

# Verbesserung der Versorgungskontinuität durch internetbasierte Interventionen

PD Dr. Stephanie Bauer  
Forschungsstelle für Psychotherapie  
Universitätsklinikum Heidelberg

Stuttgart, 1. Juli 2017

# Übersicht

1. Herausforderungen
2. Verbesserung der Versorgungskontinuität an der Schnittstelle „stationäre Behandlung – Nachsorge“
3. Verbesserung der Versorgungskontinuität an der Schnittstelle „Prävention – Frühintervention“
4. Fazit

# Versorgungsziele

<b>Prävention</b>	<b>Früh- intervention</b>	<b>Ambulante / stationäre Behandlung</b>	<b>Nachsorge</b>
-------------------	-------------------------------	--	------------------

# Versorgungsziele

Prävention	Früh- intervention	Ambulante / stationäre Behandlung	Nachsorge
------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------

## Ziele:

- Stärkung von Ressourcen
- Gesunderhaltung /  
Krankheitsvermeidung
- Frühe Identifikation psychischer  
Erkrankungen
- Zeitnahe professionelle Hilfe
- Limitierung der  
Erkrankungsschwere und -dauer

# Versorgungsziele

Prävention	Früh- intervention	Ambulante / stationäre Behandlung	Nachsorge
------------	-----------------------	--------------------------------------	-----------

## Ziele:

- Stärkung von Ressourcen
- Gesunderhaltung / Krankheitsvermeidung
- Frühe Identifikation psychischer Erkrankungen
- Zeitnahe professionelle Hilfe
- Limitierung der Erkrankungsschwere und -dauer

## Ziele:

- Verstetigung des Behandlungserfolgs
- Rückfallprävention
- Vermeidung von Chronifizierung
- Erhalt der Arbeitsfähigkeit

# Herausforderung: Versorgungskontinuität

Prävention

Früh-  
intervention

Ambulante / stationäre  
Behandlung

Nachsorge

- Späte/Keine Inanspruchnahme professioneller Hilfe

- Viele Betroffene bleiben ohne (zeitnahe) Nachsorge

# Herausforderung: Versorgungskontinuität

Prävention

Früh-  
intervention

Ambulante / stationäre  
Behandlung

Nachsorge

- Späte/Keine Inanspruchnahme professioneller Hilfe

## Gründe:

- Späte Diagnosestellung
- Geringes Wissen über Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten
- Scham, Stigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Begrenzte Verfügbarkeit und Reichweite von spezifischen Frühinterventionen
- Wartezeiten

- Viele Betroffene bleiben ohne (zeitnahe) Nachsorge

## Gründe:

- Begrenzte Verfügbarkeit und Reichweite von spezifischen Nachsorgeangeboten
- Warte- und Wegezeiten

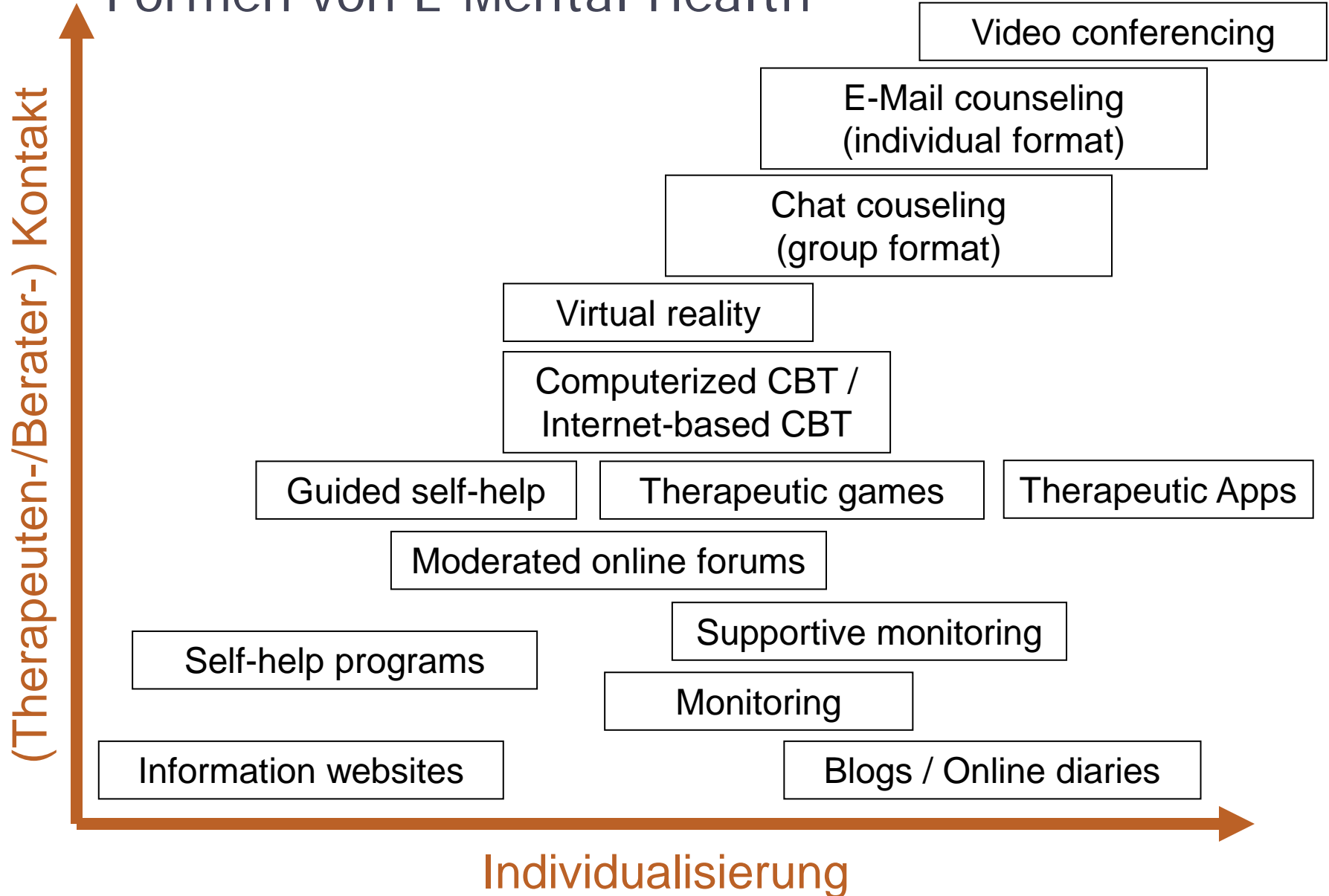
# Verbesserung der Versorgungskontinuität durch mobile und internetbasierte Interventionen („E-Mental Health“)

