



Deutsche Gesellschaft für
Bipolare Störungen e.V. (DGBS)

10. Jahrestagung

7. – 9. Oktober 2010

**Friedrichshafen
am Bodensee**



**Bipolare Störungen –
über Grenzen hinaus**

Wissenschaftliche Tagungsleitung

Prof. Dr. Dr. Michael Bauer, Dresden

Prof. Dr. Peter Brieger, Kempten

Die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen

(DGPPN S3-Leitlinie
Psychosoziale Therapien)

Thomas Becker

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm

Bezirkskrankenhaus Günzburg

bezirkskliniken
schwaben





DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
UND NERVENHEILKUNDE ■ DGPPN
(Hrsg.)

DGPPN

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

Redaktion
W. GAEBEL · P. FALKAI

BAND 7
BEHANDLUNGSLEITLINIE

Psychosoziale Therapien

Herausgegeben von
TH. BECKER · TH. REKER · W. WEIG



STEINKOPFF
DARMSTADT

Inhaltsverzeichnis

Einleitung und methodische Anmerkungen	1
1 Grundlagen	4
1.1 Definition und Abgrenzung	4
1.2 Prinzipien	12
1.3 Psychosoziale Therapien in unterschiedlichen Behandlungssettings . .	14
1.4 Psychiatrische Rehabilitation	18
1.5 Finanzierung	23
2 Spezielle Verfahren	26
2.1 Case Management (CM)	28
2.1.1 Beschreibung des Verfahrens	28
2.1.2 Definition und Abgrenzung des Case Management	29
2.1.3 Welche Konzepte von CM werden eingesetzt? . .	31
2.1.4 Wirkfaktoren und Ziele	33
2.1.5 Indikationen: An welche Patientengruppe wendet sich CM?	34
2.1.6 Evidenz zu CM	35
2.1.7 Stand der Umsetzung des CM-Konzeptes in Deutschland und sozialrechtliche Aspekte . .	38
2.1.8 Finanzierung	39
2.1.9 Leitlinien für die künftige Entwicklung	40
2.1.10 Evaluation	41
2.1.11 Ausbildung und Dokumentation	42

