Lebensumfeld, flexible Anpassung des Behandlungsplanes an Bedürfnisse, gutes Setting für psychosoziale Interventionen (Einbezug des sozialen Netzwerks), geringe Stigmatisierung, geringes Einschneiden in Alltag Betroffener und Angehöriger (*Brenner et al. 2000*)

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

ERGEBNISSE DER RECHERCHE



S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

	Metaanalyse Cochrane Review	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Randomisierte kontrollierte Studie
	Joy 2006	NICE 2009	Johnson 2005 McCrone 2009
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ Sterbefälle	~	~	~
↓ Symptomschwere	+	+	+
↑ Allgemeinzustand	~	+	k.A.
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k.A.	++	++
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten	k.A.	++	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k.A.
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ Beschäftigungssituation	~	k.A.	k.A.
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~	k.A.	~
Zufriedenheit und erlebte Belastungen			
↓ erlebte Belastungen, Angehörige	++	k.A.	k.A.
↑ Patientenzufriedenheit	++	++	+
↑ Angehörigenzufriedenheit	++	k.A.	k.A.
Kosteneffektivität			
↑ Kosteneffektivität	+	++	++

Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment)

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
k.A.: keine Angaben zu dieser Zielgröße
↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

Crisis intervention for people with severe mental illnesses

S. Murphy, C. Irving, C. E Adams, R. Driver

Cochrane Schizophrenia Group, The University of Nottingham,
Nottingham, UK, 2012

8 RCTs, 1144 Teilnehmer (3 neue Studien seit letztem Cochrane Review)

- weniger Klinkaufnahmen 6 Monate nach der Krise ($n = 369$, 2 RCTs, **RR 0.75**, 95% CI 0.50–1.13)
- geringere Last für Angehörige ($n = 120$, 1 RCT, **RR 0.34**, 95% CI 0.20–0.59).
- Signifikant höhere Patientenzufriedenheit ($n = 137$, 1 RCT)
- *Aber: kleine Studiengröße, Modell???*

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Journal of Mental Health, June 2012; 21(3): 285–295
© 2012 Informa UK, Ltd.
ISSN: 0963-8237 print / ISSN 1360-0567 online
DOI: 10.3109/09638237.2011.637999

informa
healthcare

REVIEWS

Crisis resolution teams in the UK and elsewhere

DIENEKE HUBBELING & ROBERTA

Wandsworth Crisis and Home Treatment T

Abstract

Background: Crisis resolution and home treatment teams were established nationwide in the UK to reduce hospital admissions. For CRTs was limited at the time of their implementation.
Aims: Review of the literature accumulated since 2000.
Method: Systematic narrative literature review of the literature and PsyINFO.
Results: The search revealed one randomised


Home Treatment Teams können Nutzung von Krankenhausbetten und Kosten bei gleich-wertiger Symptombesserung und Nutzerzu-friedenheit reduzieren

Kein Hinweis auf (schwere) Nebenwirkungen

Evidenz begrenzt bei CRT-Einführung, Literatur-Review von Arbeiten seit Implementierung UK (2000), 1 RCT/ naturalistische Studien, Summe der Studien sagt, dass CRT Nutzung von Krankenhausbetten und Kosten reduzieren kann, vergleichbares symptomatisches Outcome und Nutzerzufriedenheit, keine Evidenz, dass CRT ‚einziger Weg‘ ist, **keine klare Evidenz, dass unter CRT Zunahme ernster unerwünschter Wirkungen/ unfreiwilliger**


S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

THE LANCET Psychiatry

The Lancet Psychiatry, Volume 1, Issue 2, Pages 135 - 141, July 2014
doi:10.1016/S2215-0366(14)70250-0 
Published Online: 18 June 2014

Copyright © 2014 Elsevier Ltd All rights reserved.

Safety of patients under the care of crisis resolution home treatment services in England: a retrospective analysis of suicide trends from 2003 to 2011

Dr [Isabelle M Hunt](#) PhD , [Mohammad Shaiyan Rahman](#) MRCPsych , [David White](#) PhD , [Kirsten Windfuhr](#) PhD , Prof [Jenny Shaw](#) FRCPsych , Prof [Louis Appleby](#) FRCPsych , Prof [Nav Kapur](#) FRCPsych 

Summary

Background

Community care provided by crisis resolution home treatment teams is used increasingly as an alternative to admission to psychiatric wards. No systematic analysis has been done of the safety of these teams in terms of rates of suicide. We aimed to compare the rate and number of suicides among patients under the care of crisis resolution home treatment teams with those of psychiatric inpatients. We also assessed the clinical features of individuals who died by suicide in both home and hospital settings.

