

Neue Entwicklungen in der systemischen Psychotherapie: Home Treatment

Prof. Dr. med. Urs Hepp

Patientennah – Engagiert – Vernetzt

Neue Entwicklungen in der systemischen Psychotherapie: Home Treatment

(ClinicalTrials.gov: NCT02322437)

Unterstützt durch die Hugo & Elsa Isler-Stiftung

Patientennah – Engagiert – Vernetzt

1. Einleitung

- Hintergrund: Weshalb Home Treatment?
- Begriffsbestimmung: Was ist Home Treatment?

2. Methoden

3. Ergebnisse

4. Unterschiede in der Behandlung

5. Diskussion

Einleitung

Fallbeispiel

17-Jährige Patientin mit Manie

Will keine Behandlung

4 Jahre später: 2. manische Episode

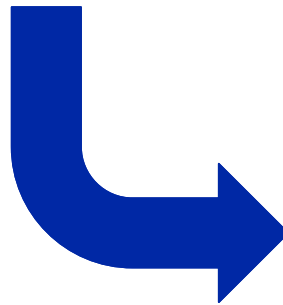
Mittlerweile Mutter eines 3-jährigen Kindes, alleinerziehend

Will auf keinen Fall in die Klinik

Hausbesuch

Wie weiter?

Home Treatment

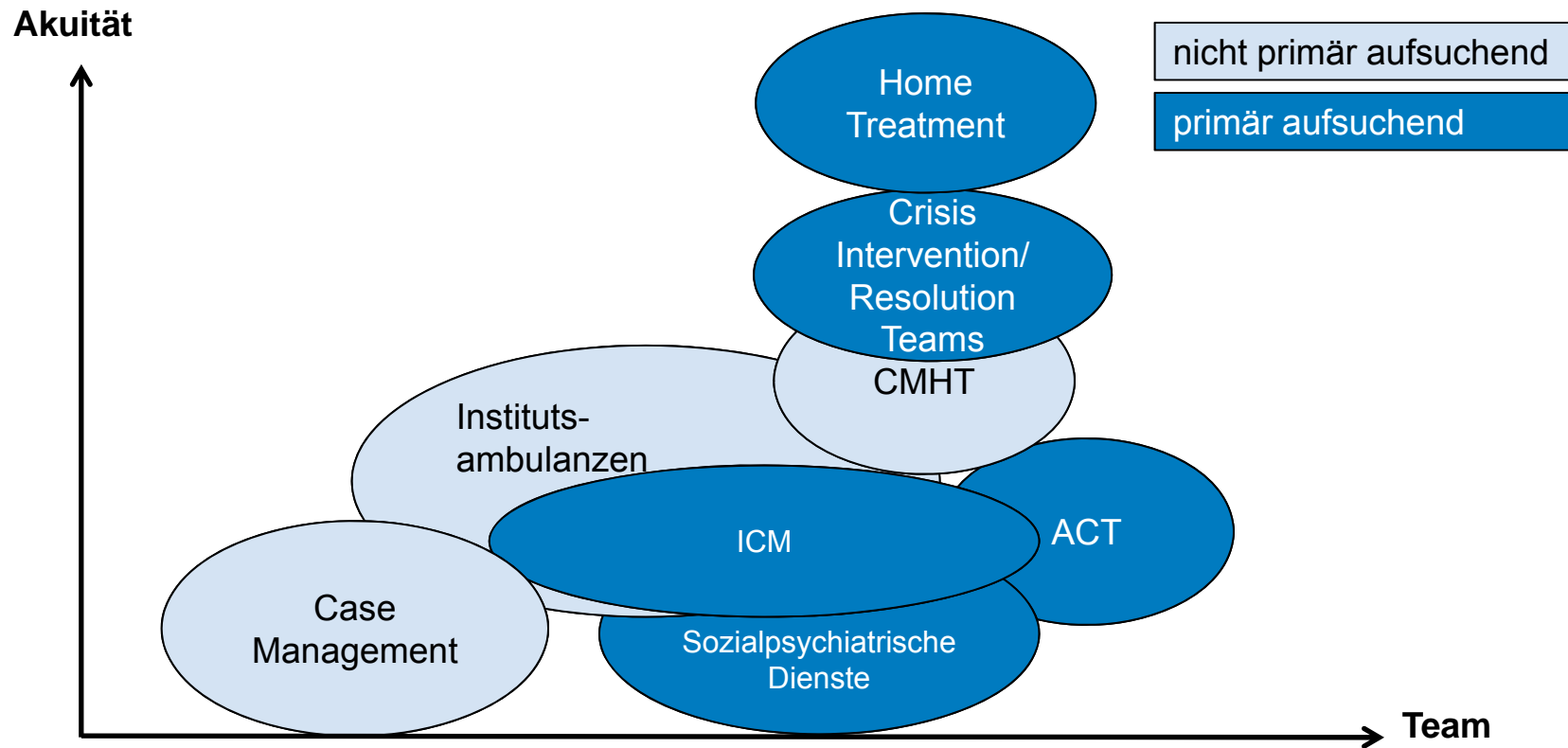


Home Treatment

Behandlung von **schwer und krisenhaft** psychisch erkrankten Patienten im **häuslichen Umfeld** statt in der psychiatrischen Klinik durch **mobile und multi-professionelle Teams**, die rund um die Uhr verfügbar sind. Home Treatment ist eine **Alternative zur Klinikbehandlung**, erfolgt **episodisch und zeitlich begrenzt** in akuten Krankheitsphasen und sollte die Länge eines Klinikaufenthaltes nicht überschreiten.