2005

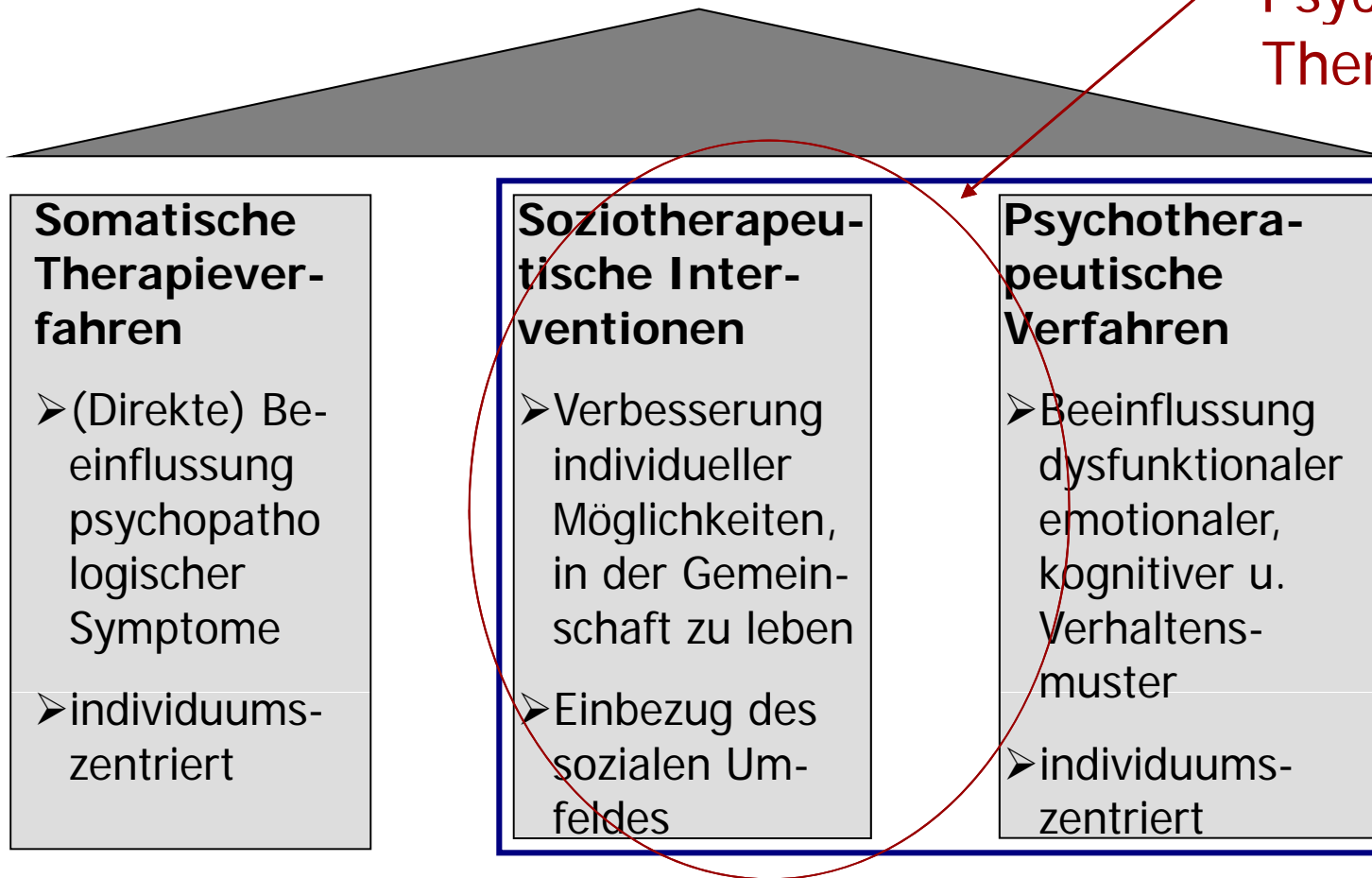
Gliederung

1. Einleitung
2. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN
 - Allgemeines / Intentionen
 - Themen / Prozeduren
3. Einzelne psychosoziale Interventionen: Charakteristika und Wirksamkeit
4. Zusammenfassung

1. Einleitung

Psychosoziale Therapien: Definition und Abgrenzung

DGPPN S3-
Leitlinie
Psychosoziale
Therapien



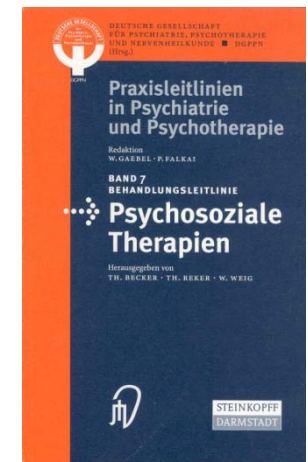
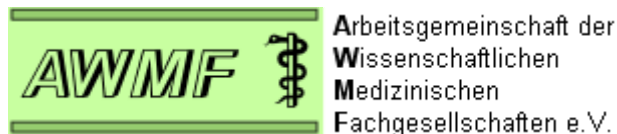
Psychosoziale Therapien (Sprachgebrauch im angloamerikanischen Raum)

2. DGPPN S3-Leitlinie

„Psychosoziale Therapien
bei schweren psychischen
Erkrankungen“

S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien: Allgemeines/ Intentionen

- **Auftraggeber/ federführende Fachgesellschaft:** DGPPN
- **Beteiligung** von 39 weiteren Gesellschaften/Verbänden (Konsensusgruppe) sowie 17 Experten
- **Projektleitung/ Koordination:** Thomas Becker (Ulm/Günzburg), Steffi Riedel-Heller (Leipzig), Stefan Weinmann (Charité Berlin)
- **Hauptintentionen:**
 - Systematisches Zusammentragen der Studienevidenz zu psychosozialen Therapien, Formulierung von Empfehlungen zur psychosozialen Therapie bei Menschen mit ‚severe mental illness‘
 - Ergänzung und Vervollständigung der Serie diagnosebezogener S3-Leitlinien der DGPPN, denn psychosoziale Therapieansätze kommen in diagnosespezifischen Leitlinien eher zu kurz
 - über Entwicklung einheitlicher Therapie- und Versorgungsstandards
Beitrag zur Förderung der Kooperation zwischen Krankenversorgung und psychosozialen Diensten
 - Fortschreibung der S1-Leitlinie Psychosoziale Therapien aus dem Jahr 2005



3 a-h.

