

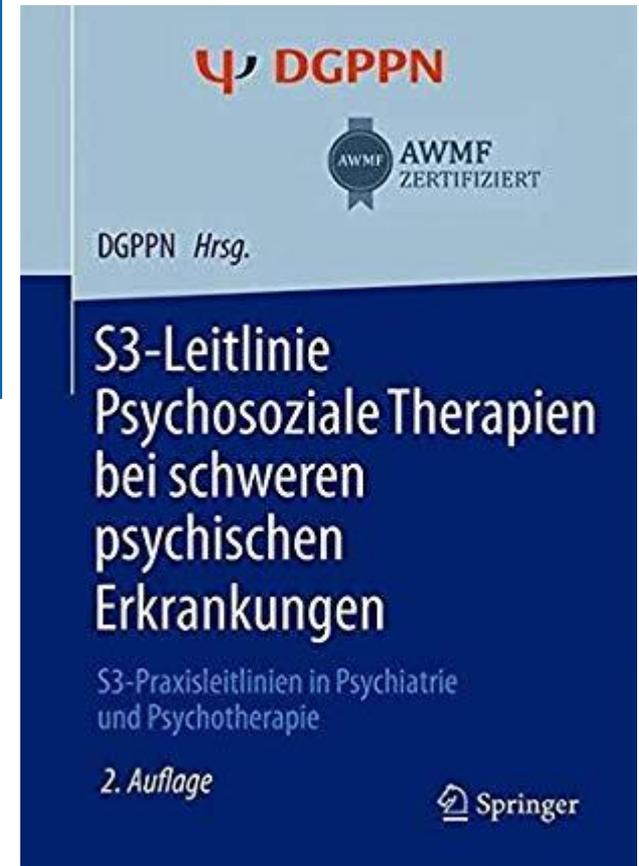
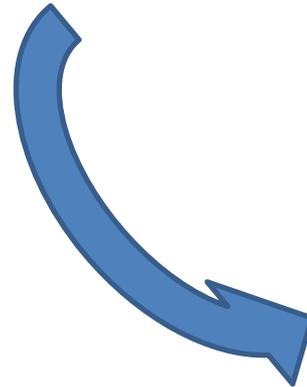
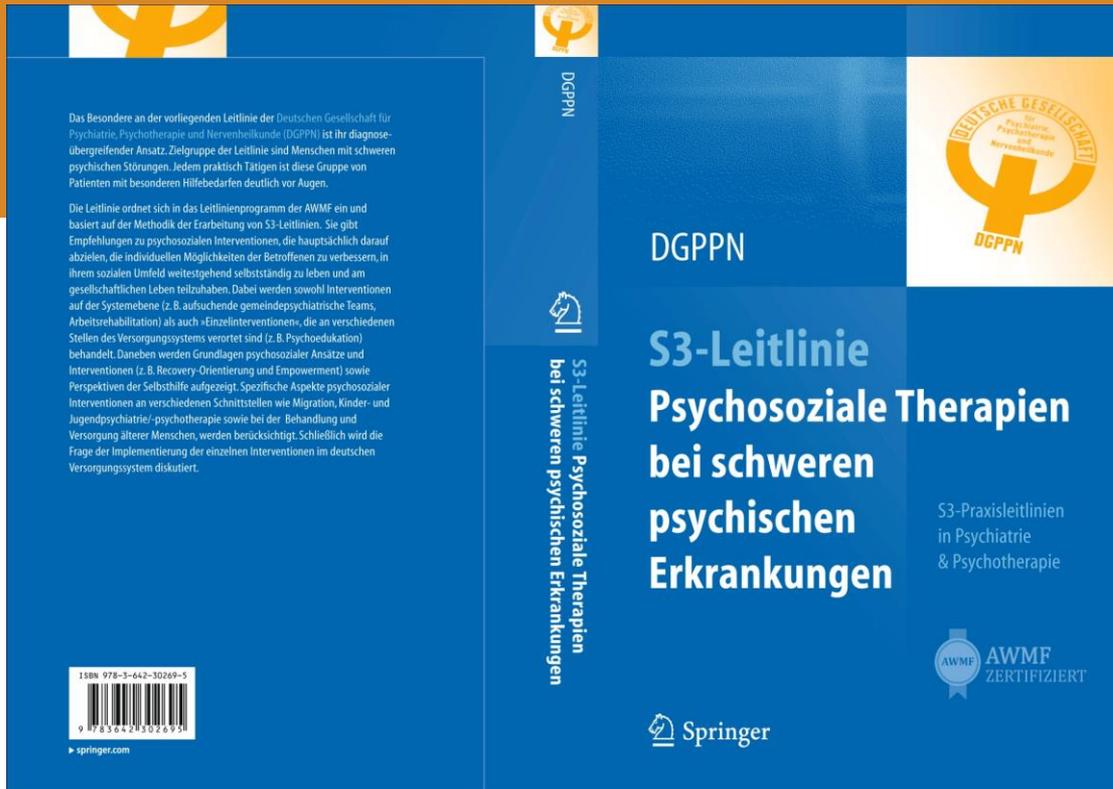
S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