→ **Zentrale Frage:**

**Wie kann man E-Mental Health und die konventionelle Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?**



# Formen von E-Mental Health



## 2. Verbesserung der Versorgungskontinuität an der Schnittstelle „stationäre Behandlung - Nachsorge“

## Beispiel A: Chat-basierte Nachsorge nach stationärer Psychotherapie („Chat-Brücke“)

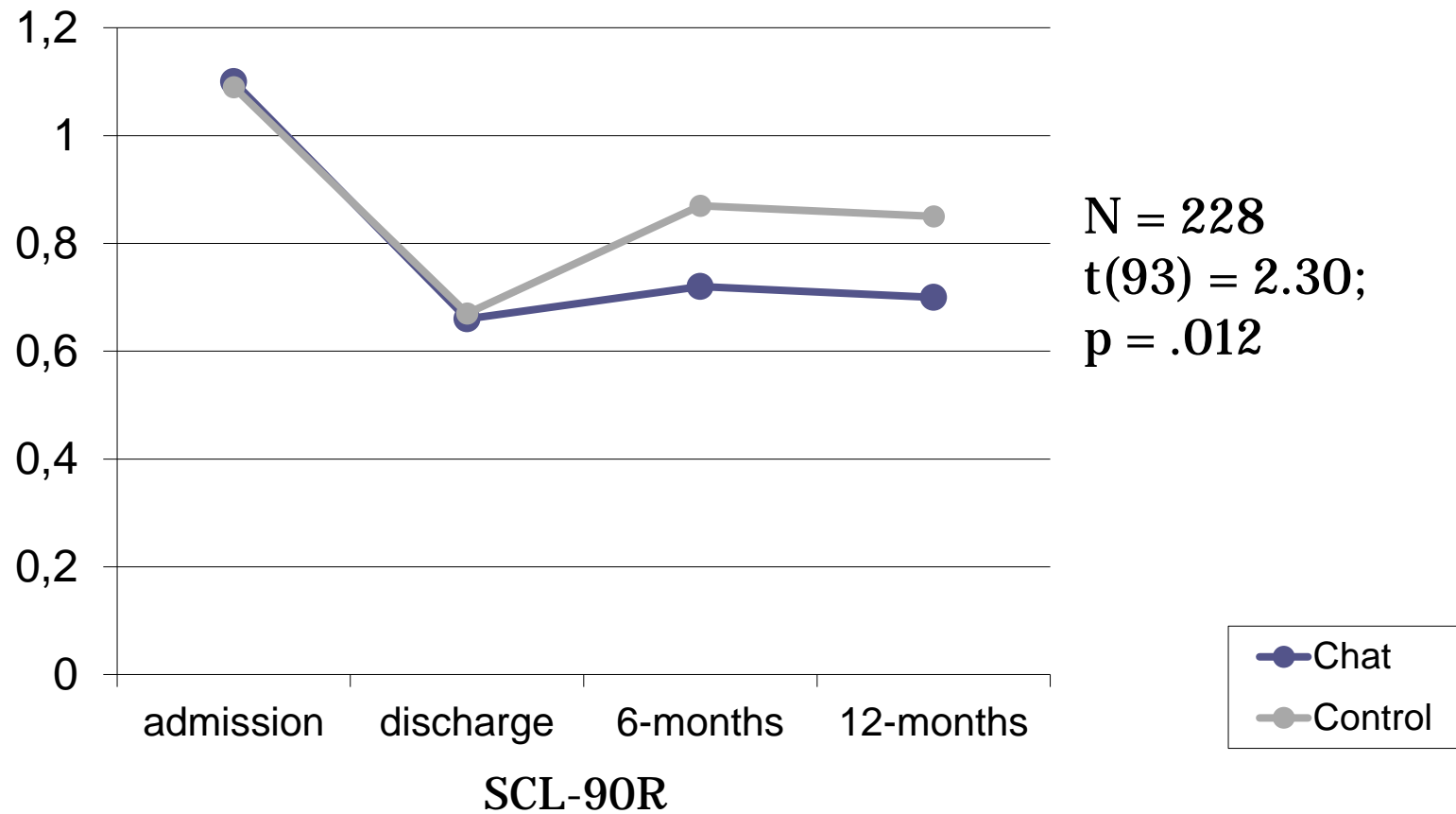


In Kooperation mit den  
Panorama Fachkliniken  
Scheidegg

Konzept:

- therapeutisch geleitete Chatgruppen
- 8–10 Teilnehmer
- Programmdauer: 12-15 wöchentliche Sitzungen
- Sitzungsdauer: 90 min.
- Verlaufsmonitoring
- Krisenmanagement

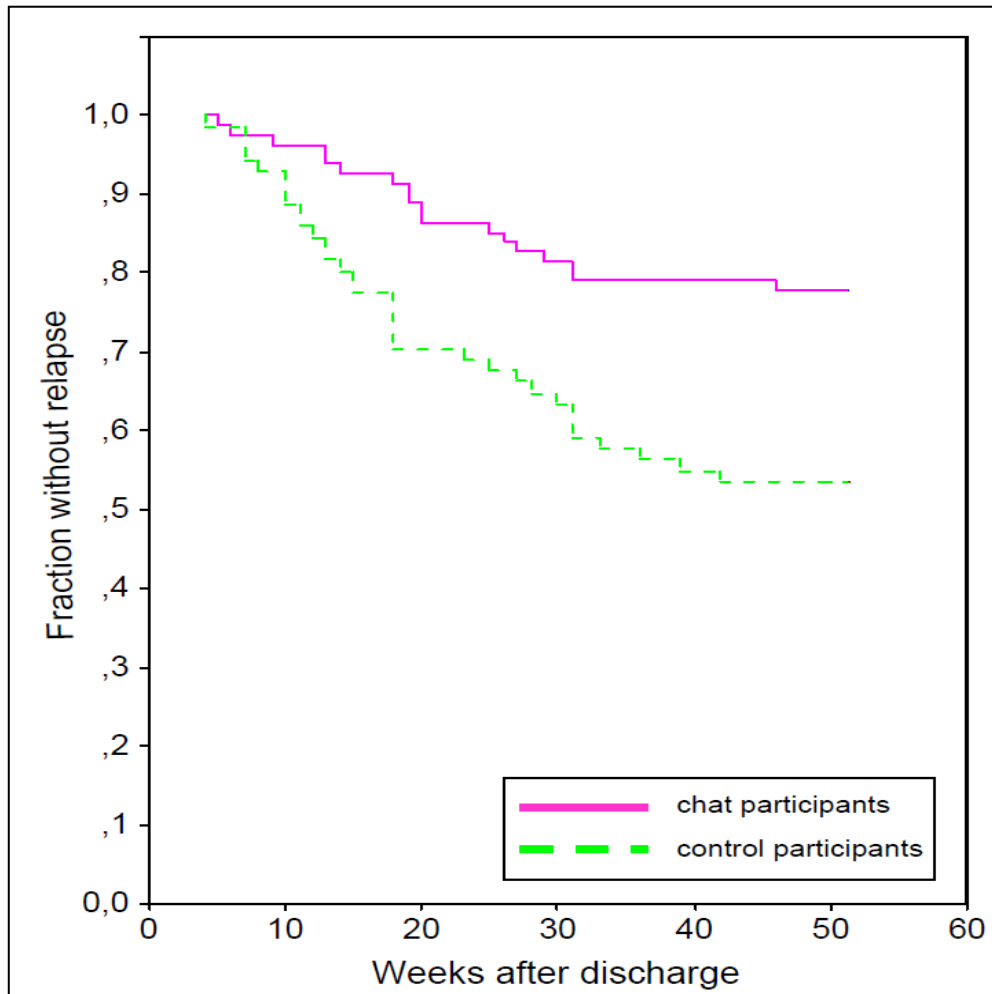
# Symptomschwere



(Golkaramnay et al., 2007)