Einzelne psychosoziale Interventionen: Charakteristika und Wirksamkeit

Case Management, Multiprofessionelle gemeinde-
psychiatrische Teams, Assertive Community
Treatment, Home Treatment, Arbeitsrehabilitation
und Teilhabe am Arbeitsleben, Training sozialer
Fertigkeiten, Therapeutische Gemeinschaft,
Psychoedukation

a. Case Management (CM)

- in USA entwickelt, Steuerung der Inanspruchnahme von Hilfen und Koordination von Behandlungs-Komponenten, Fallmanager übernimmt Koordinationsfunktion

Kernkomponenten von CM:

1. **Bedarfserhebung**
2. **Planung** einer umfassenden Versorgung für einzelne Patienten
3. Zusammenstellung der **Einzelinterventionen**
4. **Kontrolle** der einzelnen Dienste und der Inanspruchnahme
5. Beurteilung der **Wirksamkeit** beim einzelnen Patienten
6. **Nachsorge** und Aufrechterhaltung des Kontaktes

a. Abstimmungsergebnis zu CM in S3-LL Psychosoziale Therapien

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 (**B**).

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 (**Good Clinical Practice**).

b. Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Community Mental Health Teams)

- seit Mitte der 1990er Jahre in GB weit verbreitet
- multidisziplinäre gemeindeorientierte Behandlungsteams
- Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in definiertem Einzugsgebiet
- längere Zeiträume in verschiedenen KH-Phasen
- Diagnostik und Übernahme aller ärztlichen, pflegerischen, psychosozialen und therapeutischen Behandlungsansätze
- Organisation von Hilfeplankonferenzen

b. Evidenz zu multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams (Community Mental Health Teams)

- (+) Senkung der Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen (1 MA >3 RCTs, **Ia**)
- (+) Erhöhung der Patientenzufriedenheit (1 MA < 3 RCTs, **Ib**)
- (→) *keine* Senkung von Behandlungsabbrüchen (1 MA von <3 RCTs, **Ib**)
- (→) kaum differentielle Beeinflussung von stationären Behandlungszeiten
- (+?) tendenzielle (nicht signifikante) Reduktion der Symptomschwere und Erhöhung des sozialen Funktionsniveaus (jeweils 1 RCT, **Ib**)

b. Spezielle Intervention bei bipolaren Störungen: Rückfallprophylaxe im Rahmen multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer Teambehandlung

Cluster-RCT von Lobban et al. 2010

- Care-Koordinatoren aus gemeindepsych. Teams wurden in „*enhanced relapse prevention*“ trainiert (ERP, 12 Std. Training)
- Elemente von ERP:
 - Psychoedukation, Erkennung von Frühwarnzeichen und Triggern
 - Aufbau von Coping-Strategien bei Stimmungsschwankungen
 - Vereinbarungen mit Hilfesystem im Fall von Rückfallsituationen
 - Einbindung eines Verwandten oder Freundes
- Bereitstellung der Intervention in 6 Einheiten zu je 1 Std.
- Vergleichsgruppe: treatment as usual i.R. gemeindepsych. Teams
- Ergebnisse:
 - (+) nicht-signifikante Reduktion des Zeitraums bis zur nächsten bipolaren, depressiven oder manischen Episode
 - (++) Erhöhung des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus

c. Assertive Community Treatment (ACT)

- aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung
- zuerst von *Stein & Test 1980* konzipiert:
 - multidisziplinäres ambulantes Behandlungsteam (z.B. Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Pflegepersonal, Ergotherapeuten)
 - gemeinsame Verantwortung des Teams
 - hohe Betreuungsintensität auch zu Hause (Betreuungsverhältnis Personal:Klient 1:10 bis 1:15)
 - 7 Tage 24 Stunden Verfügbarkeit
 - Zuständigkeit für medizinische *und* soziale Versorgung
 - Kontakt zum Patienten auch während stationärer Episoden
 - Einbeziehung des sozialen Netzes

Fiander et al 2003

c. Evidenz zu Assertive Community Treatment

Systematische Reviews, Metaanalysen und RCT zeigen:

- (+) Im Vergleich zu nicht-teambasiertem CM Reduktion stationärer Behandlungstage und somit Reduktion von Behandlungskosten **(Ia)**
Marshall & Lockwood 2000
- (+) Förderung des unabhängigen Lebens in der Gemeinde und der Beschäftigungsmöglichkeiten **(Ia)**, Aufrechterhaltung des Kontaktes zu psychiatrischen Diensten **(Ia)**, Reduktion der Wiederaufnahmerate in stationäre Behandlung **(Ia)**
Marshall & Lockwood 1998
- (+) Erhöhung der Behandlungszufriedenheit **(Ia)**
- (→) kaum (differentielle) Beeinflussung der klinischen Symptomatik **(Ib)**
- (→) keine Reduktion von Straftaten und Haftstrafen **(Ib)**
- (→) keine Reduktion der Mortalität **(Ia)**
- (+) bei Obdachlosen und Menschen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht Stabilisierung der sozialen Situation **(Ia)**

d. Kriseninterventions- und Home Treatment Teams (HT)