IM OFFENEN DIALOG

Dialog und Netzwerk als Werkzeuge zum
gelungenen Umgang mit psychischen Krisen

Was sagen die Praxisleitlinien
zum Thema
Sozialraum und Angehörige?

S3 – Leitlinie Psychosoz. Th.

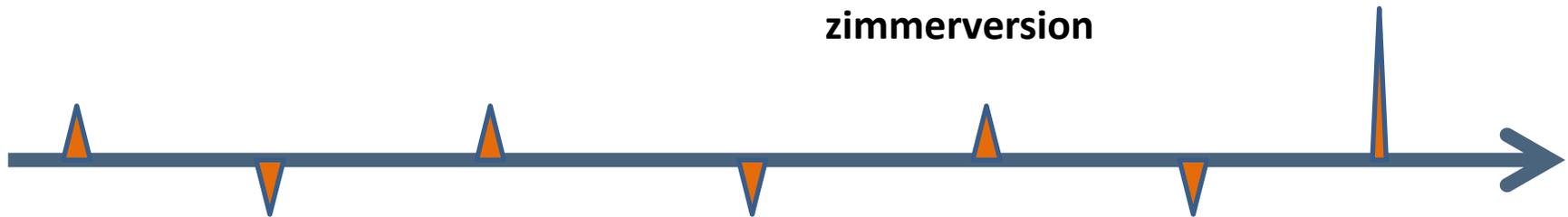


Juli 2009
Kick-off-
Veranstaltung

November 2012
Erscheinen der
Leitlinie

2014 Erscheinen der
Patienten-Leitlinie
& der Warte-
zimmerversion

2017 - 2019
Aktualisierung der
Leitlinie



Januar 2011
Letztes von 7
Konsensus-treffen

Mai 2013 Internet-
präsenz unter dem
Dach der DGPPN

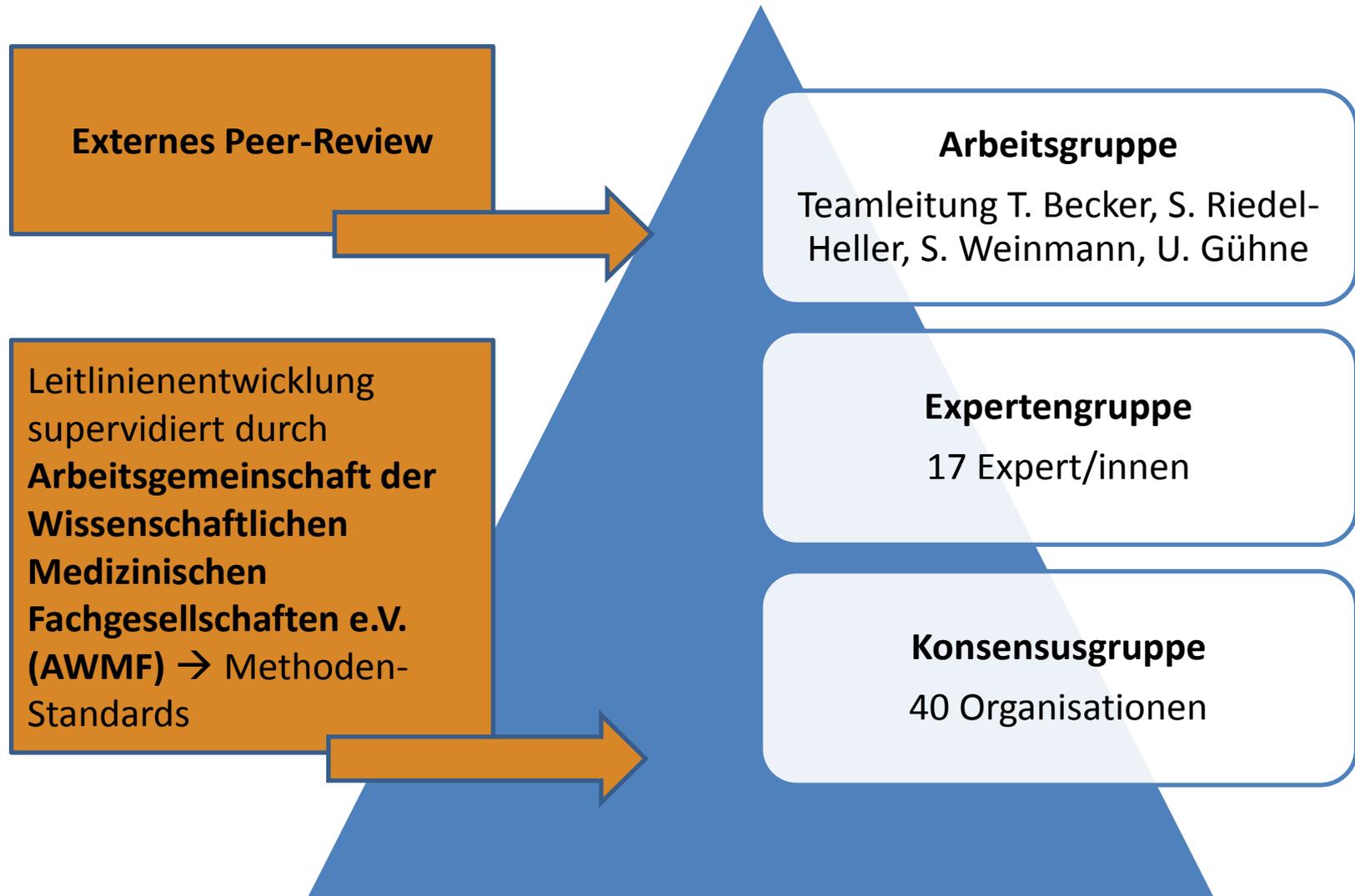
2014 Entwicklung
einer Kurzversion der
Leitlinie

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 Handlungs- empfehlungen 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





EVIDENZEBENEN UND EMPFEHLUNGSGRAD

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

Grundlagen psychosozialen Handelns

Systeminterventionen

Einzelinterventionen

Recovery
Empowerment

Beziehungsgestaltung
Partizipative
Entscheidungsfindung

Milieutherapie
Therapeutische
Gemeinschaften

Frühintervention

Wohnen

Gemeinde-
psychiatrische
Behandlung

Berufliche Teilhabe

Psychoedu-
kation &
Trialog

Training
sozialer
Fertigkeiten

Künstlerische
Therapie

Ergotherapie

Bewegungs-
&
Sporttherapie

Gesundheits-
förderliche
Interven-
tionen

Selbsthilfe

Selbstmanagement

Peer-Arbeit

Mediengestützte
Edukation und
Selbsthilfe

Selbsthilfe-
gruppen

Abb. 1: Systematik psychosozialer Interventionen

4 Selbstmanagement und Selbsthilfe – allgemein

Statement 3 (2012):