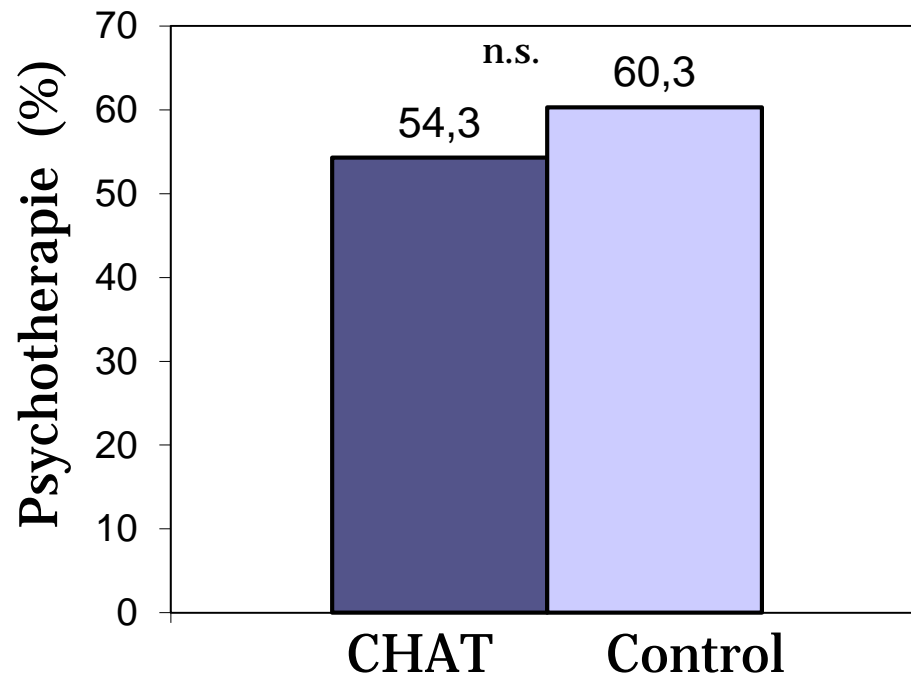
# Rückfallraten:

Interventionsgruppe/Chat: 21%; Kontrollgruppe: 47%

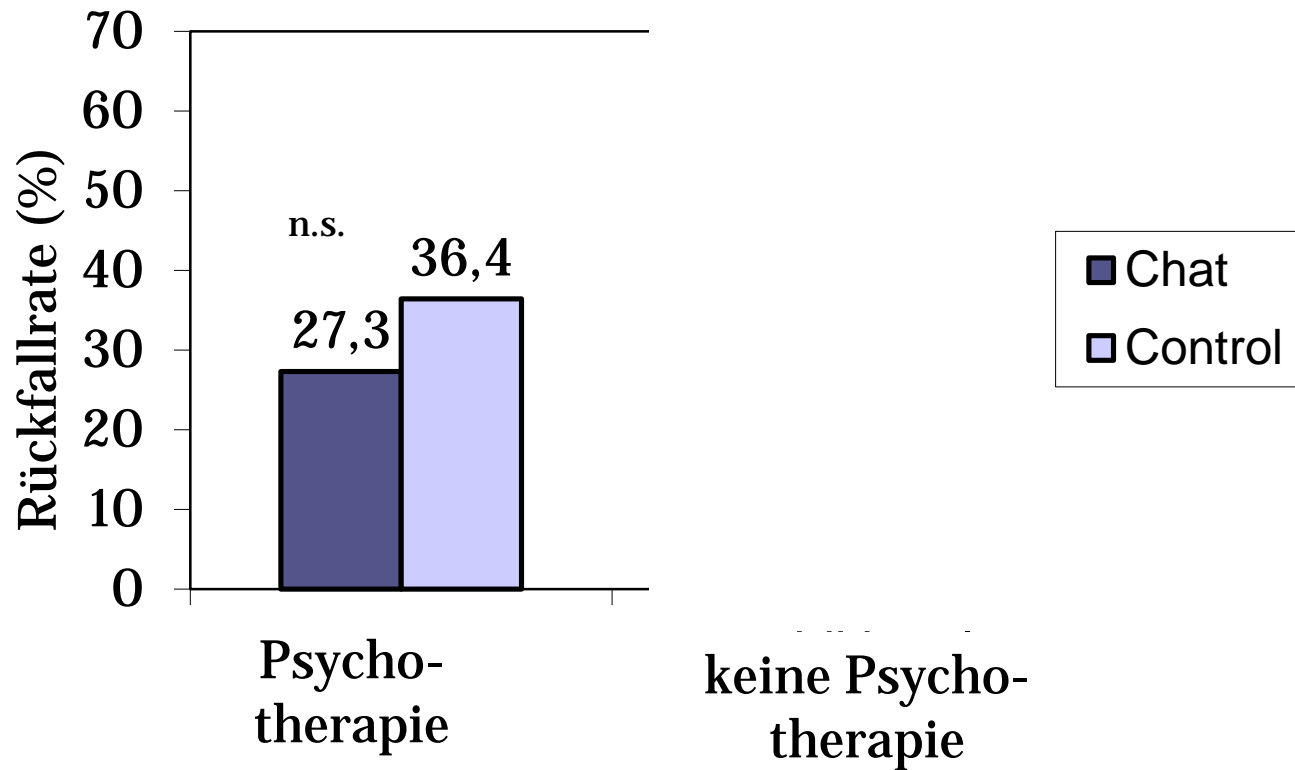


(Bauer et al., 2011a)