- häusliche Behandlung akuter psychotischer Episode durch spezialisiertes Team
- ärztlich-psychiatrische Kompetenz integriert
- Ziel: rund um die Uhr, 7 Tage pro Woche
- fester Bestandteil: Hausbesuche (home treatment)
- Ziel: Vermeidung stationärer Behandlung
- flexible Kommunikation mit Netzwerk
- Medikamentengabe und Supervision der Einnahme sollte möglich sein (*Berhe et al 2005*)

d. Evidenz zu Home Treatment

Basis: 1x Cochrane Review, 1x Leitlinie, 2x RCT

Fokus liegt auf psychotischen Erkrankungen

- (+) Reduktion der Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während akuter Erkrankung (1x MA/ LL, 1x RCT, **Ia**) und Reduktion stationärer Behandlungszeiten (1 RCT, **Ia**)
- (+) Verminderung von Behandlungsabbrüchen (MA > 3 RCT, **Ia**)
- (+) Verminderung erlebter Belastung bei Angehörigen (**Ib**), Erhöhung von Patienten- und Angehörigen-Zufriedenheit höher (**Ia** bzw. **Ib**)

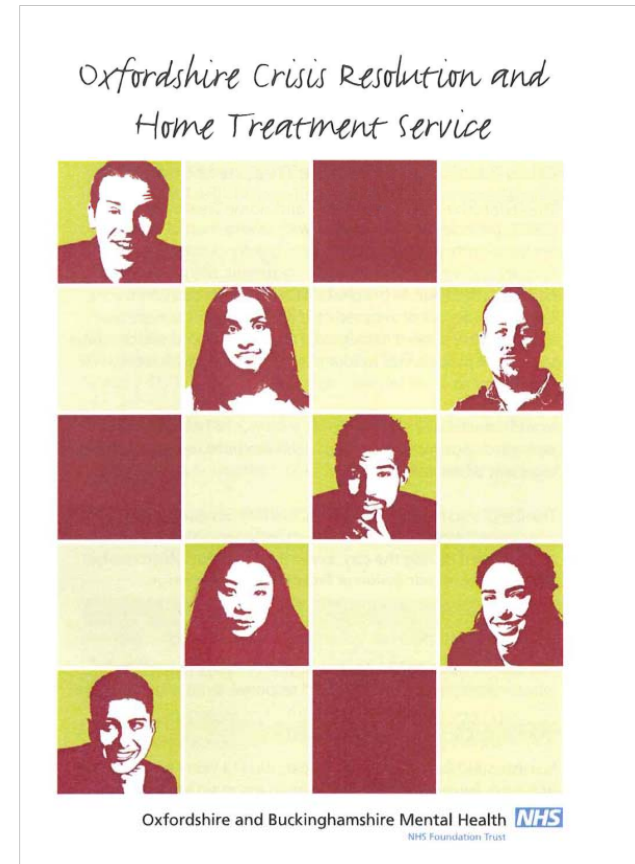
Problem: Variabilität der Kontrollbedingungen: was ist TAU?
(US vs. europäische Studien)

National Institute for Health and Clinical Excellence 03/2009

- „Crisis resolution and home treatment teams should be used to support people with schizophrenia during an acute episode in the community.“
- „Crisis resolution and home treatment teams should be considered for people with schizophrenia who may benefit from early discharge from hospital following a period of inpatient care.“

Home Treatment weltweit I

- Denver (USA)
- Montreal (Kanada)
- Bangalore (Indien)
- Sydney (Australien)
- Southwark (England)
- Birmingham (England)
- Ohio (USA)
- Toronto (Kanada)
- auch in Deutschland



Mobiles Krisenteam (Home Treatment)

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm



Bezirkskrankenhaus Günzburg

Bezirk Schwaben

Akademisches Krankenhaus
der Universität Ulm



Home Treatment oder Mobiles Krisenteam in Günzburg

Psychiatrisch-psychotherapeutische Akutversorgung im häuslichen Umfeld

Die Psychiatrie kommt nach Hause

BKH geht neue Wege in der Behandlung psychisch kranker Akut-Patienten

Günzburg (zg). Neue Wege geht das Bezirkskrankenhaus in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Klassischerweise findet die Behandlung akut psychisch erkrankter Patienten in der Klinik statt. „Mit dem Projekt Home treatment für die Landkreise Günzburg und Dillingen werden wir nun erstmals auch die psychiatrische Akutbehandlung im Wohnumfeld der betroffenen Patienten anbieten“, erläutert Professor Thomas Becker, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Günzburg.