Angehörige von schwer psychisch kranken Menschen erfahren schwerwiegende und vielfältige Belastungen. Zugleich sind sie eine wichtige Ressource und haben eine wesentliche stabilisierende Funktion. Neben professionellen Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind deshalb auch Ansätze der selbstorganisierten Angehörigenselbsthilfe zu unterstützen.

4 Selbstmanagement und Selbsthilfe – Gruppen

Empfehlung 8 (2012):

Patienten sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme ermuntert werden.¹

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (24.01.2011)

4.4 Evidenzkapitel Peer Support

Empfehlung 9 (NEU)

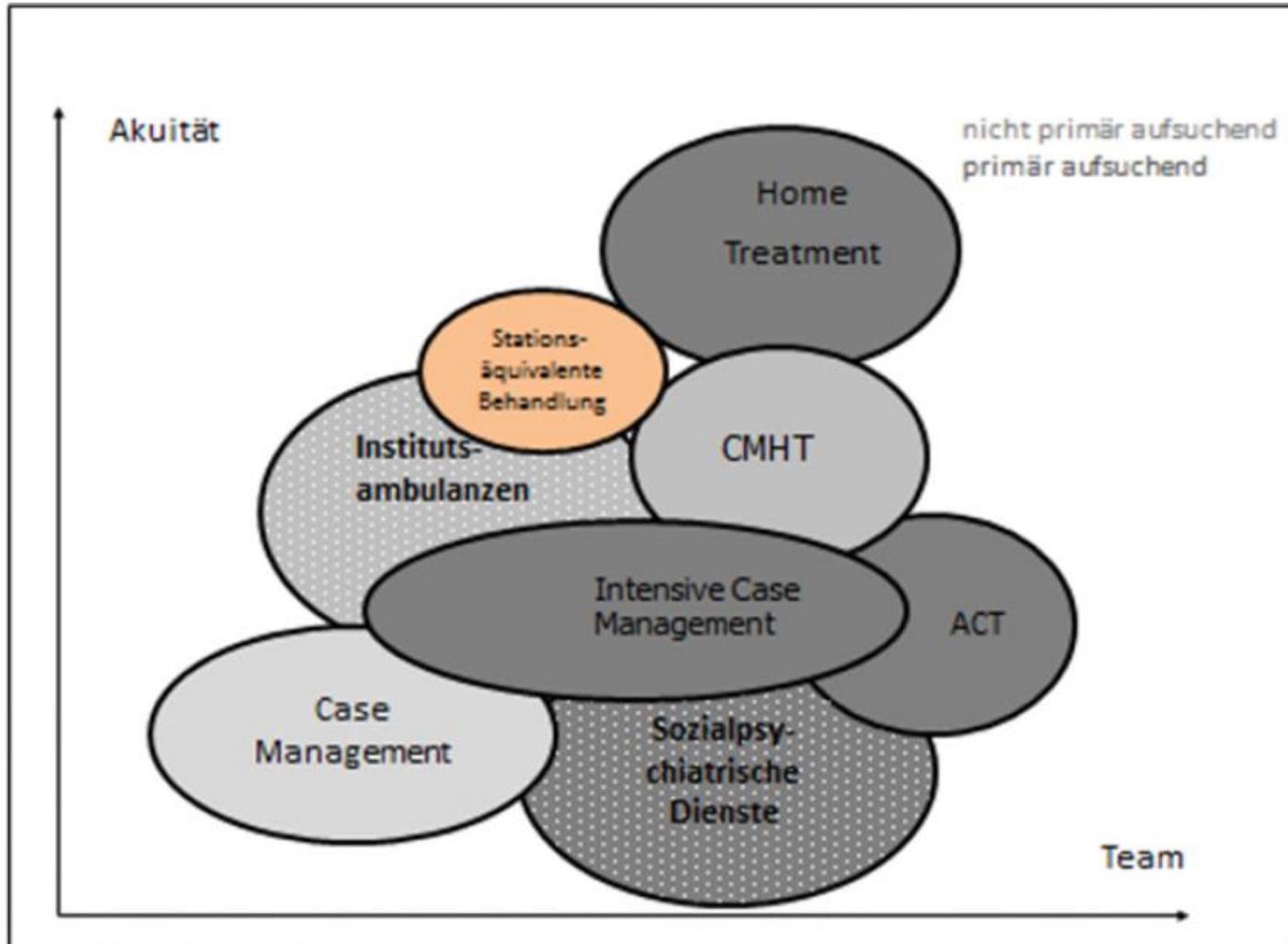
Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support* unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden.