# Inanspruchnahme - ambulante Psychotherapie im Jahr nach Entlassung

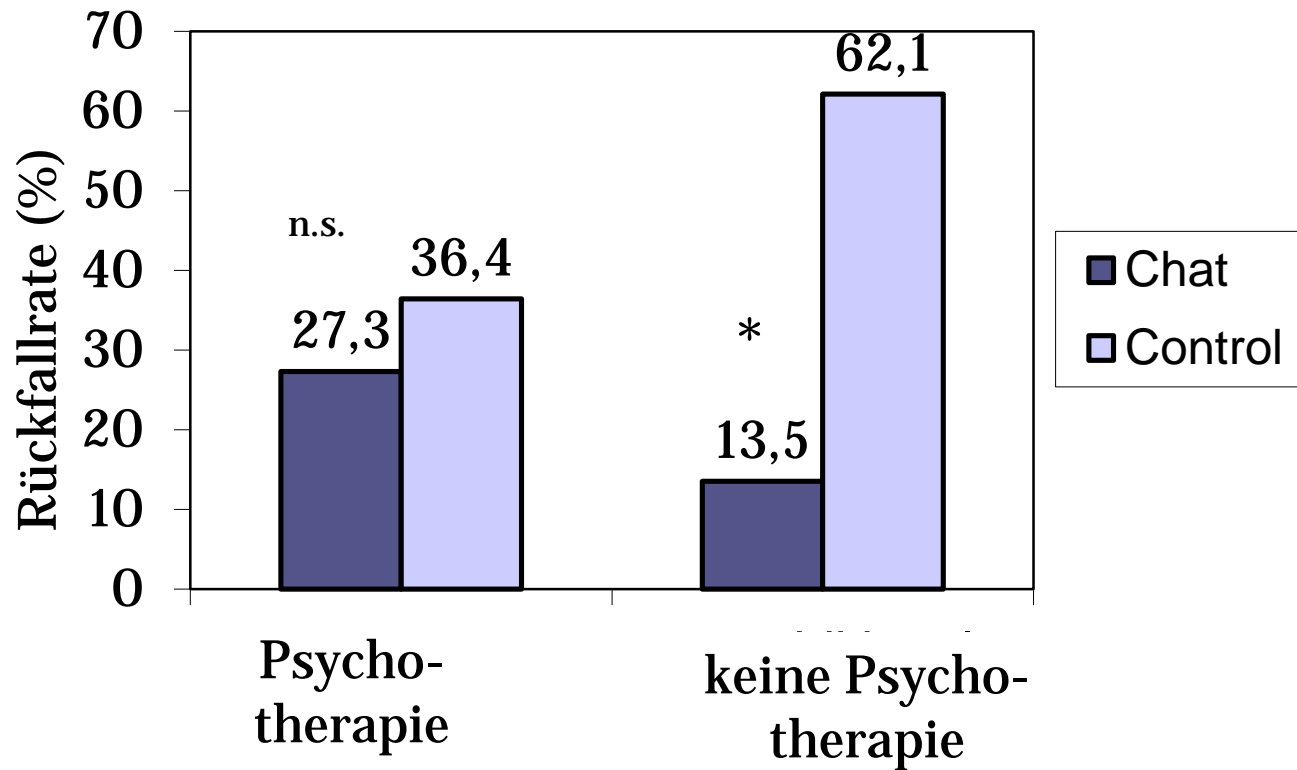


# Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



(Bauer et al., 2011a)

# Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



(Bauer et al., 2011a)

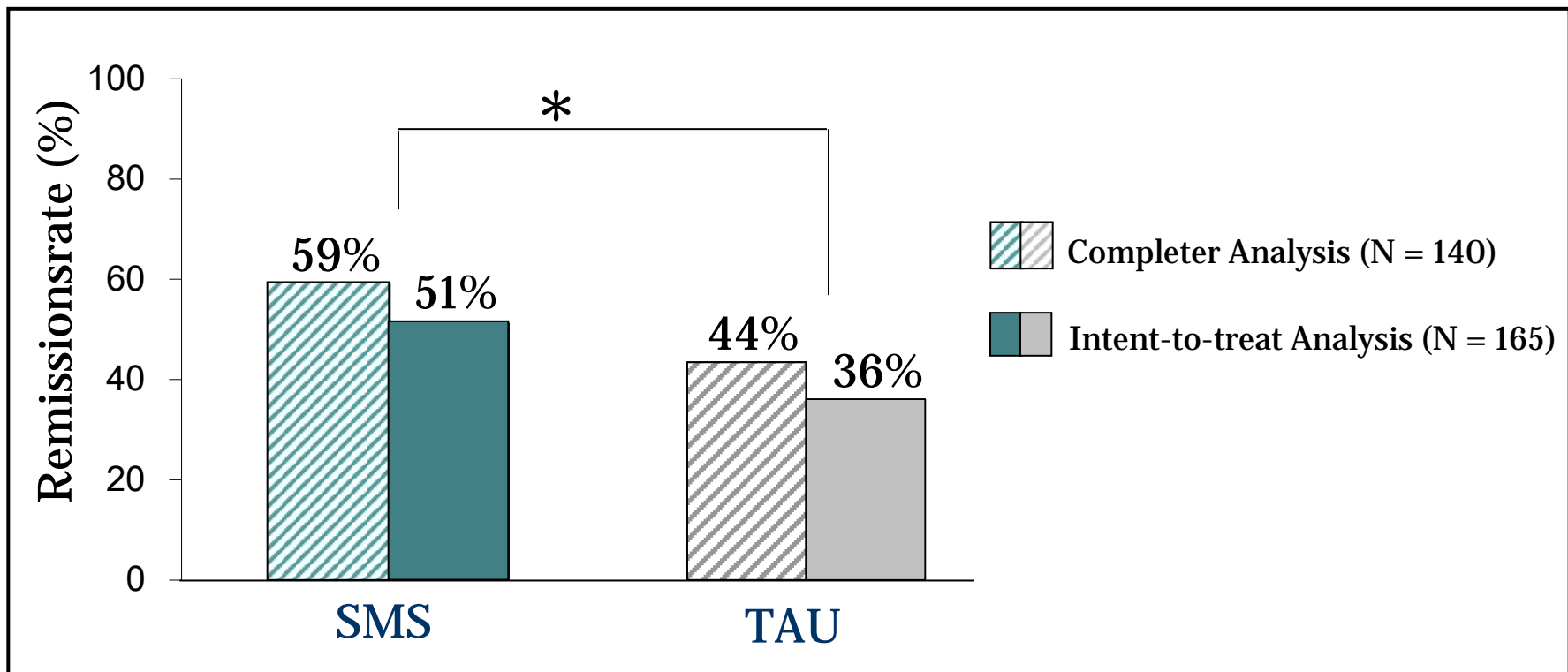


## Beispiel B: SMS-basierte Nachsorge bei Bulimia nervosa („SMS-Brücke“)

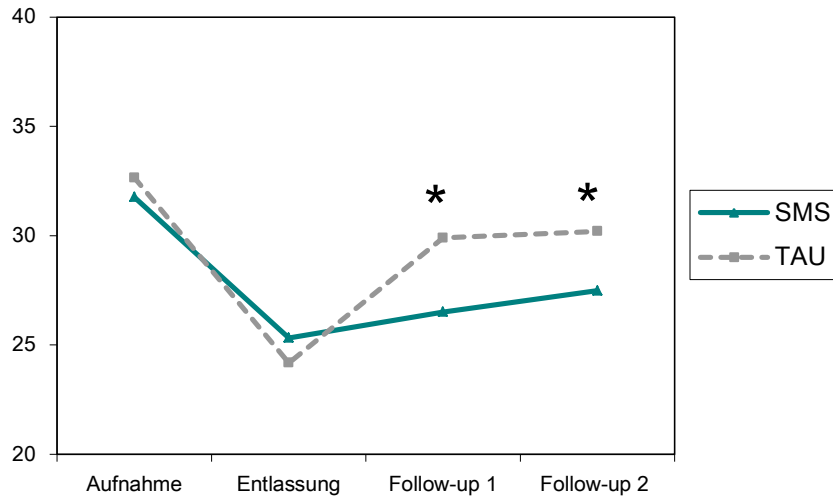
- In Kooperation mit der AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont
- nachstationäres Betreuungsangebot für Patientinnen mit Bulimia nervosa
- wöchentliche Interaktion über SMS
- Internetbasiertes, teilautomatisiertes Programm
- Datenbank enthält ca. 1000 Feedback-Nachrichten
- Ziele:
  - . Monitoring der Symptomatik
  - . Feedback signalisiert soziale Unterstützung, positive Verstärkung, Erinnerung an in der Klinik gelernte Strategien



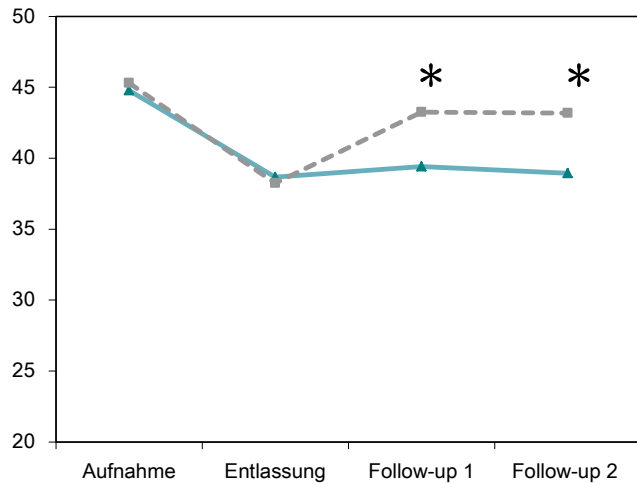
# Wirksamkeit „SMS-Brücke“ - Remissionsrate (N = 165)