Gemeindepsychiatrie

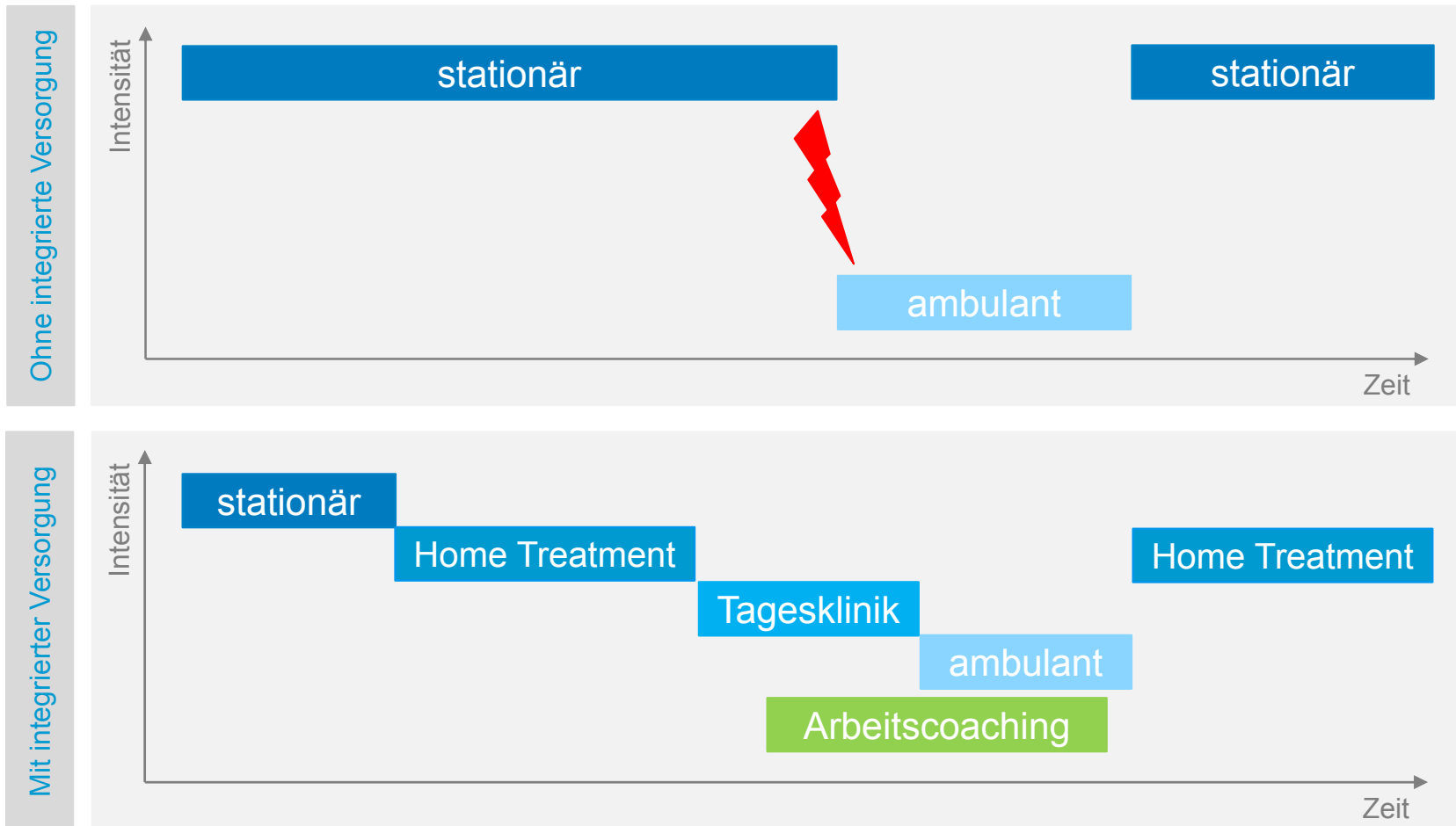


Modifiziert nach: DGPPN. S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen». Berlin: Springer; 2013.

Finanzierung

- Duales Finanzierungssystem
 - Stationär: Fixbetrag pro Pflage-tag (ca. 50% Kanton, ca. 50% KK)
 - Ambulant: TARMED
- Finanzierung nicht-stationärer Angebote ist nicht gesichert
- Innovative Versorgungsangebote (z.B. Case Management, Home Treatment, integrierte Behandlungen ambulant–mobil–teilstationär–stationär) sind über TARMED nicht finanzierbar

Integrierte Versorgung



Versorgungsregion



ca. 80% der Aargauer Bevölkerung erreichbar

Betriebsdaten

- **Rund um die Uhr-Erreichbarkeit**
 - Zwei-Schicht-System mit Pikett-Dienst
- Duale Fallführung (Arzt/Psychologin und Pflegefachperson)
- Bezugspersonenpflege
 - Umsetzung nicht konsequent möglich («total team approach»)
- Tägliche gemeinsame Rapporte (ausser Sa/So)
- Wöchentliches Reporting zu den Ergebnisvariablen

Stand der Forschung

Behandlungsleitlinien: Höchster Evidenzgrad für «Akutbehandlung im häuslichen Umfeld» (DGPPN. S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen». Berlin: Springer; 2013).

ABER:

Evidenz für Home Treatment i.e.S. ist limitiert, inkonklusiv und nur fraglich auf Schweizer Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen anwendbar

➔ Evaluation von Home Treatment mit stringenten, aber pragmatischen Studiendesigns

Stand der Forschung

«Crisis intervention for people with severe mental illnesses»

(Murphy et al. Cochrane Database Syst Rev. 2015;12)

8 RCTs ($n=1144$ Patienten): Kriseninterventionsmodelle (\neq Home Treatment) vs. Standardbehandlung (meist in Klinik) bei schweren psychischen Erkrankungen (i.d.R. Schizophrenie) in akuten Krisen:

- 5 RCTs: bereits älter (1964–1992) → nur fraglich auf heutige Versorgungsstrukturen übertragbar.
- 2 RCTs: Fokus auf «crisis houses» oder «home-like acute residential facilities»
- 1 RCT: nicht ausschliesslich stationär behandlungsbedürftige Patienten (ca. 30% in Kontrollgruppe nicht hospitalisiert).