Evidenzebene: Ib, Empfehlungsstärke: B

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (März/April 2018)

**Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff Genesungsbegleiter oder Experte aus Erfahrung benutzt. Die Unterstützung durch Peers sollte durch ausgebildete und psychisch stabile Peers erfolgen und ist als zusätzliches Angebot zu professionellen Angeboten zu verstehen.*

Modell

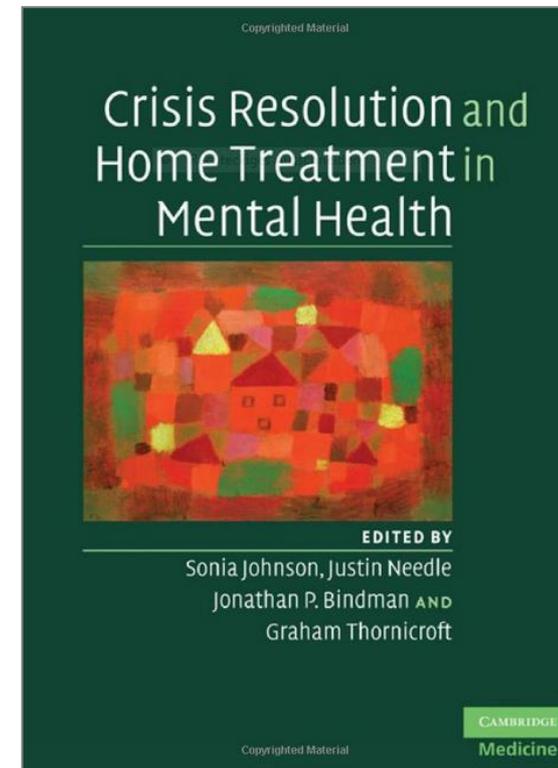


Ambulante Behandlung zuhause / in der Gemeinde

- 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)

Offener Dialog (EXKURS-Subkapitel) als Umsetzung Systemischen Arbeitens erwähnt, aber kein Evidenzkapitel dazu



DEFINITION 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.

	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

5 – Gemeindepsychiatrische Teams

Empfehlung 10 (NEU):

In allen Versorgungsregionen soll eine gemeindepsychiatrische, teambasierte und multiprofessionelle Behandlung zur Versorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung zur Verfügung stehen.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia-Ib

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

5 - Home Treatment, Krisenintervention

Empfehlung 11 (NEU):

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

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

5 – Intensive aufsuchende Behandlung über längere Zeit (ACT)

Empfehlung 12 (NEU):

Menschen mit chronischen und schweren psychischen Störungen sollen die Möglichkeit haben, auch über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinausgehend, nachgehend aufsuchend in ihrem gewohnten Lebensumfeld behandelt zu werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (19.10.2017)

Empfehlung 14 (NEU):

Wesentliche Aufgabe der multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams soll neben der bedarfsorientierten und flexiblen Behandlung die gemeinsame Verantwortung sowohl für die gesundheitliche als auch die psychosoziale Versorgung der Betroffenen sein und so die Behandlungskontinuität sichern.