# Wirksamkeit „SMS-Brücke“

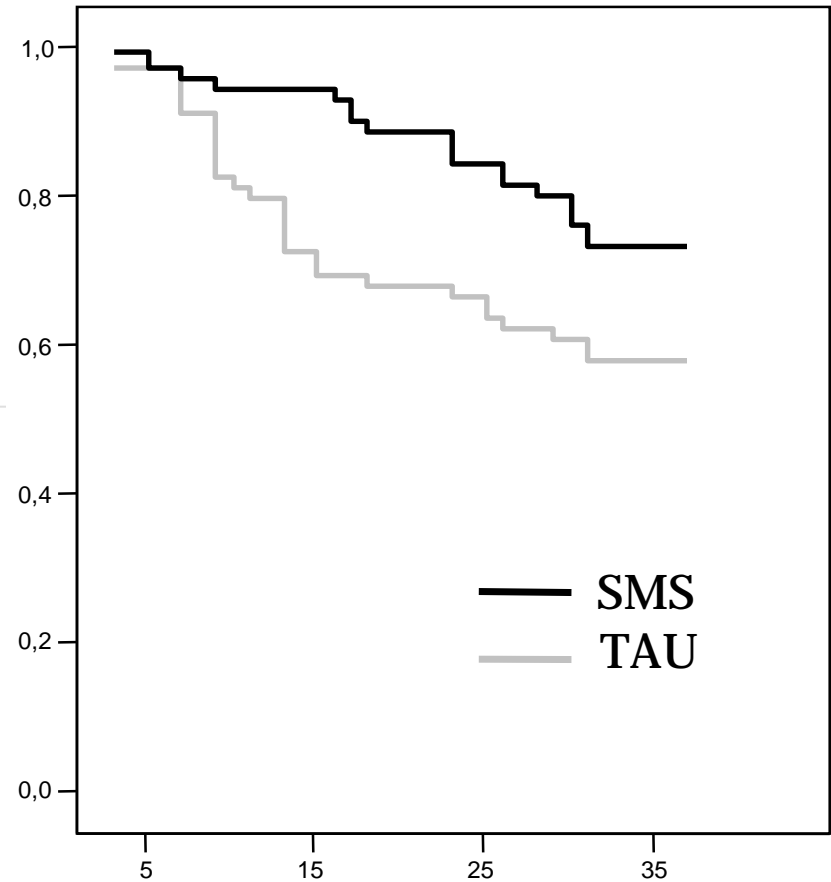


EDI Skala 1: Schlankheitsstreben



EDI Skala 3: Körperliche Unzufriedenheit

## Rückfallrate SMS: 27%; TAU: 42%

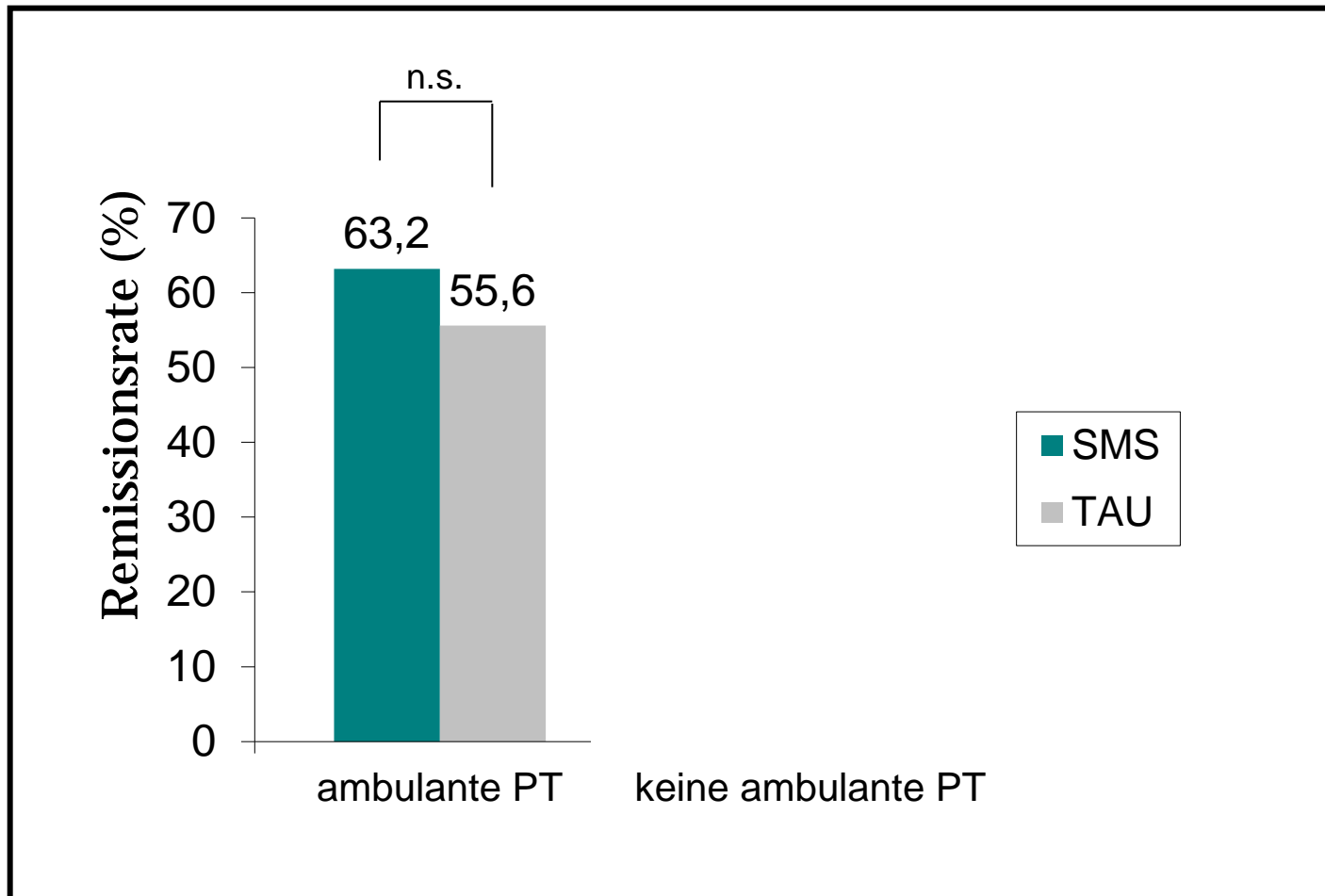


(Bauer et al., 2011b; 2013a)

# Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (bis 8 Monate nach Entlassung)