«... only eight small studies... could be included and evidence for the main outcomes of interest is low to moderate quality. If this approach is to be widely implemented it would seem that more evaluative studies are still needed.»

Fragestellung

Fragestellung

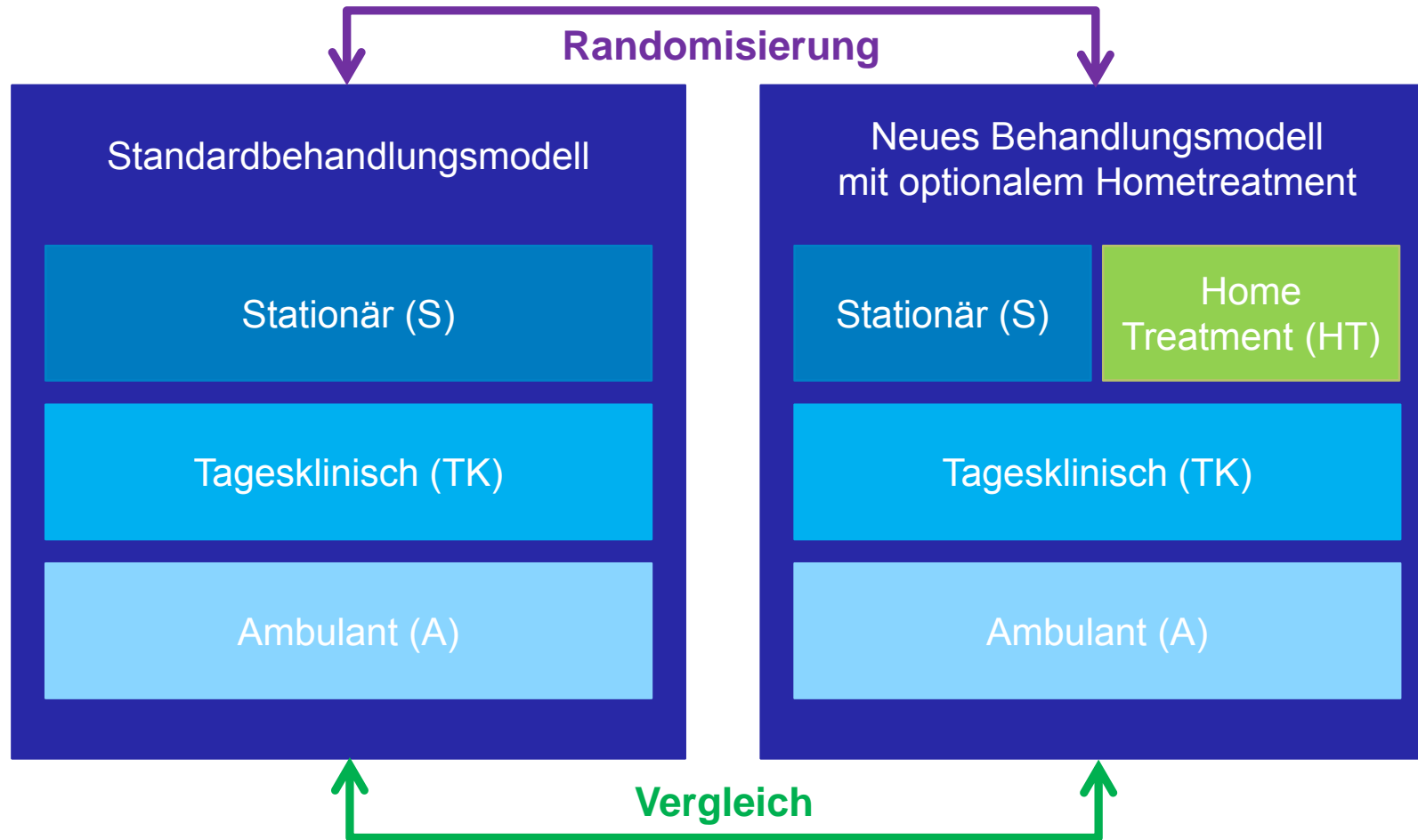
*Führt das Home Treatment
ohne Qualitätseinbussen zu einer
Reduktion des stationären Behandlungsbedarfs
und der **direkten Behandlungskosten**
bei **schwer psychisch kranken Menschen**
mit **stationärer Behandlungsindikation?***

Methoden

Einschlusskriterien

- **Indikation für stationäre Behandlung**
- **Alter: 18-64 Jahre**
- Fester Wohnsitz im Kanton Aargau ab Königsfelden mit dem Auto innert 30 Minuten erreichbar
- Hauptdiagnose (ICD-10): **F2–F6**, F8–F9
- Keine Alkohol-, Kokain- oder Opiatabhängigkeit, keine hirnorganische Störung (F0), keine Intelligenzminderung (F7) (weder Haupt-, noch Nebendiagnose)

Systemintervention: Behandlungsmodelle



Endpunkte

Primäre Endpunkte:

- Anzahl stationäre Behandlungstage
- Anzahl Behandlungstage insgesamt (d.h. stationär und/oder zu Hause)

Sekundäre Endpunkte:

- Anzahl Rehospitalisationen
- direkte Behandlungskosten
- Symptombelastung und soziales Funktionsniveau (HoNOS und BSCL)
- Patienten- und Angehörigenzufriedenheit (PoC-18)