Ziel soll eine Behandlung sein, die sich am individuellen Bedarf der Betroffenen und an der Intensität der erforderlichen Interventionen zu jedem Zeitpunkt des Behandlungsprozesses orientiert. Im Sinne der Forderung nach einer Behandlung „ambulant vor stationär“ sollen, wo möglich, stationäre Behandlungen vermieden werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (19.10.2017)

Hinweis: Die Gegenstimmen bzw. Stimmenthaltungen bezogen sich dabei auf den Begriff „Bedarf“. Alternative Vorschläge erreichten jedoch keinen Konsens.

5 – Intensive aufsuchende Behandlung über längere Zeit (ACT)

- Wer soll die Leistungen anbieten?
- Vernetzung: ja, aber wie?

NEU - 5 – Unterstütztes Wohnen

Empfehlung 17 (NEU):

Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene Ib

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (April/Mai 2017)

Hinweis: Die Abstimmung der beiden Empfehlungen erfolgte nach einer ersten Diskussion der Befunde zur Konsensuskonferenz am 14.11.2016 in Frankfurt/Main im Rahmen eines Delphi-Verfahrens in den Monaten April/Mai 2017. Es wurde jeweils ein Konsens (88,8 %) erreicht.

Ergänzende Hinweise (NEU):

Wichtige Ziele des unterstützten Wohnens sind die Teilhabe am sozialen Leben und die Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen. Die mobile Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen ist die erste Wahl. Die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohngruppen bzw. -formen sollte immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform eingesetzt werden. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen. Betroffene sollten in ihrer Wahlfreiheit unterstützt werden.

6 – Evidenzkapitel - Psychoedukation/ Trialog -

Statement 7 (NEU):

Im Rahmen der Informationsvermittlung, aber für die Beziehungsgestaltung im gesamten Hilfesystem ist die trialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen besonders wichtig. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten, auf deren Basis gemeinsame Interessen und Behandlungsziele verfolgt werden können. Ergebnisse der trialogischen Zusammenarbeit beschränken sich nicht nur auf die individuelle Therapiebeziehung, sondern haben Auswirkungen auf die angemessene Darstellung der Interessen der Patienten und Angehörigen in der Öffentlichkeit und Politik, auf die Qualitätsförderung und auf die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen. Das sogenannte Psychoseseminar, trialogische Seminare oder Trialogforen sind dafür ein gutes Übungsfeld.

6 – Evidenzkapitel - Psychoedukation/ Trialog -

Einzel- und Gruppen-Familieninterventionen recherchiert: Einzelstudien

- Familieninterventionen erwiesen sich bezogen auf die Höhe des Rückfallrisikos innerhalb der ersten 12 Monate der Behandlung gegenüber allen anderen Kontrollinterventionen signifikant überlegen. Der Vorteil war noch deutlicher, wenn Familieninterventionen ausschließlich der herkömmlichen Behandlung gegenübergestellt wurden. Dabei schien der Effekt umso größer in Studien mit Einzel-Familieninterventionen gegenüber der Betrachtung aller Studien nach Einschluss zusätzlicher Studien mit Gruppen-Familieninterventionen.
- Ebenso ließ sich die Anzahl stationärer Wiederaufnahmen durch Familieninterventionen reduzieren, wobei auch hier der Effekt durch Einzel-Familieninterventionen größer war.
- Die Untersuchung familienrelevanter Zielgrößen zeigte zwar, dass das subjektive Belastungserleben innerhalb der Familie durch Familieninterventionen gegenüber herkömmlicher Behandlung vergleichbar blieb, dass aber allein die Betrachtung von Einzel-Familieninterventionen und herkömmlichen Behandlungsansätzen signifikante Vorteile durch diese Familienansätze aufzeigt. Hinsichtlich der Reduktion von Expressed Emotion gab es keine Unterschiede. Es zeigten sich keinerlei Unterschiede zwischen Familien- und Kontrollinterventionen hinsichtlich der Anzahl von Behandlungsabbrüchen, jedoch schienen Gruppen-Familieninterventionen mit einer signifikant höheren Nicht-Compliance assoziiert als Einzel-Familieninterventionen. Familieninterventionen erwiesen sich insgesamt jedoch bezogen auf die Medikamentencompliance wirksamer als alle anderen Kontrollinterventionen (Tab. 4) **(Evidenzlevel 1a)**.