Methods

Methoden/ Ergebnisse

- Retrospektive Analyse 2003–2011, Pat. ≥ 18 Jahre
- 1256 Todesfälle durch Suizid (12% der Gesamtzahl) bei CRT-Patienten, durchschnittlich 140 Suizide pro Jahr
- Durchschnittl. Suizidrate in CRTs (14.6 pro 10.000 CRT Episoden) größer als Rate bei stationären Patienten (8.8 pro 10.000 Aufnahmen)
- Durchschnittliche Suizidrate in CRTs fiel um 18% zwischen ersten 2 und letzten 2 Jahren der Studie
- Bei 1/3 der Patienten (N = 428) in CRTs erfolgte Suizid innerhalb von 3 Monaten nach stationärer Entlassung

[\[Close\]](#)

Comment

THELANCETPSYCH-D-14-00243

SP

PII Requested

Balancing care for patients at risk of death by suicide



In *The Lancet Psychiatry*, Isabelle Hunt and colleagues present a report¹ comparing the number and rate of deaths by suicide among patients under the care of crisis resolution and home treatment (CRHT) teams in England with those of inpatients and people receiving care by other community teams. From 2003 to 2011, the mean number of suicides doubled for patients under the care of CRHT teams, from 80 in 2003 and 2004 to 163 in 2010 and 2011, whereas the mean number of deaths by suicide among inpatients halved over the study period, from 163 in 2003 and 2004

selection effect. CRHT caseloads include patients with varying degrees of illness severity.

Intensive case management is a care model that evolved from two original community models of care—assertive community treatment and case management. In a Cochrane review of this care model,⁴ no differences were reported in mortality by suicide between intensive case management and standard care (relative risk 0.68, 95% CI 0.31–1.51). In a suicide prevention study,⁵ a reduction in suicidal behaviour was noted when repeated follow-up contacts with patients were

Lancet Psychiatry 2014
Published Online
June 18, 2014
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70250-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70250-0)
See Online/Comment
[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70250-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70250-0)

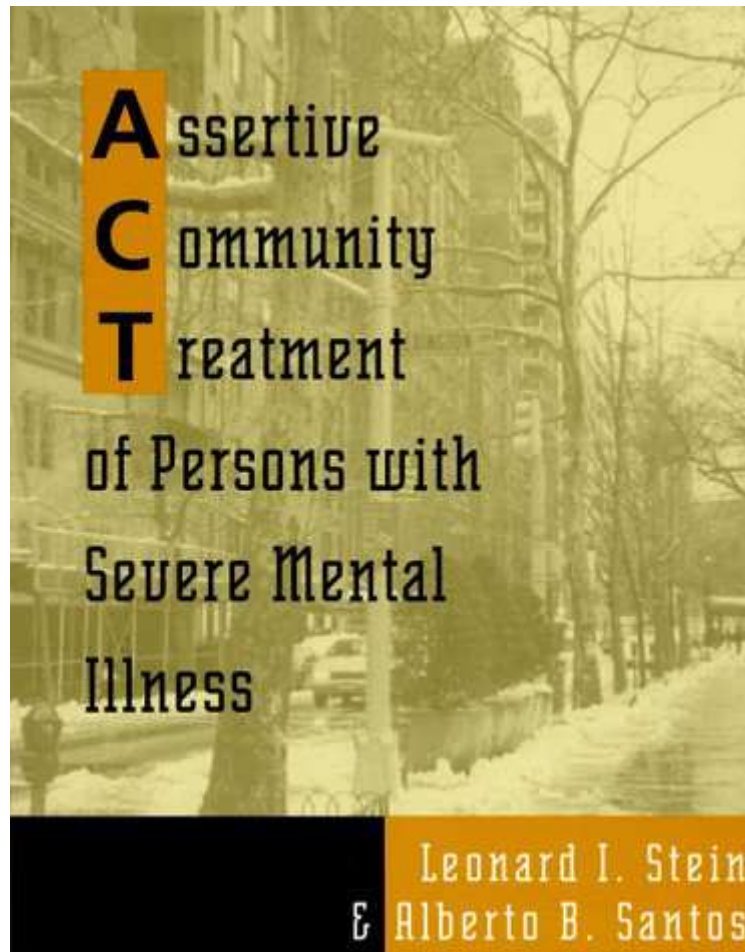
**Häufige Komponenten von HT-Angeboten mittels Clusteranalyse ermittelt,
Korrelation der Komponenten mit Wirksamkeit (Verweildauer)**