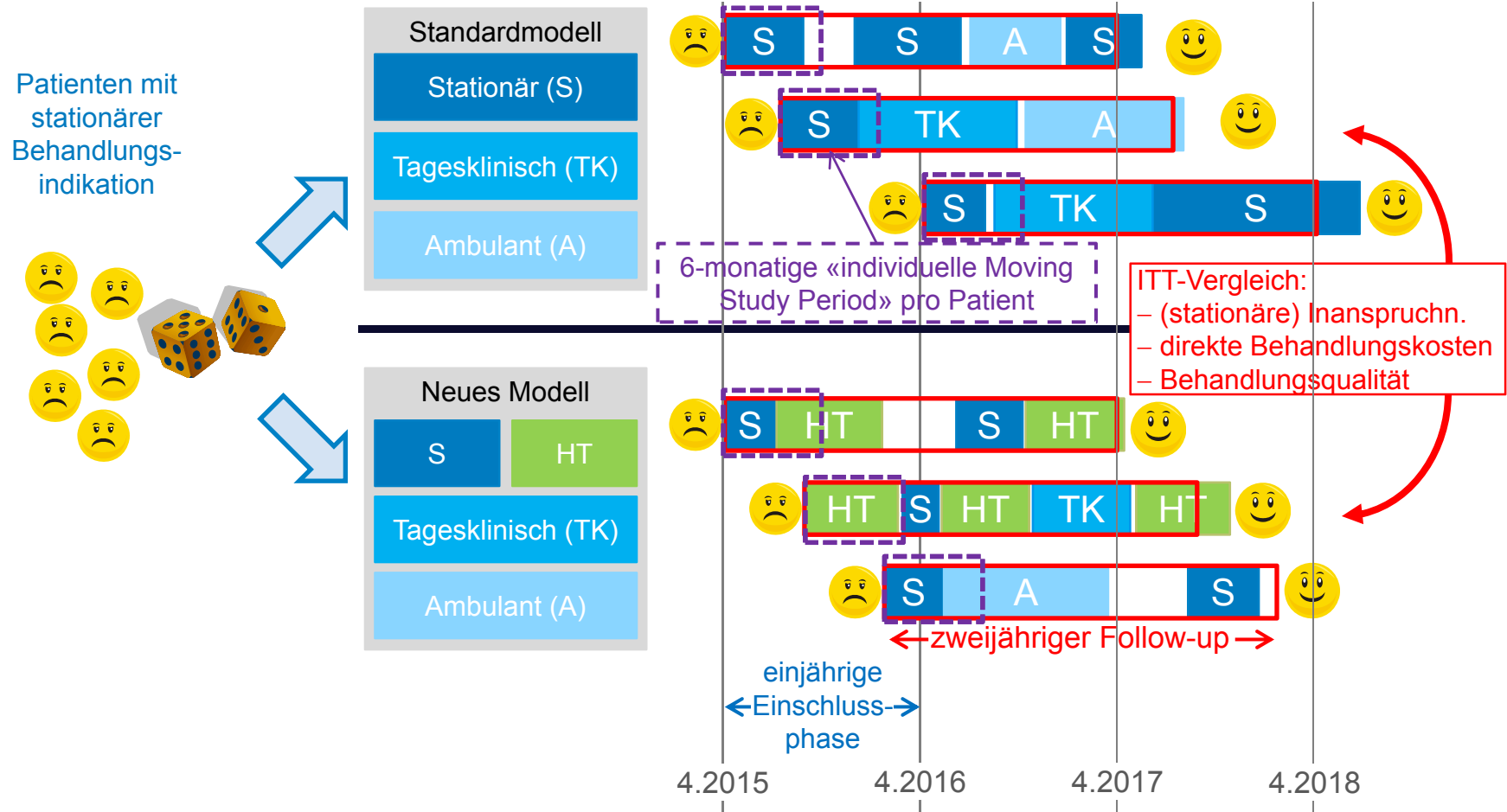
Instrumente

- Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)
- Pflichterhebung bei Ein- und Austritt (ANQ) sowie alle 14 Tage (TARPSY-Pilotprojekt)
- Fremdeinschätzung durch Kliniker
- 12 Items (Skala: 0-4)
 - Verhalten (3 Items)
 - Beeinträchtigung (2 Items)
 - Symptome (3 Items)
 - Funktionsniveau (4 Items)

HoNOS-D Rating

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist.		Legende: Tragen Sie für jedes Item 0 - 4 oder 9 in die Kästchen ein.	
	0	1	
	2	3	
	4	9	
	kein Problem	klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf	
	leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden	eher schweres Problem	
	schweres bis sehr schweres Problem	nicht bekannt / nicht anwendbar	
1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten	<input type="checkbox"/>	8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme	<input type="checkbox"/>
2) Absichtliche Selbstverletzung	<input type="checkbox"/>	<i>Falls andere psychische /verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an</i>	
3) Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	A Phobisch	B Angst
4) Kognitive Probleme	<input type="checkbox"/>	C Zwangsgedanken/ -handlungen	D Psychische Belastung / Anspannung
5) Probleme in Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung	<input type="checkbox"/>	E Dissoziativ	F Somatoform
6) Probleme in Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	G Essen	H Schlaf
7) Gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	I Sexuell	J Andere (Spezifizieren)
		9) Probleme mit Beziehungen	<input type="checkbox"/>
		10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>
		11) Probleme durch die Wohnbedingungen	<input type="checkbox"/>
		12) Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag	<input type="checkbox"/>