6 – Evidenzkapitel - Psychoedukation/ Dialog -

Einzel- und Gruppen-Familieninterventionen: Cochrane-Review

- Familieninterventionen führen möglicherweise zu einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit im 1-Jahres-Follow-up (n = 2981, 32 RCTs, RR= 0.55 [95 % CI: 0.5 bis 0.6], NNT= 7 [95 %CI: 6 bis 8) und reduzierten Inanspruchnahme stationärer Behandlungen (n = 481, 8 RCTs, RR= 0.78 [95 % CI: 0.6 bis 1.0], NNT= 8 [95 % CI: 6 bis 13]).
- Die Compliance hinsichtlich der medikamentösen Behandlung wird unterstützt (n = 695, 10 RCTs, RR= 0.60 [95 % CI: 0.5 bis 0.7], NNT=6 [95 % CI: 5 to 9);
- Behandlungsabbrüche werden nicht negativ beeinflusst, mittelfristig eher reduziert gegenüber Routinebehandlung.
- Möglicherweise haben Familieninterventionen einen positive Effekt auf das allgemeine psychosoziale Funktionsniveau, spezifische Effekte auf die Outcomes Arbeit und Wohnen bleiben unberührt.
- Hinsichtlich der Effekte auf Familien-spezifische Outcomes wie Coping, Belastungserleben, Expressed Emotion u. a. bleiben die Befunde wenig stringent und beruhen aufgrund unterschiedlicher Skalen hauptsächlich auf Einzelergebnissen und Studien mit geringer Stichprobengröße.
- Vorliegende Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Perspektive verweisen auf mögliche Einsparungen direkter und indirekter Kosten

6 – Evidenzkapitel - Psychoedukation/ Trialog -

Empfehlung 24 (NEU):

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.

Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene: Ia

Ergebnis der Abstimmung: Konsens (Dezember 2017)

Empfehlung 25 (NEU):

Informationsvermittlung und –austausch mit dem Ziel der Förderung der Krankheitsverarbeitung und Verbesserung des Krankheitsverlaufs kann auch im Rahmen von Trialogforen und Psychoseseminaren angeboten werden.

Empfehlungsgrad: KKP

Ergebnis der Abstimmung: starker Konsens (Dezember 2017)

Für die Durchführung von psychoedukativen Gruppeninterventionen bietet sich folgender Rahmen an:

- Einbindung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan
- Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen sind nach Möglichkeit einzubeziehen: Durchführung von separaten Angehörigengruppen oder bifokalen bzw. familieninterventiven Gruppen möglich

SCHLUSSFOLGERUNG

- Klare Sozialraum-Orientierung der Leitlinie: Der Mensch nicht als Symptomträger, sondern als soziales Wesen
- Einbezug der sozialen Umfeldes zentral, aber ohne Aussagen hinsichtlich Kausalitäten, Ursachen, Wirkungsmechanismen
- Betroffenenorientierung
- Familieninterventionen wirksam (Evidenz-basiert)
- Angehörigeneinbezug wichtig und wünschenswert, wo immer möglich (Einzel-/Gruppen-Familieninterventionen, Trialog..)
- Es fehlen noch eindeutige Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung von Familieninterventionen

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