6 regelmäßige Komponenten:

- i. weniger Patienten pro Mitarbeiter
- ii. **regelmäßige Hausbesuche**
- iii. hoher Anteil Patientenkontakte zu Hause
- iv. **Verantwortung Gesundheit *und* Soziales**
- v. **multidisziplinäres Team**
- vi. Psychiater/in integriert

2 Komponenten (ii und iv) assoziiert mit Reduktion der Krankenhaustage

(Burns et al. 2006)



**1) Multiprofessionelle
gemeindepsychiatrische Teams**
(Community Mental Health
Teams = CMHT)

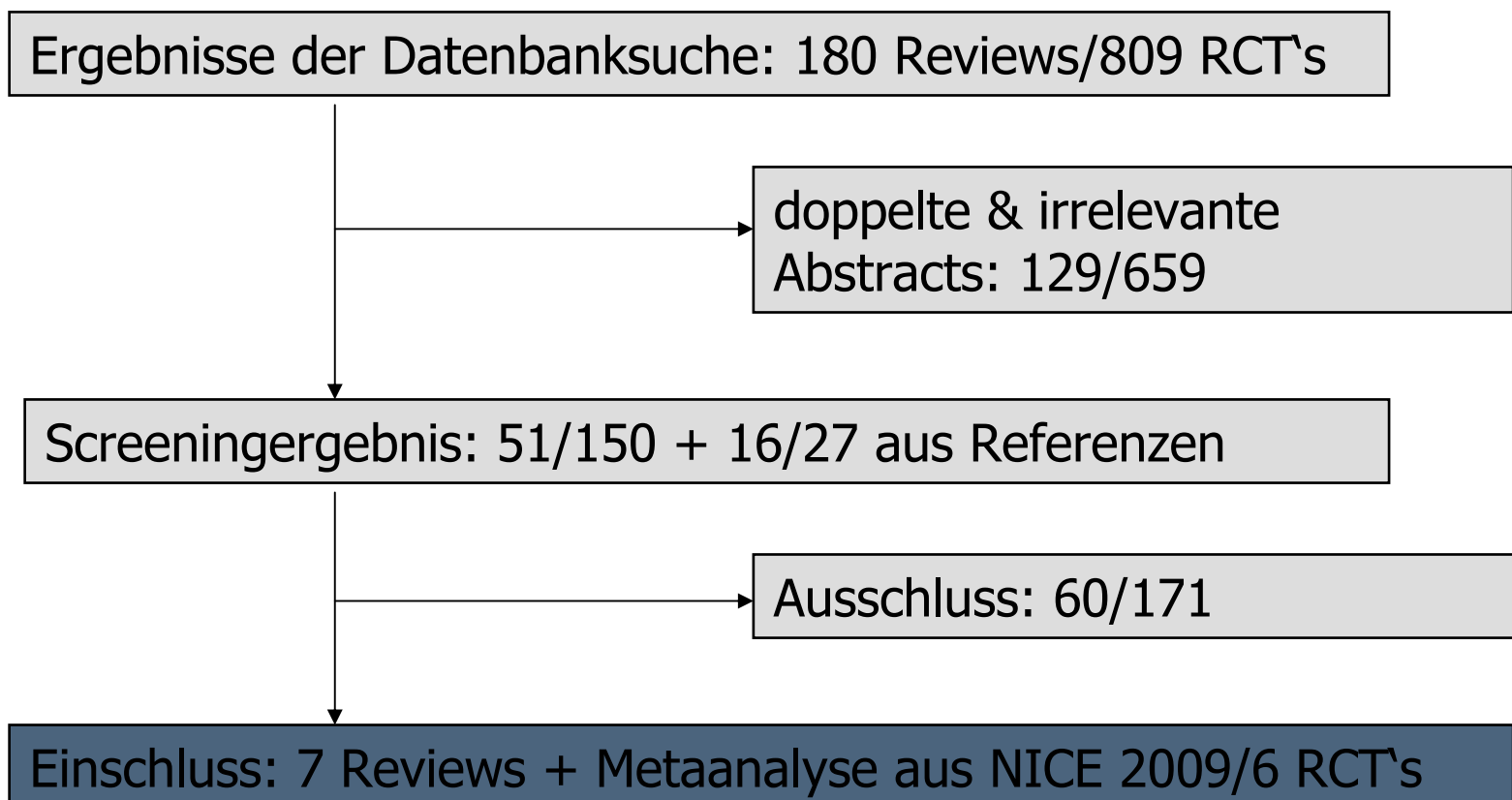
**2) Aufsuchende gemeindepsychiatrische
Behandlung**
(Assertive Community
Treatment = ACT)