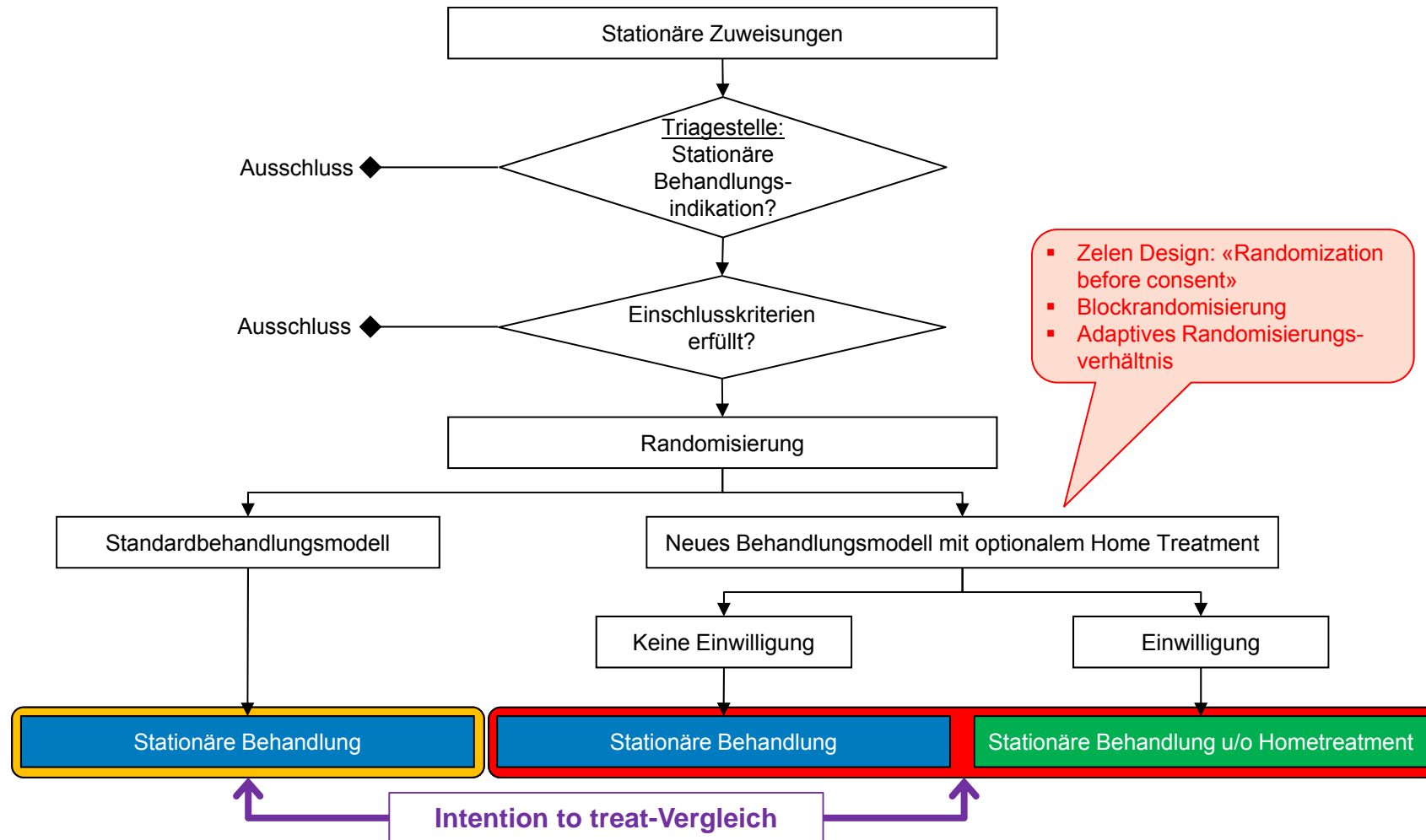
RCT zum Vergleich zweier Behandlungsmodelle



Randomisierung

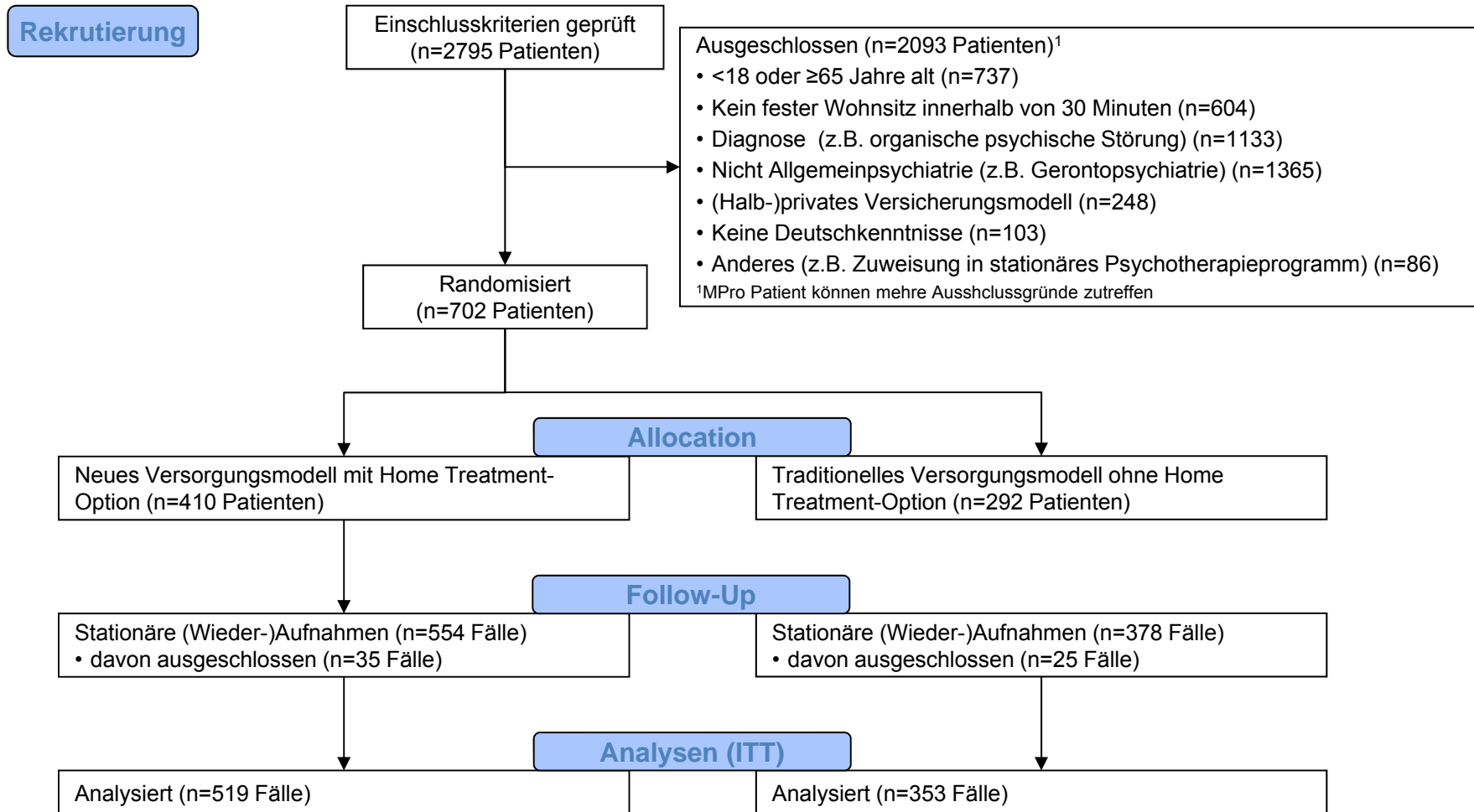
- Ausschluss von «Refuser» kann externe Validität der Studienergebnisse limitieren
- Rekrutierung von Patienten in psychiatrischen Krisen/Notfällen als besondere Herausforderung: Urteilsfähigkeit? Möglichkeit der geordneten Gesprächsführung?
- «Single randomized consent design» (Zelen, 1992)
 - TAU als qualitativ gute Standardbehandlung
 - keine evidenzbasierten Kriterien für Hometreatment-Eignung
 - Einschluss von Patienten mit initial nicht gegebener Einwilligungsfähigkeit
 - Beschränkung auf administrative Daten/Routinedaten → keine Mehrbelastung
- Blockrandomisierung (Blockgrösse variierend: 3-8)
- Adaptives Randomisierungsverhältnis

