

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

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

Versorgungsziele



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:

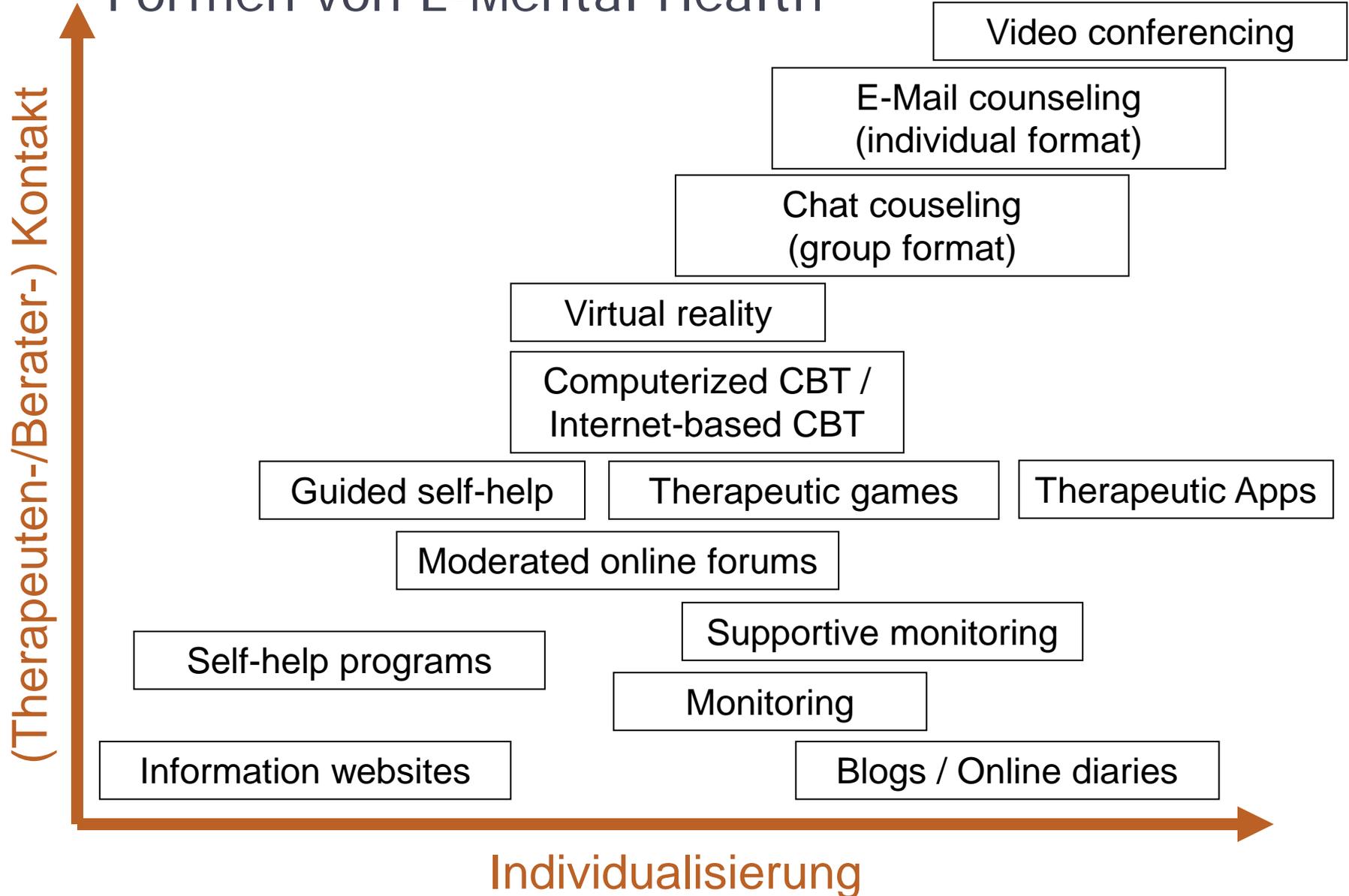
- Begrenzte Verfügbarkeit und Reichweite von spezifischen Nachsorgeangeboten
- Warte- und Wegezeiten

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“)