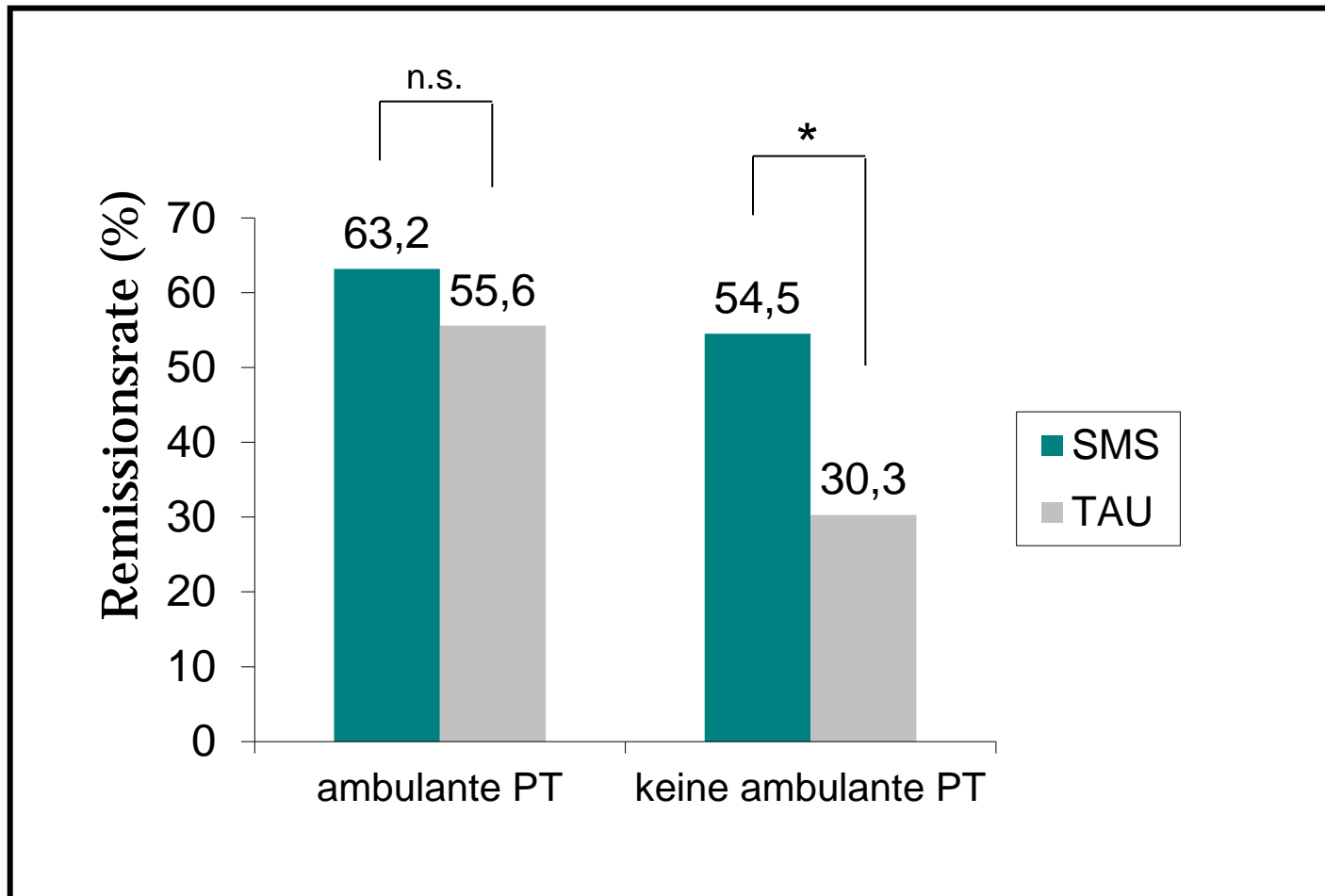
	Kontrollgruppe (TAU)	Interventionsgruppe (SMS)
Häufigkeit	52% (n = 36)	53% (n = 38)
Anzahl Sitzungen (Gesamtgruppe)	M = 9.2 (SD = 15.8) range = 1-80	M = 8.5 (SD = 13.8) range = 2-85
Anzahl Sitzungen (Utilizer)	M = 18.2 (SD = 18.1) range = 1-80	M = 17.0 (SD = 15.4) range = 2-85

# Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie



(Bauer et al., 2013a)

# Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

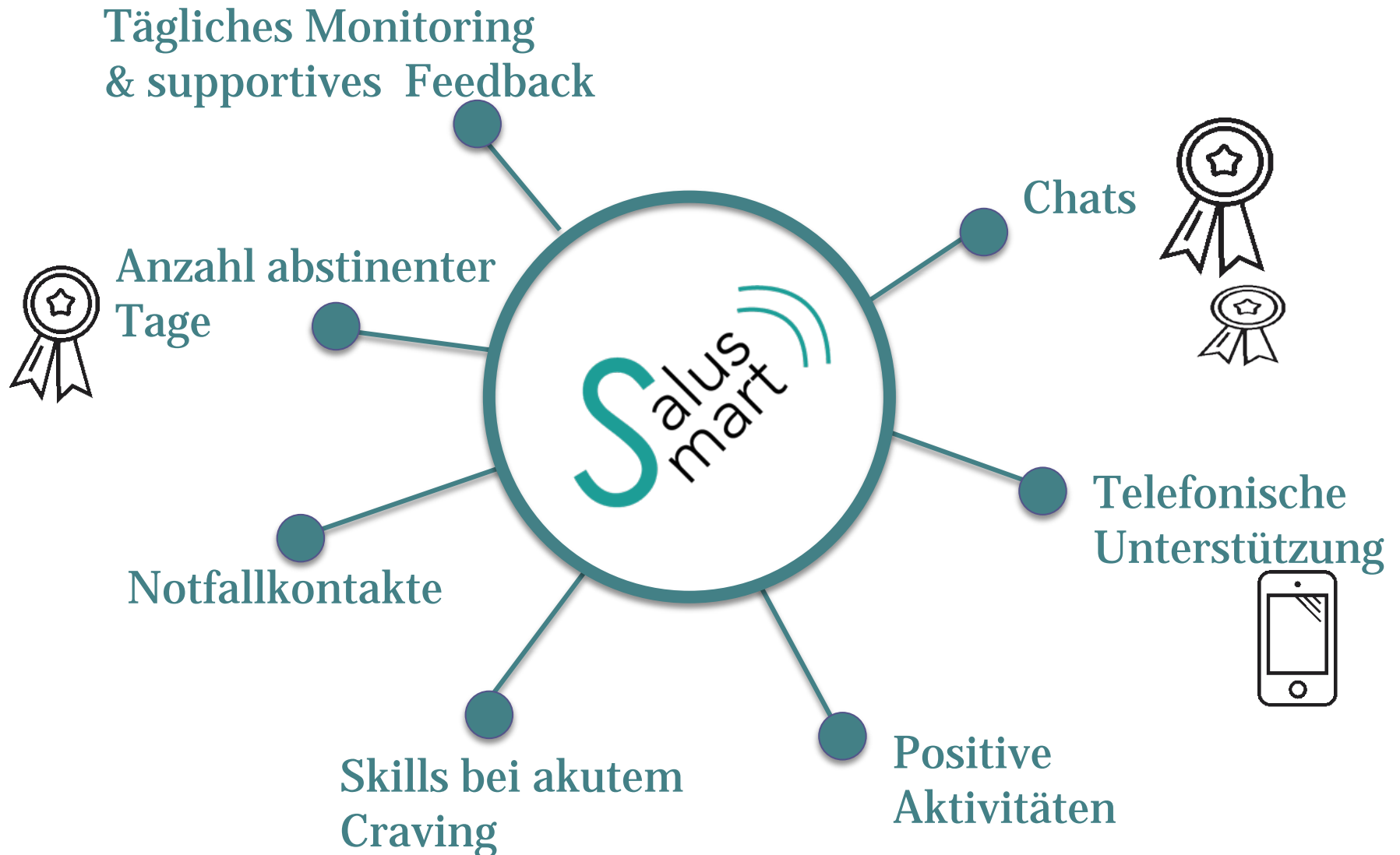


(Bauer et al., 2013a)