Studienablauf



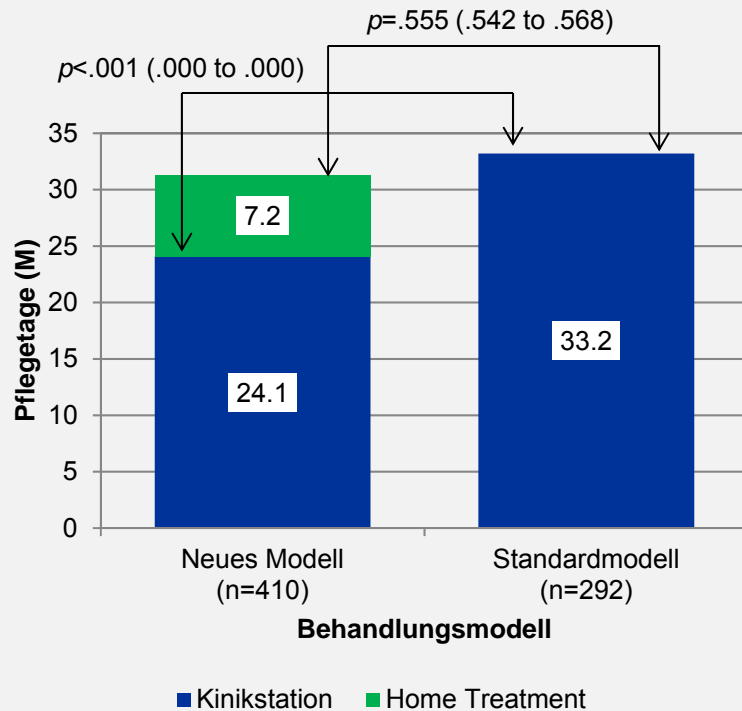
Resultate

CONSORT Flowchart

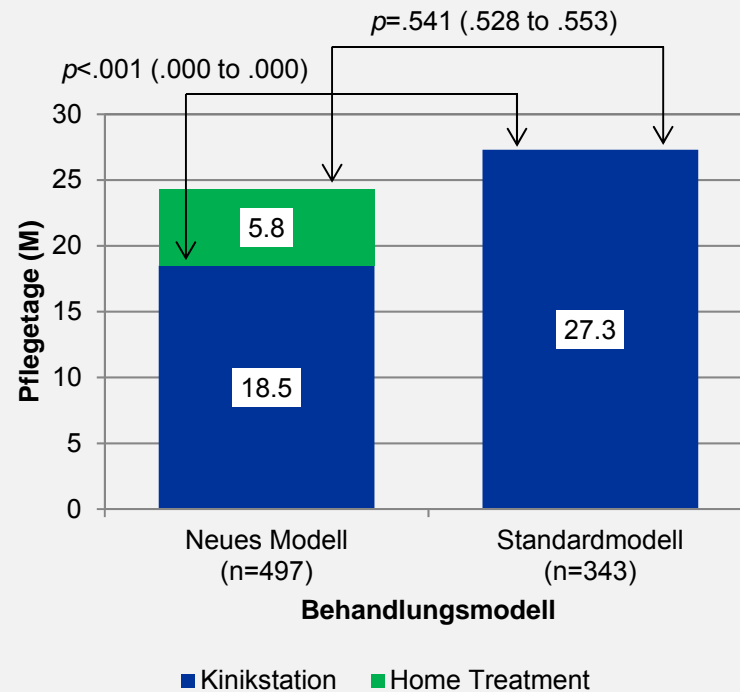


Primärer Endpunkt

Durchschnittliche Anzahl Pflageitage pro Patient: Intention to treat-Analyse



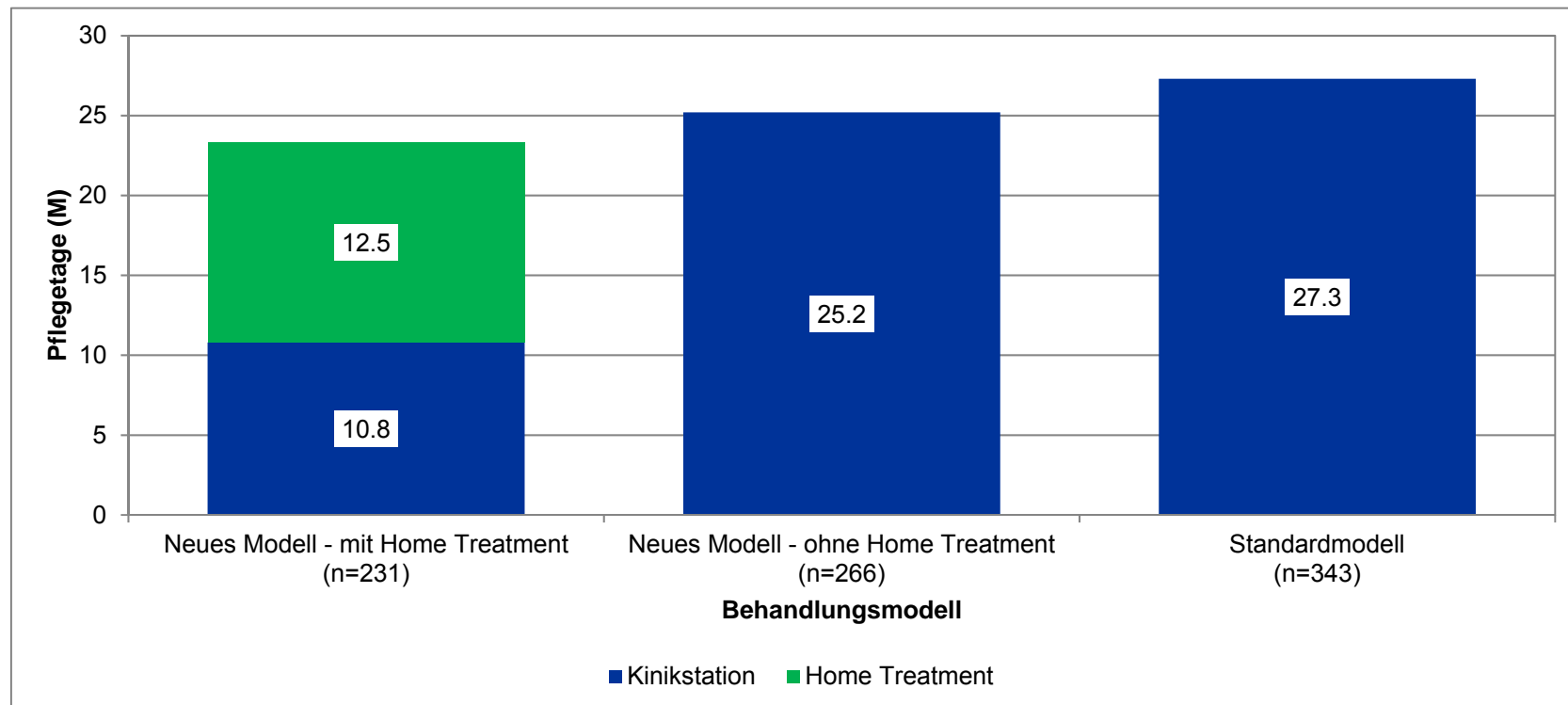