In den USA und einigen europäischen Ländern ist diese Form der wohnfeldnahen Behandlung bereits etabliert, in der Bundesrepublik wird Home treatment dagegen kaum durchgeführt. Das Besondere an diesem Be-

probung mit einigen Patienten dabei war, „Es ist spannend zu sehen, wie anders zum Teil die Patienten sich in ihrem häuslichen Umfeld präsentieren.“ Das Team vereinbart zu Beginn mit den Teilnehmern im Home treatment einen Behandlungsplan, in dem die täglichen Patientenbesuche und die therapeutischen Maßnahmen festgelegt werden. „Außerhalb dieser Zeiten sind wir rund um die Uhr, auch an den Wochenenden, verfügbar“, erläutert Silvia Puchta.

Das Leistungsspektrum des Home treatments unterscheidet sich nur wenig von dem, was sonst in der Klinik stattfindet, betont Oberarzt Dr. Karel Frasch. „Es werden beispielsweise ebenso ärztlich-psychiatrische Befunderhebung und Diagnostik und medikamentöse, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Interventionen durchgeführt“,

erklärt Professor Thomas Becker. Das Projekt wird daher von der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung der Abteilung Psychiatrie II über zwei Jahre hinweg wissenschaftlich begleitet und evaluiert. In internationalen Studien wurden in der Vergangenheit bereits etliche erfolgreiche Effekte des Home treatments nachgewiesen: So konnte bei vielen Patienten der so genannte „Drehtüreffekt“ – darunter versteht man wiederholte Krankenhausaufenthalte – vermieden und eine bessere Integration in ihr Umfeld erreicht werden. Gesundheitspolitisch verspricht die Akutbehandlung im Wohnumfeld eine deutliche Senkung von Krankenhaustagen und Kosten.

Psychiatrische Behandlung in den eigenen vier Wänden

BKH Günzburg geht neue Wege in der Behandlung

Günzburg (pm). Neue Wege geht das Bezirkskrankenhaus in der Behandlung psychisch kranker Menschen. Klassischerweise findet die Behandlung akut psychisch erkrankter Patienten in der Klinik statt. „Mit dem Projekt Home Treatment für die Landkreise Günzburg und Dillingen werden wir nun erstmals auch die psychiatrische Akutbehandlung im Wohnumfeld der betroffenen Patienten anbieten“, erläutert Professor Thomas Becker, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie,

Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Günzburg.

In den USA und einigen europäischen Ländern ist diese Form der wohnfeldnahen Behandlung bereits etabliert. In der Bundesrepublik wird „Home treatment“ dagegen kaum durchgeführt. „Das Besondere an diesem Projekt ist, dass sein Schwerpunkt in der Akutbehandlung schwer kranken Patienten liegt“, so Becker, „damit ist es eine Alternative zur Krankenhausbehandlung“. Bei bereits bestehenden gemeindenahen Versorgungsan-

geboten wie beispielsweise dem Betreuten Wohnen oder Tagesstätten liege der Schwerpunkt in der nachgehenden Behandlung und in der Rehabilitation sowie Stabilisierung psychisch kranker Menschen nach einem Klinikaufenthalt.

Im Zentrum des „Home treatments“ steht ein multiprofessionelles Behandlungsteam. Leiter des „Mobiles Krisenteams“ ist Oberarzt Dr. Karel Frasch. Neben weiteren ärztlichen Personal sind Mitarbeiter der Klinik aus dem Sozialdienst und dem Pflegedienst mit im Team.

Das Leistungsspektrum unterscheidet sich nur wenig von dem, was sonst in der Klinik stattfindet, betont Oberarzt Dr. Karel Frasch. Noch ist die Zielgruppe der Patienten im „Home treatment“ auf Menschen mit affektiven und schizophrenen Psychosen beschränkt. „Wenn sich das Projekt bewährt, kann man über eine Ausweitung nachdenken“, so Chefarzt Professor Becker. Gesundheitspolitisch verspricht die Akutbehandlung im Wohnumfeld eine deutliche Senkung von Krankenhaustagen und Kosten.

Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung (Home Treatment).