**3) Akutbehandlung im häuslichen
Umfeld**
(Home Treatment)

Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung

(Assertive Community Treatment = ACT)

- Versorgungsansatz 1970er Jahre, in USA von Stein und Test als *Training in Community Living = TCL* entwickelt, Ziel langfristige Unterstützung im Lebensumfeld bei schweren psychischen Störungen
- Kontext Deinstitutionalisierung: viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aus psych. Krankenhäusern in Gemeinde entlassen, dort wenig angemessene Versorgungsangebote
- ACT v.a. in den USA weit verbreitet, aber auch in anderen Ländern, z.B. in Großbritannien unter dem Namen *Assertive Outreach*
- Multidisziplinäres Team (Ärzte, Psychol., Sozialarb., Pflege, Ergother.), gemeins. Team-Verantwortung, kleine Fallzahl, hohe Betreuungsintensität, 7 Tage pro Woche/ 24 Stunden, med. & soz. Angebote, Kontakt auch während stat. Behandlung, Einbezug soziales Netz



S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

EVIDENZ – VIELE STUDIEN...

Evidenz:	A) Systematische Reviews und Metaanalysen -Marshall & Lockwood 1998: <i>Einschluss von 26 Studien</i> -Metaanalyse der NICE Leitlinie "Schizophrenie" 2009: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Ziguras & Stuart 2000: <i>Einschluss von 35 Studien</i> -Zygmunt 2002 : <i>Einschluss von 7 Studien</i> -Nelson 2007: <i>Einschluss von 8 Studien</i> -Coldwell & Bender 2007: <i>Einschluss von 6 Studien</i> -Drake 2008: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Cleary 2008: <i>Einschluss von 5 Studien</i>	B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien -Harrison 2002 -Killapsy 2006 -Macias 2006 -Schonebaum 2006 -Gold 2006 -Sytema 2007
-----------------	---	--

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

	Effekte von ACT gegenüber		
	herkömmlicher Versorgung (k=17 Studien)	Krankenhaus-basierter Rehabilitation (k=3 Studien)	Case Management (k=6 Studien)
Krankheitsassoziierte Merkmale			
↓ der Sterbefälle	~	~	~
↓ der Symptomschwere	~	~	~
Behandlungsassoziierte Merkmale			
↓ stationäre Behandlungen	++	++	k.A.
↓ stationäre Behandlungszeiten	++	++	k.A.
↓ Behandlungsabbrüche	++	~	k.A.
Merkmale sozialer Inklusion/Exklusion			
↑ sozialer Funktionen	~	~	~
↑ Beschäftigungssituation	++	++	~
↓ von Obdachlosigkeit	++	++	++
↓ Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	~	++	~
Zufriedenheit & Lebensqualität			
↑ der Behandlungszufriedenheit	++	~	++
↑ der Lebensqualität	~	~	~
Kosteneffektivität			
↑ Kosteneffektivität	k.A.	k.A.	k.A.

Effekte von aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlung auf verschiedene Zielparameter (Marshall 1998)

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; +: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe, oder kleine Stichprobe
 ~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen
 k.A.: keine Angaben zu dieser Zielgröße
 ↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

EVIDENZ – VIELE STUDIEN...