Durchschnittliche Anzahl Pflageitage pro abgeschlossenen (!) Fall: Intention to treat-Analyse



Note: Mann-Whitney U-test: Monte Carlo method (99% CI)

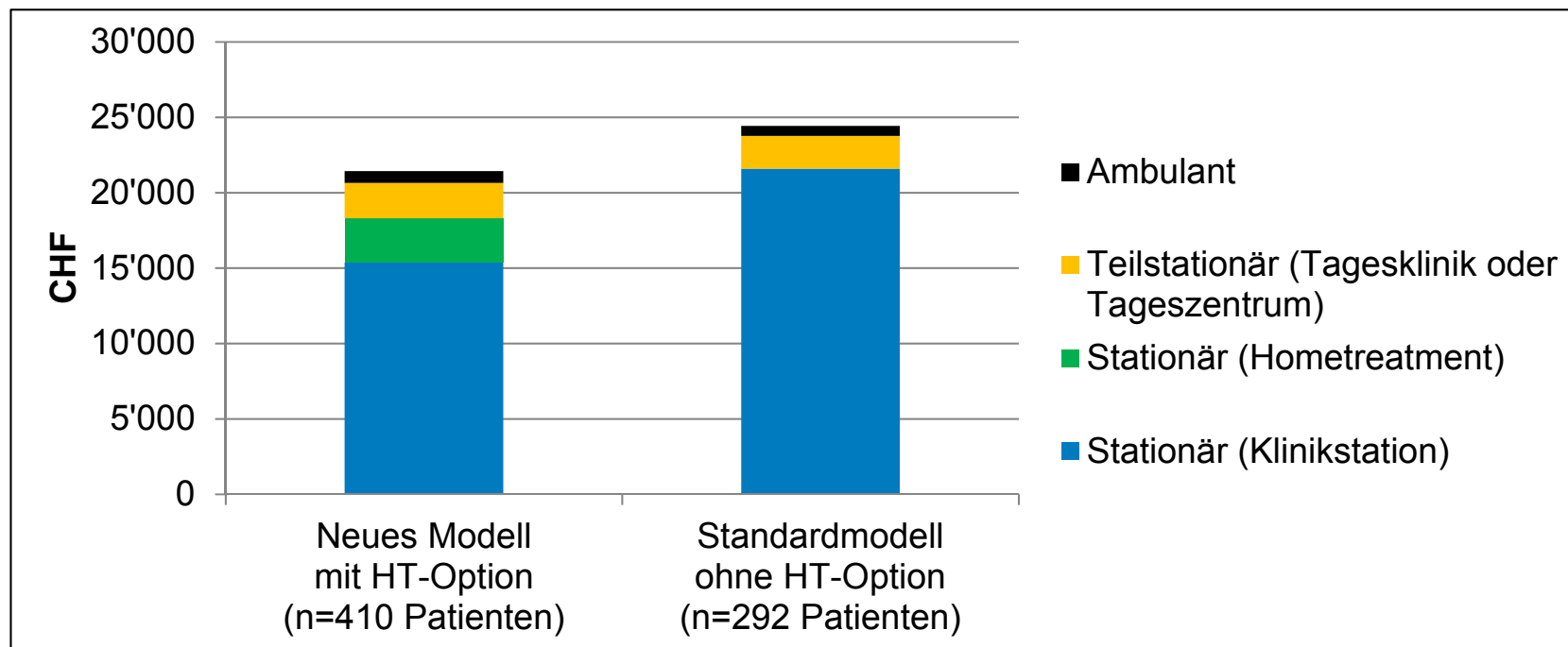
Primärer Endpunkt

Durchschnittliche Anzahl Pflegetage pro abgeschlossenen (!) Fall: As treated-Analyse