Munz I, Ott M, Jahn, H, Rauscher A, Jäger M, Kilian R, Frasch K. Psychiat Prax 2010, in Druck

b-d. Abstimmungsergebnisse zu b-d in S3-LL Psychosoziale Therapien (1)

„Empfehlungsblock“ zu multiprofessioneller gemeindepsychiatrischer teambasierter Versorgung:

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

Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams sollen Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung **wohntnah** und **erforderlichenfalls aufsuchend** behandeln **(A)**.

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 **(A)**.

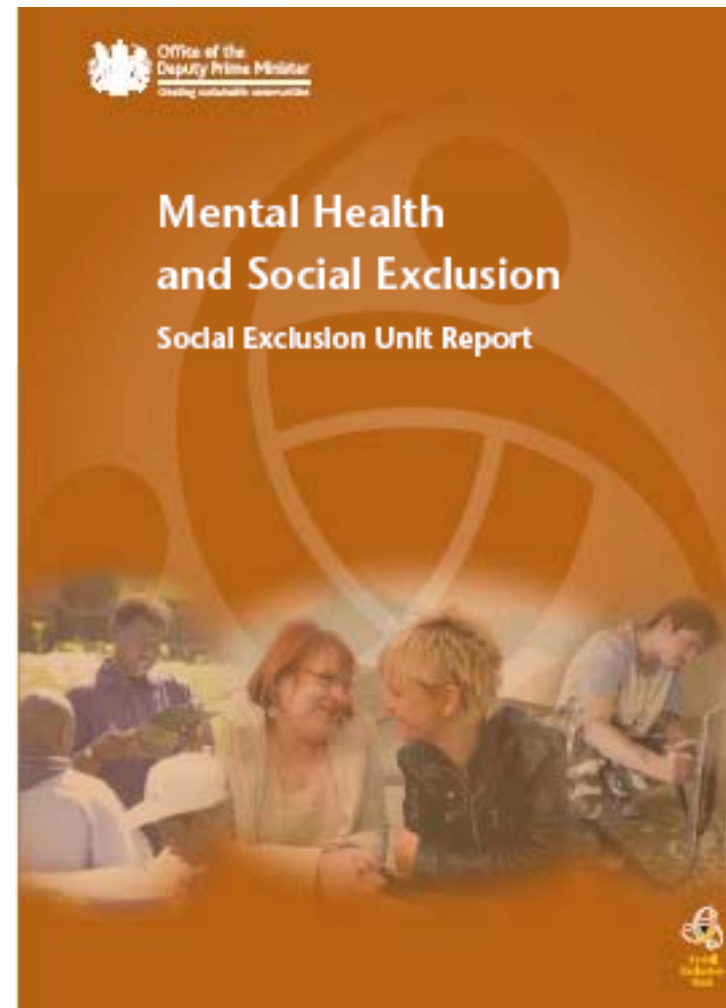
Ein aufsuchender Ansatz soll v.a. dann zur Verfügung stehen, **wenn Behandlungsabbrüche drohen (A)**.

e. Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

Problem sozialer Exklusion
psychisch Kranker in
verschiedenen Bereichen,
insbesondere auch Arbeit:

„Adults with mental health problems are one of the most excluded groups in society (employed 24%, job loss risk x2, substantial debt x3, divorce x3, persons in care: 40% contact only to those in care)

Although many want to work, fewer than a quarter actually do – the lowest employment rate for any of the main groups of disabled people.“



e. Zwei Modelle von Arbeitsrehabilitation

- 1) First train then place: strukturierte Aktivität in Stufen
 - Defizite beheben/ ausgleichen
 - Skills trainieren, dann Versuch der Platzierung auf 1. Arbeitsmarkt angestrebt
 - nicht immer Unterstützung bei Jobsuche und Nachbetreuung am Arbeitsplatz
 - Beispiel: überwiegender Teil der Angebote von RPK's und beruflichen Trainingszentren, Arbeitstherapie
 - Entsprechende Maßnahmen in den meisten Studien unter den Begriff **Pre-vocational Training** subsummiert

e. Zwei Modelle von Arbeitsrehabilitation

2) First place then train: direkte Jobsuche

- Rasche, direkte Jobsuche u. Platzierung am 1. Arbeitsmarkt, dann fortlaufende Unterstützung/Training durch Job Coach
- liegt dem amerik. **Supported Employment (SE)** zugrunde
- Individual Placement and Support = manualisierte Variante von SE mit dem Merkmalen:
 - Ziel: permanente Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt
 - Min. Ansprüche an Rehabilitanden: klare Motivation für Jobsuche
 - Rasche Suche nach Arbeit, Vermeidung v. vorbereitendem Training
 - individuelle Platzierung
 - individuelle und zeitl. unbegrenzte Unterstützung am Arbeitsplatz
 - enge Zusammenarbeit med. und arbeitsrehabilitativer Dienste

e. Evidenz zu Arbeitsrehabilitation (1)