Evidenz:	A) Systematische Reviews und Metaanalysen -Marshall & Lockwood 1998: <i>Einschluss von 26 Studien</i> -Metaanalyse der NICE Leitlinie "Schizophrenie" 2009: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Ziguras & Stuart 2000: <i>Einschluss von 35 Studien</i> -Zygmunt 2002 : <i>Einschluss von 7 Studien</i> -Nelson 2007: <i>Einschluss von 8 Studien</i> -Coldwell & Bender 2007: <i>Einschluss von 6 Studien</i> -Drake 2008: <i>Einschluss von 22 Studien</i> -Cleary 2008: <i>Einschluss von 5 Studien</i>	B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien -Harrison 2002 -Killapsy 2006 -Macias 2006 -Schonebaum 2006 -Gold 2006 -Sytema 2007
-----------------	---	--

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

EFFEKTE VON ACT

Effekte von ACT bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und Obdachlosigkeit	Effekte von ACT bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und Substanzmissbrauch
<p>↓ Obdachlosigkeit ↓ stationäre Behandlungen ↓ stationäre Behandlungszeiten → Effekte am größten bei Kombination von langfristig betreuten Wohnangeboten und aufsuchenden gemeindenahen Interventionen</p> <p><i>Nelson et al. 2007</i></p>	<p>↑ Compliance gegenüber Behandlung ↑ Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ↑ Lebensqualität ↓ stationäre Behandlungszeiten</p> <p><i>Drake et al. 2008</i></p>
<p>↓ Obdachlosigkeit ↓ psychiatrische Symptome</p> <p><i>Coldwell et al. 2007</i></p>	<p>↑ Compliance gegenüber Behandlung ↓ Substanzmissbrauch ↓ stationäre Behandlungen</p> <p><i>Cleary et al. 2008</i></p>

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

EVIDENZ – VIELE STUDIEN...

Evidenz:	A) Systematische Reviews und Metaanalysen	B) aktuelle randomisierte kontrollierte Studien
	<ul style="list-style-type: none">-Marshall & Lockwood 1998: <i>Einschluss von 26 Studien</i>-Metaanalyse der NICE Leitlinie "Schizophrenie" 2009: <i>Einschluss von 22 Studien</i>-Ziguras & Stuart 2000: <i>Einschluss von 35 Studien</i>-Zygmunt 2002 : <i>Einschluss von 7 Studien</i>-Nelson 2007: <i>Einschluss von 8 Studien</i>-Coldwell & Bender 2007: <i>Einschluss von 6 Studien</i>-Drake 2008: <i>Einschluss von 22 Studien</i>-Cleary 2008: <i>Einschluss von 5 Studien</i>	<ul style="list-style-type: none">-Harrison 2002-Killapsy 2006-Macias 2006-Schonebaum 2006-Gold 2006-Sytema 2007

EFFEKTE AUS JÜNGEREN EINZELSTUDIEN


S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Zielgrößen	Harrison- Read et al., 2002	Killapsy et al., 2006	Macias et al., 2006	Schonebaum et al., 2006	Gold et al., 2006	Sytema et al., 2007
Kontakterhalt zwischen Patienten & Helfern	k.A.	++	++	k.A.	k.A.	++
↓ von stationären Behandlungszeiten	~	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
↓ der Symptomschwere	~	~	k.A.	k.A.	~	~
↓ von Obdachlosigkeit	k.A.	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
↑ der Lebensqualität	~	~	k.A.	k.A.	~	~
↑ der Behandlungszufriedenheit	k.A.	++	k.A.	k.A.	k.A.	+
↑ sozialer Funktionen	~	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
Straffälliges Verhalten/Inhaftierung	k.A.	~	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Substanzmissbrauch	k.A.	~	k.A.	k.A.	k.A.	~
Kosteneffektivität	~	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Arbeitsbezogene Verbesserungen	k.A.	k.A.	- ¹	~/- ¹	++	k.A.