## Beispiel C: Smartphone-basierte Nachsorge bei Alkoholabhängigkeit („SaluSmart“)

- In Kooperation mit der salus Klinik Friedrichsdorf
- Ziel: Aufrechterhaltung der Abstinenz nach Entwöhnungsbehandlung
  - durch Smartphone- und internetbasierte Intervention und
  - durch zeitnahe Inanspruchnahme konventioneller Angebote

# Konzept - „SaluSmart“





# Konzept - „SaluSmart“

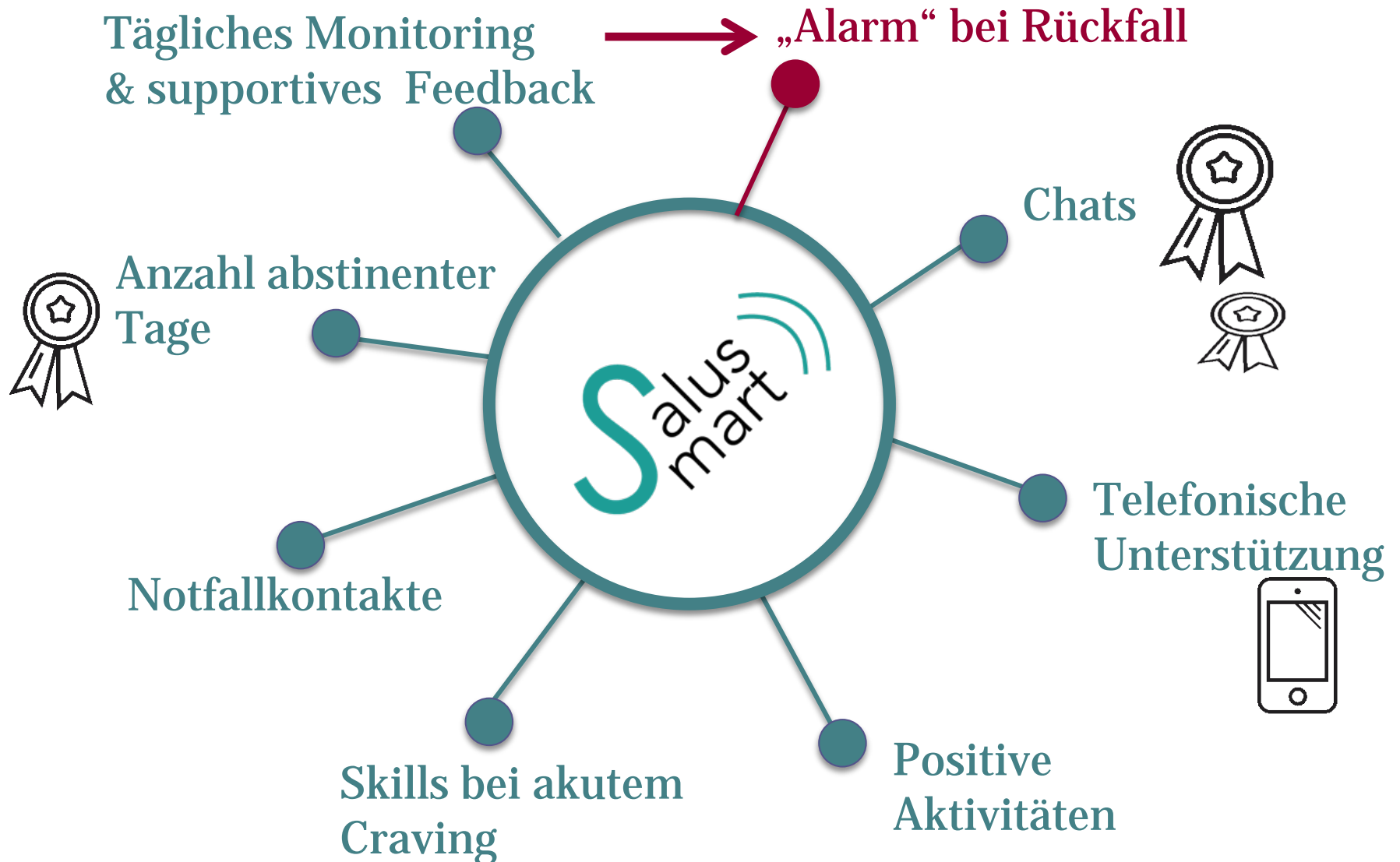


Chart For User:Test\_Teilnehmer1



Chart For User:Test\_Teilnehmer1



## Ergebnisse - „SaluSmart“:

Pilotstudie (N = 50)

- Dauer der Intervention: 100 Tage nach Entlassung
- Sehr gute Compliance mit dem tägl. Monitoring
- Kaum Nutzung der Chat/Telefonmodule
- Hohe Zufriedenheit mit dem Programm und den Notfallprozeduren

## Beispiel D: Internet-basiertes Krankheitsmanagement bei chronisch rezidivierender Depression (SUMMIT)

- Multizentrische klinische Studie
- Stichprobe: Patienten mit mind. 3 Episoden einer MDD (N=232)
- Ziel: Verkürzung von Krankheitsepisoden
- 12-monatige nachstationäre Unterstützung über das Internet (2 Varianten) zusätzlich zur psych. Standardbehandlung (TAU)
- SUMMIT-Module (automatisiert):
  - Information; Monitoring & Feedback; Forum; individueller Krisenplan
- Zusätzliche Module in SUMMIT-Person (personalisiert):
  - Chatbetreuung bzgl. Krisenplan; Expertenchats

(Kordy et al., 2013)



## Wirksamkeit - „SUMMIT“


- Randomisiert-kontrollierte Studie: TAU vs. SUMMIT vs. SUMMIT-Person
- Ergebnismaß: Anzahl „well weeks“ pro Jahr erfasst über LIFE (Longitudinal Follow-up Evaluation; Keller et al., 1989)
- Keine Überlegenheit von SUMMIT-Person vs. SUMMIT
- Überlegenheit von SUMMIT gegenüber TAU
  - TAU: 16 well weeks pro Jahr
  - SUMMIT: 27 well weeks pro Jahr
  - SUMMIT-Person: 25 well weeks pro Jahr


(Kordy et al., 2016)


### 3. Verbesserung der Versorgungskontinuität an der Schnittstelle „Prävention- Frühintervention“


# Beispiel E: Internetbasierte Prävention und Frühintervention bei Essstörungen („ProYouth“)


**ProYouth**    
The European initiative for the promotion  
of mental health and the prevention of  
eating disorders





  
Welcome to  
ProYouth!


  
Willkommen bei  
ProYouth!


  
Vítejte na  
ProYouth!


  
Üdvözlünk a  
ProYouth oldalán!

  
Benvenuto sul  
ProYouth!

  
Welkom bij  
ProYouth!

  
Bine ați venit la  
ProYouth!

  
Bienvenue à  
ProYouth!