Behandlungskosten für Leistungsfinanzierer

Durchschnittliche Behandlungskosten pro Patient in den PDAG während der Follow-up-Phase¹



Gesamtkosten Neues Modell vs. Standardmodell: -12.3%

¹Berechnungsgrundlage: CHF 650.- für jeden verrechneten stationären Pflege-tag, CHF 410.- für jeden verrechneten Home Treatment-Pflege-tag, CHF 390.- für jeden verrechneten teilstationären Pflege-tag sowie alle (ambulanten) TARMED-Leistungen und alle verrechneten (Halb-)Tagespauschalen für Tageszentren.

Wer wird zu Hause behandelt?

	Neues Behandlungsmodell		<i>p</i>
	Behandlung (phasenweise) zu Hause	Behandlung ausschliesslich auf Station	
Abgeschl. Behandlungen, <i>n</i> (%)	231 (46.5%)	266 (53.5%)	
Alter (in Jahren), <i>M</i> (<i>SD</i>)	40.4 (11.9)	38.2 (13.2)	.053
Geschlecht, <i>n</i> (%)¹			
männlich	95 (41.3%)	119 (44.7%)	.468
weiblich	135 (58.7%)	147 (55.3%)	
Fürsorg. Unterbringung, <i>n</i> (%)			
ja	48 (20.8%)	51 (19.2%)	.655
nein	183 (79.2%)	215 (80.8%)	
Hauptdiagnose (ICD-10)^{2,3}			
F2	66 (48.9%)	69 (51.1%)	<.001
F3	128 (56.1%)	100 (43.9%)	
F4	27(30.0%)	63 (70.0%)	
F6	5 (15.6%)	27 (84.4%)	
Andere (z.B. Z)	2 (22.2%)	7 (77.8%)	
HoNOS-Eintritt (Total Score) , <i>M</i> (<i>SD</i>)⁴	13.9 (6.0)	14.5 (7.0)	.330

¹*n*=1 fehlender Wert; ²Austrittsdiagnosen; ³*n*=28 fehlende Werte; ⁴*n*=37 fehlende Werte

Weshalb kein Home Treatment?

Gründe für das Ausbleiben von Home Treatment	n (%)
Ablehnung durch Patient	104 (39.1%)
Kurzer stationärer Aufenthalt (≤ 7 Tage) und/oder keine stationäre Behandlungsindikation mehr	71 (26.7%)
Klinisches Zustandsbild (z.B. akute Suizidalität)	51 (19.2%)
Schwierige oder unklare Wohnverhältnisse (z.B. häusliche Gewalt oder gekündigte Wohnung)	19 (7.1%)
Verlegung in andere Klinik oder spezialisierte stationäre Psychotherapie	18 (6.8%)
Ablehnung durch Angehörige	7 (2.6%)
Anderer Grund (z.B. Übertritt in betreutes Wohnen geplant)	5 (1.9%)
Einschlusskriterien nicht (mehr) erfüllt	3 (1.1%)
Kein freier Behandlungsplatz	2 (0.8%)
Unklarer Grund	3 (1.1%)
Fehlende Angabe	7 (2.6%)

Anmerkung: n=266 abgeschlossene Behandlungen mit Home Treatment-Option, aber ohne Behandlung im häuslichen Umfeld.
Mehrfachnennungen möglich.

Stationäre Behandlung vs. Hometreatment

Therapeutische Beziehung

Was ist anders im Hometreatment

- Die Behandler sind zu Gast bei den Patienten
- Die Angehörigen und das Umfeld sind „automatisch“ involviert
- Kinder psychisch kranker Eltern können nicht übersehen werden
- Die Behandlung erfolgt im gewohnten Umfeld – unmittelbare Qualitätskontrolle
- Kulturelle Unterschiede zwischen stationären und aufsuchenden Behandlungsteams

Schlussfolgerungen

Limitationen

- Vorläufige Befunde
- Pragmatische, realitätsnahe Studie mit relativ liberalen Einschlusskriterien, aber wenigen (dafür «harten») klinischen Endpunkten
- Systemintervention: Keine spezifischen Behandlungsprotokolle, individuell angepasste Behandlungsstrategie
- Keine Verblindung der Patienten, Behandler und Rater

Preliminäre Schlussfolgerungen

- Home Treatment führt zu Reduktion der stationären Behandlungstage
- Gesamtdauer der Akutbehandlung nimmt durch Home Treatment nicht zu
⇒ «echte» Substitution der stationären Akutbehandlung (verbunden mit geringeren direkten Behandlungskosten).
- HomeTreatment scheint (zumindest kurzfristig) nicht mit erhöhten Wiedereintrittsraten einherzugehen
- Knapp die Hälfte der Patienten können (früher oder später im Behandlungsverlauf) mit Home Treatment behandelt werden
- Abgesehen von einem fehlenden «Home» sowie akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bisher kaum Hinweise auf absolute Kontraindikationen (z.B. Diagnosen oder FU).
- Home Treatment kann stationäre Versorgung nicht vollständig ersetzen («balanced care»)!

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. med. Urs Hepp
urs.hepp@ipw.zh.ch

Dank:

*Niklaus Stulz, Lea Wyder, Lienhard Maeck, Matthias Hilpert,
Helmut Lerzer, Eduard Zander
Hometreatment Team*