EFFEKTE AUS JÜNGEREN EINZELSTUDIEN

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Zielgrößen	Harrison- Read et al., 2002	Killapsy et al. 2006	et al.,	Schonebaum et al., 2006	Gold et al., 2006	Sytema et al., 2007
Kontakterhalt zwischen Patienten & Helfern				k.A.	k.A.	++
↓ von stationären Behandlungszeiten				k.A.	k.A.	~
↓ der Symptomschw ere				k.A.	~	~
↓ von Obdachlosigke it				k.A.	k.A.	~
↑ der Lebensqualität				k.A.	~	~
↑ der Behandlungszu friedenheit				k.A.	k.A.	+
↑ sozialer Funktioner n				k.A.	k.A.	~
Straffälliges Verhalten/Inhaftieru ng				k.A.	k.A.	k.A.
Substanzmissbrauch				k.A.	k.A.	~
Kosteneffektivität	~	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Arbeitsbezogene Verbesserungen	k.A.	k.A.	-1	~/-1	++	k.A.

 neuere Studien zeigen weniger deutliche Vorteile des ACT im Vergleich zur Standardbehandlung.

Warum?
 -Effekte der Reduktion stationärer Behandlungszeiten am höchsten, wenn Betroffene stationäre Angebote im Vorfeld intensiv nutzen
 -und bei hoher Modelltreue (hohe Übereinstimmung mit ACT-Prinzipien, Burns et al. 2007)
 -möglich: Kontrollbedingungen TAU werden „zu gut“

Norden , T., Malm, U., Norlander, T. (2012)
Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis

Resource Group ACT (Falloon model)

- *Betroffene und Angehörige sind Teil des ACT-Teams*
- *Selbst-gesetzte Ziele*

- **7 RCTs, 11 Beobachtungsstudien**

- Symptome: Mittlerer Effekt
- Soz. Funktionsniveau: Großer Effekt
- Gesamt-Effekt: Cohen´s $d = 0.80$

INTEGRIERTE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT PSYCHOTISCHEN ERKRANKUNGEN NACH DEM HAMBURGER MODELL

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

Das „Hamburger Modell“ bezeichnet ein integriertes Versorgungsmodell für schwer erkrankte Psychosebetroffene nach §140 SGB V. Es beinhaltet eine sektorübergreifende und langfristige Behandlung in einem Netzwerk.

Finanzierung: Managed Care Capitation-Modell (Jahrespauschale)