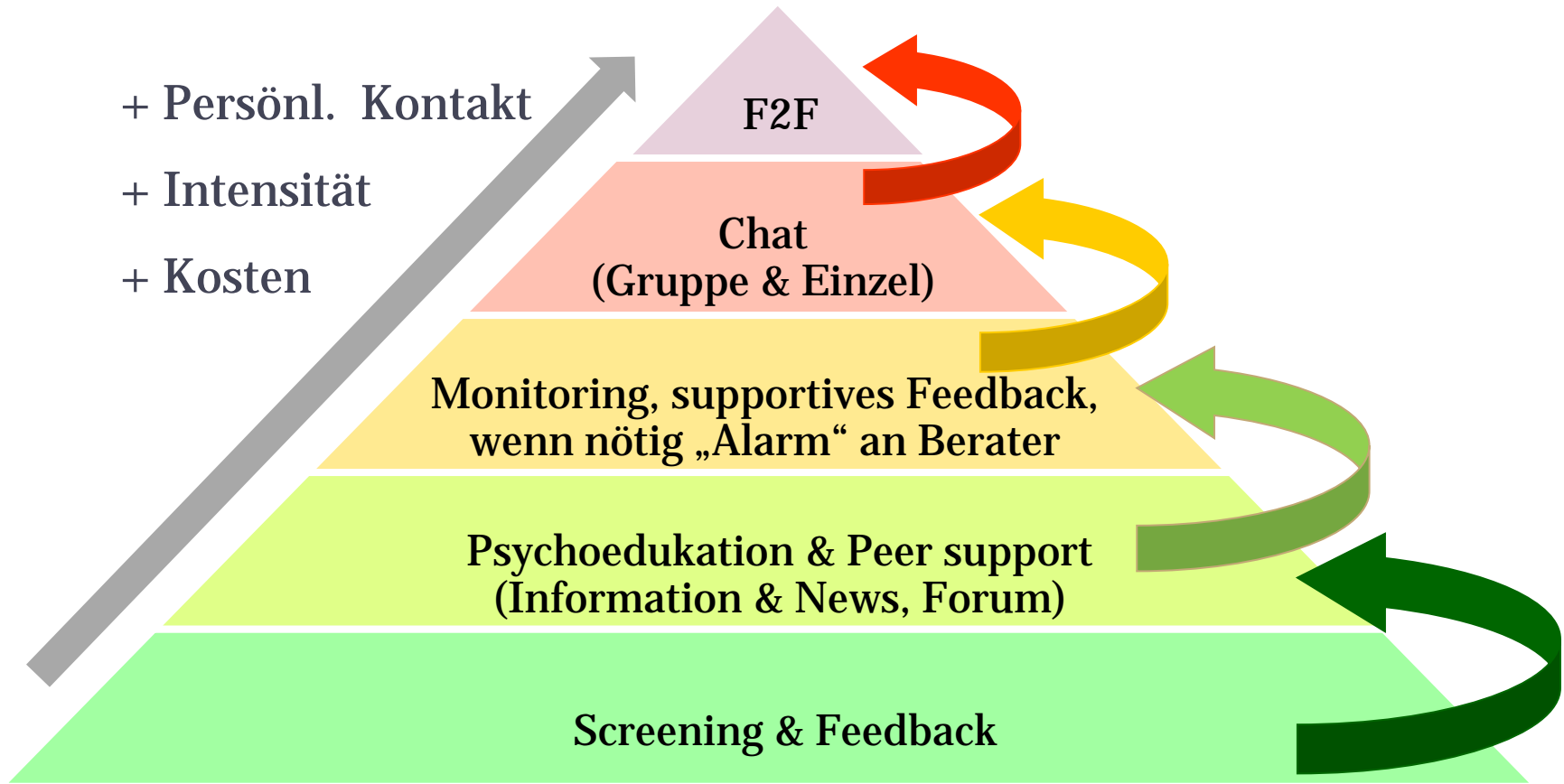
  
ProYouth'a  
Hoşgeldiniz!

# ProYouth: Ziele & Module

- **Aufklären & informieren**  
→ Information, Psychoedukation, Videos & News
- **Individualisierte Rückmeldung**  
→ Screening & Monitoring  
(Feedback zu Symptomen, Einstellungen, Verhaltensweisen)
- **Unterstützung online**  
→ Forum & Chat  
(Peer support und Beratung durch Experten)
- **Vermittlung in die Regelversorgung**  
(Zugang zu Behandlung erleichtern, Barrieren im Hilfesuchprozess reduzieren)



# Das ProYouth-Portal



## Ziele:

- Kombination von automatisierten und personalisierten Modulen
- Anpassung an individuellen Unterstützungsbedarf
- Verknüpfung von E-Mental Health und Regelversorgung (F2F)

# ProYouth - Studien I

- **Machbarkeit** (Bauer et al., 2009)
- **Akzeptanz** (Lindenberg et al., 2011)
- **Wirksamkeit** (Lindenberg & Kordy, 2015)
- **Kosten für die dauerhafte Bereitstellung bei ca. 1000 Teilnehmern: 15€ pro Teilnehmer pro Jahr** (Minarik et al., 2013)
- **Kosten und Nutzen verschiedener schulbasierter Disseminationsstrategien: persönliche Vermittlung ist kosteneffektiv** (Moessner et al., 2016)

## ProYouth - Studien II

- **Zusammenhang zw. Zugangsweg & Nutzercharakteristika (Bauer et al., in Rev)**
- **Barrieren im Hilfesuchprozess (Ali et al., 2017)**
- **Verbesserung des Hilfesuchverhaltens (Moessner et al., 2016; Kindermann et al., 2016)**

## 4. Fazit

# Fazit I

## Nachsorge mittels E-Mental Health

- **Praktikabilität, Akzeptanz, Wirksamkeit und Kosten-Effektivität**
- **Vergleichbare Ergebnisse mehrerer Arbeitsgruppen**
- **Nachsorge über E-Mental Health ausreichend für einen Teil der Patienten**

## Fazit II

### Prävention / Frühintervention mittels E-Mental Health

- Scham, Angst vor Stigmatisierung und mangelndes Wissen sind bei Jugendlichen verbreitet und erschweren die Inanspruchnahme professioneller Hilfe
- Bedarf an gezielten niedrigschwelligen Informations- und Unterstützungsangeboten ist evident
- Kombination von automatisierten Modulen und persönlicher Unterstützung erlaubt das Ansprechen großer Stichproben
- Online-Portale versprechen frühe(re) Unterstützung
- Aber: Vermittlung in die Regelversorgung als zentraler Bestandteil

## Fazit III

### E-Mental Health Interventionen...

- sollten basierend auf spezifischen Herausforderungen in der Versorgung konzipiert werden
- versprechen Verbesserung der Versorgungskontinuität; Überbrückung von Schnittstellen, langfristiges Krankheitsmanagement
- erlauben durch Monitoring eine frühe Identifikation von Krankheitsepisoden → zeitnahes Reagieren möglich
- können möglicherweise die Passung zwischen Unterstützungsbedarf und präventivem / therapeutischem Angebot verbessern (→ stärkere Individualisierung)

→ Zentrale Frage:

Wie kann man E-Mental Health und die konventionelle Versorgung praktikabel, wirksam und effizient verbinden?

Danke für die Aufmerksamkeit!

[stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de](mailto:stephanie.bauer@med.uni-heidelberg.de)