- Evidenz überwiegend aus englischsprachigem Raum
- Unter **Supported Employment** im Vgl. zu Pre-vocational Training:
 - (+) erhöhte Wahrscheinlichkeit des Erreichens einer Beschäftigung auf 1. Arbeitsmarkt (5 Reviews, 1 RCT, **Ia**)
 - (+) mehr in kompetit. Arbeit verbrachte Wochen/J. (1 Rev., 1 RCT, **Ia-Ib**)
 - (+) höhere durchschnittliche monatl. Arbeitszeit (3 Reviews, 1 RCT, **Ia**)
 - (+) höherer durchschnittlicher monatl. Verdienst (1 Review, 1 RCT, **Ia-Ib**)
 - (+?) Verkürzung der Zeitdauer bis zum 1. Job und Verlängerung der Arbeitsverhältnisse
- (→) keine Erhöhung des Selbstwertgefühls (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)*
- (→) keine Erhöhung der Lebensqualität (2 Reviews, 2 RCTs, **Ib**)*
- (→) keine Erhöhung des allg. Funktionsniveaus (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)*
- (→) keine Abmilderung psychiatrischer Symptome (2 Reviews, 1 RCT, **Ib**)*
- (→) keine Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (1 RCT, **Ib**)*

e. Evidenz zu Arbeitsrehabilitation (2)

- Studien, die die Wirksamkeit von **Pre-vocational Training** *im Vergleich zur Standardbehandlung* untersuchen, zeigen jedoch auch Evidenz für Pre-vocational Training:
 - (+) Steigerung des durchschnittlichen monatlichen Verdienstes (1 RCT, **Ib**)
 - (+) Steigerung Funktionsniveau (1 nicht-randomis. kontroll. Studie, **Ila**)
 - (+) Steigerung psych. Wohlbefindens (2 nicht-randomis. kontroll. Studien, **Ila**)
 - (+) Steigerung der Zufriedenheit in den Bereichen Arbeit, physische Leistungsfähigkeit, tägliche Aktivitäten, Erfolg und Anerkennung, Unabhängigkeit, Finanzen, Freizeit, Unterstützung, Freunde/ Bekannte (1 nicht-randomis. kontroll. Studie, **Ila**)

f. Training sozialer Fertigkeiten

- Schwere psychische Erkrankungen sind häufig mit Beeinträchtigungen sozialer Fertigkeiten verbunden, die wiederum Erkrankungsverlauf und Lebensqualität zusätzlich negativ beeinflussen
- Beeinträchtigungen sozialer Kompetenzen zeigen sich z.B. in der Schwierigkeit
 - zwischenmenschliche Beziehungen zu erhalten
 - soziale Rollen auszufüllen
 - am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen oder
 - Freizeitaktivitäten zu genießen

f. Evidenz zu Training sozialer Fertigkeiten

Es gibt starke Evidenz dafür, dass ein spezielles Training sozialer Fertigkeiten im Vergleich zur Standardbehandlung:

- (+) soziale Fertigkeiten verbessert (2 Metaanalysen, div. Einzelstudien, **Ia**)
- (+) soziale Anpassung (soziale Funktionen) verbessert (3 Metaanalysen, div. Einzelstudien, **Ia**)
- (+) Symptomschwere, bes. Negativsymptomatik bei Schizophrenie reduziert (3 Metaanalysen, einige Einzelstudien, **Ia**)

*Erweitert durch **kognitive Techniken**, die darauf zielen, Aufmerksamkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und andere kognitive Funktionen zu verbessern, erzielt Training sozialer Fertigkeiten im Vergleich zur Standardbehandlung:*

- (+) Verbesserung der sozialen Fertigkeiten (3 Einzelstudien, **Ib**)
- (+) Verbesserung der sozialen Anpassung (soziale Funktionen) (1 Metaanalyse und verschiedene Einzelstudien, **Ia**)
- (+) Reduktion der Symptomschwere (1 Metaanalyse, **Ia**)
- (+) Verbesserung kognitiver Funktionen (1 Metaanalyse und Einzelstudien, **Ia**)

g. Therapeutische Gemeinschaft (TG)