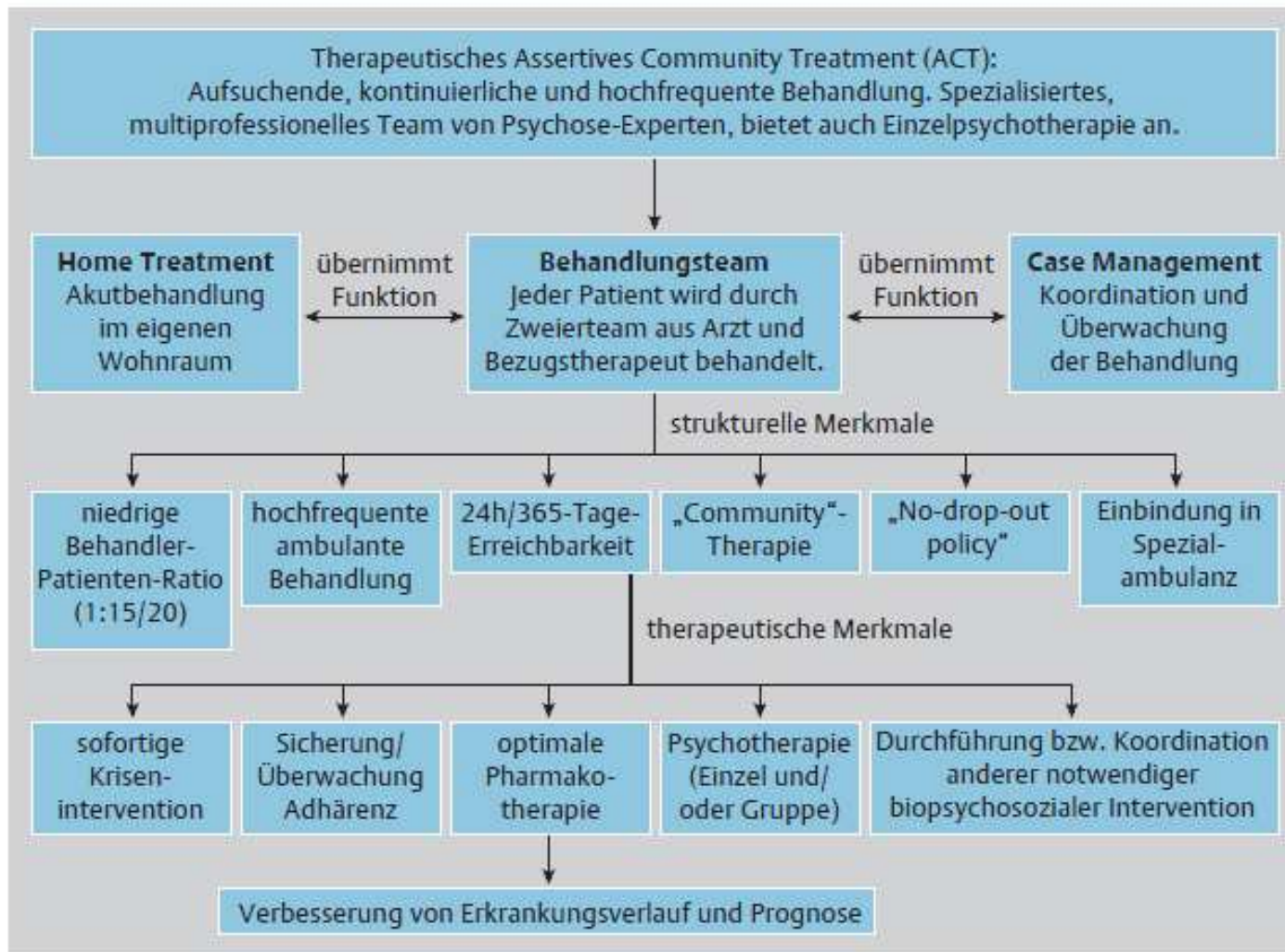
- Jahrespauschale beginnt am Tag der stationären Aufnahme
- Für die ersten 2 Jahre Jahrespauschale, dann gestufte Pauschalen je nach Schweregrad der Erkrankung
- Jedes Jahr neue Einstufung in Bezug auf



(Lambert et al. 2014)

INTEGRIERTE VERSORGUNG VON PATIENTEN MIT PSYCHOTISCHEN ERKRANKUNGEN NACH DEM HAMBURGER MODELL

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.



Therapeutisches ACT als Kernbestandteil des Hamburger Modells (Lambert et al. 2014)

S3 – Leitlinie

ERGEBNISSE DER ACCESS-STUDIE Psychosoz. Th.

- ACT bessere Symptomkontrolle
- ACT besseres Funktionsniveau
- ACT häufiger berufstätig
- ACT weniger Substanzmissbrauch
- ACT größere Behandlungskontinuität
- ACT mehr Behandlungskontakte
- ACT größere Behandlungszufriedenheit
- ACT weniger Klinikeinweisungen
- ACT weniger Kliniktage
- ACT keine Kostenreduzierung
- ACT effizienter als TAU

(Lambert et al. 2010, Karow et al. 2012)

BMJ

RESEARCH

Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression

Tom Burns, professor of social psychiatry,¹ Jocelyn Catty, research fellow,² Michael Dash, research assistant,² Chris Roberts, statistician,³ Austin Lockwood, research nurse,⁴ Max Marshall, professor of community psychiatry⁴

¹University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX

²Division of Mental Health, St George's, University of London, London SW17 0RE

³School of Epidemiology and Health Sciences, University of Manchester, Manchester

⁴Division of Psychiatry and Behavioural Sciences, University of Manchester, Preston

Correspondence to: T Burns
Tom.burns@psych.ox.ac.uk

doi:10.1136/bmj.39251.599.259.55

ABSTRACT

Objectives To explain why clinical trials of intensive case management for people with severe mental illness show such inconsistent effects on the use of hospital care.

Design Systematic review with meta-regression techniques applied to data from randomised controlled trials.

Data Sources Cochrane Central register of controlled trials, CINAHL, Embase, Medline, and PsychINFO databases from inception to January 2007. Additional anonymised data on patients were obtained for multicentre trials.

Review methods Included trials examined intensive case management compared with standard care or low intensity case management for people with severe mental illness living in the community. We used a fidelity scale to rate adherence to the model of assertive community treatment. Multicentre trials were disaggregated into individual centres with fidelity data specific for each centre. A multivariate meta-regression used mean days per month in hospital as the dependent variable.

of staffing. It might not be necessary to apply the full model of assertive community treatment to achieve reductions in inpatient care.

INTRODUCTION

Modern mental health services try to ensure that people with severe mental illness spend the minimum amount of time in hospital because unnecessary hospital care is wasteful, stigmatising, and disliked by patients. To achieve this goal, mental health services increasingly use intensive case management to care for severely mentally ill people at high risk of readmission. Such programmes have been set up across the United States healthcare system¹ and widely adopted in Canada, Australia, and Europe.^{2,3} In the United Kingdom, the national service framework has authorised the setting up of 170 high fidelity assertive outreach teams.⁴

Assertive outreach was previously referred to in the UK as intensive case management, a somewhat broader term emphasising small caseloads. It is the

- Einschluss von 29 Studien, die Intensive Case Management (ICM) mit herkömmlicher gemeindepsychiatrischer Behandlung verglichen
- Berücksichtigung verschiedener Einflussfaktoren, um die unterschiedlichen Befunde zu erklären

Ergebnisse

- Behandlung durch Intensive Case Management (ICM) bei hoher Inanspruchnahme stationärer Behandlung am effektivsten bezüglich „Reduktion stationärer Behandlungstage“

→ Erklärungen:

- in Regionen mit gut entwickelter gemeindenaher Versorgungslandschaft erfolgen stationäre Behandlungen vermutlich nur bei absolut notwendiger (enger) Indikationsstellung, d.h. selten
- in Regionen mit wenig Gemeindepsychiatrie und hoher Betten-Nutzung kann ICM größere Reduktion stationärer Behandlungstage bewirken
- größere „Modelltreue“ mit Verringerung stationärer Behandlungstage verbunden
- Kontrollbedingung „treatment as usual“ zu gut

Einschluss von 38 Studien zu Intensive Case Management
(Dieterich et al. 2010)

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M

Mit Hilfe von ICM können gegenüber SC positive Effekte erreicht werden:

- Reduzierte stationäre Aufnahmen
- Reduzierte Behandlungsabbrüche
- Verbesserte soziale Funktionen



ICM ist insbesondere für die Patienten mit SMI und hoher Hospitalisation von Bedeutung (ca. 4 Tage / pro Monat innerhalb der letzten 2 Jahre); zudem steigt die Effektivität mit der Nähe zum ACT-Modell

Case Management kann **nicht uneingeschränkt für die Routineversorgung** aller Patienten **empfohlen** werden, sollte jedoch nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen (z.B. geringe Versorgungsdichte von gemeindepsychiatrischen Ansätzen in einer Region und/oder hoher Inanspruchnahme von stationären Behandlungen) gezielt zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: B, Evidenzebene: Ia

Case Management im Sinne einer fachlichen Organisation der Hilfen durch eine beauftragte Person aus dem Kreis der am Einzelfall beteiligten Leistungserbringer sollte **zur Abstimmung und Koordination der notwendigen Hilfen** zur Anwendung kommen.

Empfehlungsgrad: KKP

Empfehlungen 1-3

Gemeindepsychiatrische teambasierte multiprofessionelle ambulante Behandlung **in definierten Regionen soll** zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **etabliert werden**.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams **sollen** Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **wohnortnah und erforderlichenfalls aufsuchend behandeln**.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Menschen mit schweren psychischen Störungen in **akuten Krankheitsphasen sollen die Möglichkeit haben**, von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen **in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden**.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Modell

- Vehikel zur Durchführung von „Behandlung“
- Spezielle Form von Behandlung

Organisation/Struktur
vs. Inhalt

- Focus exklusiv auf Krisen und Verhinderung stationärer Aufenthalte (ökonomisch sinnvoll) ?
- Keine Einbeziehung von „worried well“, die spezialisierte Dienste sonst nicht in Anspruch genommen hätten ?
- Gate keeping ?
- Nähe zum Krankenhaus?
- Spezielle Professionen?
- Zusammenarbeit mit anderen?

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