- Zwei Haupttypen: *democratic* vs. *concept-based/hierarchical*
 - entwickelt v. Maxwell Jones
 - Ansatz, der bspw. ganze Krankenhäuser oder Gefängnisse einschließt
 - Beeinflussg. durch Sicherheits- und Kontrollerfordernisse
 - Zielen ab auf große diagnostische Bandbreite
 - mäßig strukturierte Tagesplanung
 - demokratische Organisation
 - entwickelt v. Chuck Dederich
 - spezialisierte therapeutische Gemeinschaften, die mit einer speziellen Population arbeiten
 - primäre Zielgruppe: Menschen mit Substanzmissbrauch
 - stark strukturierte Tagesplang.
 - strukturiertes Behandlungsprogramm (mehrere Phasen bis hin zu „graduation“)
 - stärkere Hierarchien, autoritärer
- außerdem: secure (z.B. Gefängnisse) vs. non-secure settings

g. Evidenz zu Therapeutischen Gemeinschaften (TG)

- Systematischer Review von *Lees, Manning & Rawlings (1999)* speziell zur Wirksamkeit bei Persönlichkeitsstörungen:
 - 10 RCTs, 10 cross-institutional/ comparative studies, 32 single community studies with control groups, 29 single community studies without control groups wurden gefunden → 52 Studien hatten akzeptable Qualität; davon wurden N=23 wegen unklarer Outcome-Kriterien ausgeschlossen → Metaanalyse mit den verbleibenden 29 Studien
 - Odds ratios wurden getrennt für RCTs, democratic, secure und sog. concept TG berechnet → **alle zeigen starke Evidenz für die Effektivität von Behandlung in TG** bezüglich Selbstachtung (self-esteem) ↑, Gewalttätigkeit ↓, negative Persönlichkeitszüge ↓

h. Psychoedukation

„ Systematische und didaktische psychotherapeutische Interventionen, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen:

- über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren
- bezüglich des Krankheitsverständnisses und selbstverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit zu fördern
- bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“



h. RCT zur Wirksamkeit von Psychoedukation bei Patienten mit bipolaren Erkrankungen

- Vergleich **Experimentalgruppe**: herkömmliche Behandlung & individuell zugeschnittene Psychoedukation (in 7-12 Sitzungen):
 - Training der Patienten
 - Erkennen von Prodromen des nahenden depressiven/ manischen Rückfalls
 - Checklisten wurden angelegt mit Unterscheidung zwischen normalen Stimmungsschwankungen und Prodromalzeichen
 - 3 professionelle Helfer für Krisenfall
- vs. **Kontrollgruppe**: herkömmliche Behandlung (medikamentöse Behandlung, Monitoring der Stimmungen und Behandlungseinhaltung, Unterstützung,...)
- **Ergebnisse**: Vorteile in der Experimentalgruppe bezogen auf
 - (++) Zeitintervall bis zur nächsten manischen Episode war größer ($p=0.008$)
 - (++) manische Episoden traten insgesamt seltener auf (nach 6 Mon. $p=0.008$, nach 12 Mon. $p=0.016$, nach 18 Mon. $p=0.013$)
 - (++) Verbesserung sozialer Funktion ($p=0.003$)
 - (++) berufliche Beschäftigung nach 18 Monaten ($p=0.03$)

Perry et al. (1999)

4. Zusammenfassung

Zusammenfassung (1)

- Psychosoziale Therapien mit soziotherapeutischem Schwerpunkt sind in hohem Maße von Organisation der Behandlung und Versorgung abhängig und für moderne psychiatrische Versorgung essentiell
- Zentrale Ziele: Selbständigkeit, Unabhängigkeit
- (Gute) Evidenzgrundlagen u.a. zu:
 - Aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlung (Team)
 - Kriseninterventions- und Home Treatment Teams
 - Supported Employment, Social Skills Training

Zusammenfassung (2)

- Forschungslücken betreffen u.a. ergotherapeutische Interventionen
 - Wohnformen
 - Problem ‚treatment-as-usual‘
- Integration der Hilfen
 - Koordination
 - Hilfesystem wichtig
 - Systemsteuerung und Finanzierung

... vielen Dank an das Team und für Ihre
Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie & Psychotherapie II
am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Tel.: 08221 962860
E-Mail: t.becker@uni-ulm.de
Internet: www.uni-ulm.de/psychiatrieII



bezirkskliniken
schwaben 