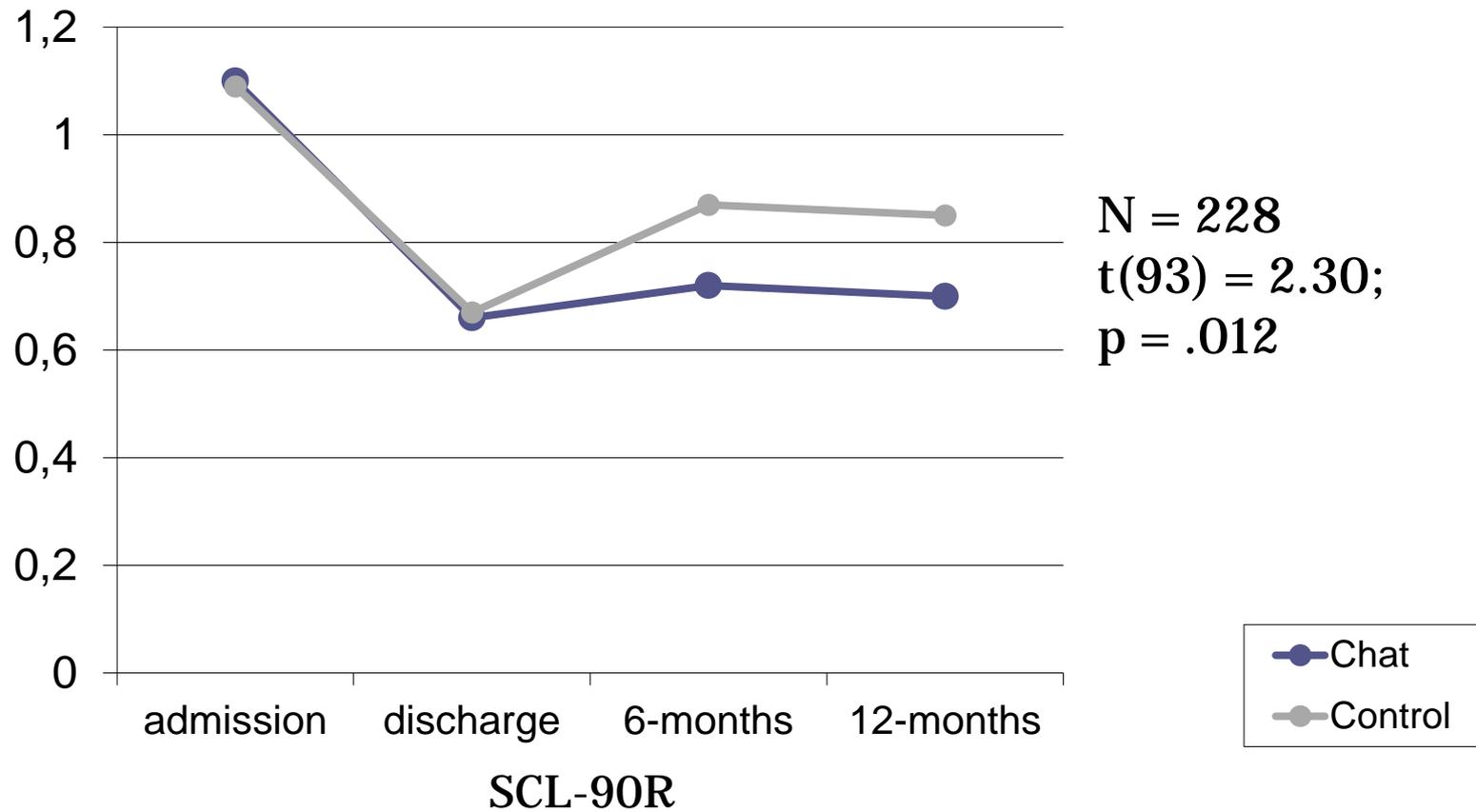


In Kooperation mit den
Panorama Fachkliniken
Scheidegg

Konzept:

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

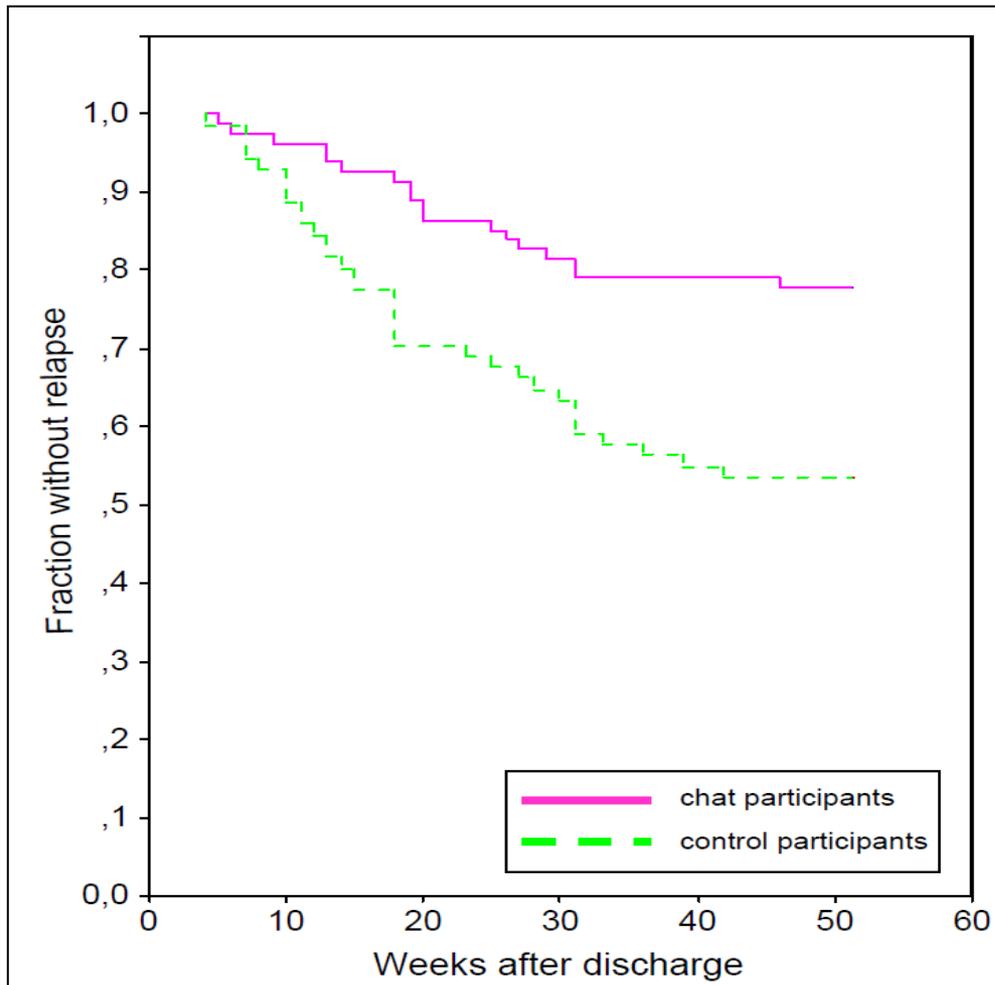
Symptomschwere



(Golkaramnay et al., 2007)

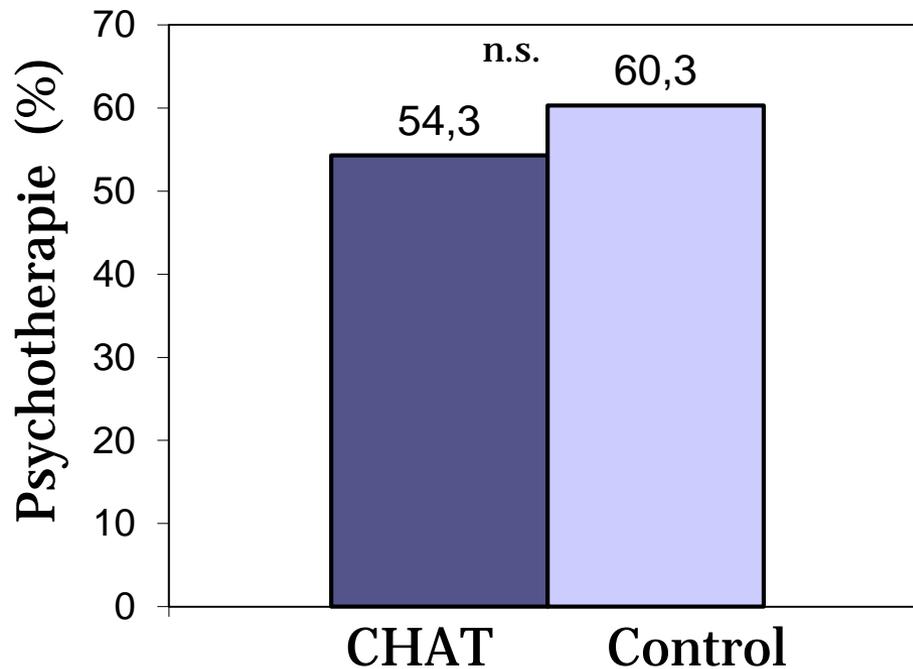
Rückfallraten:

Interventionsgruppe/Chat: 21%; Kontrollgruppe: 47%

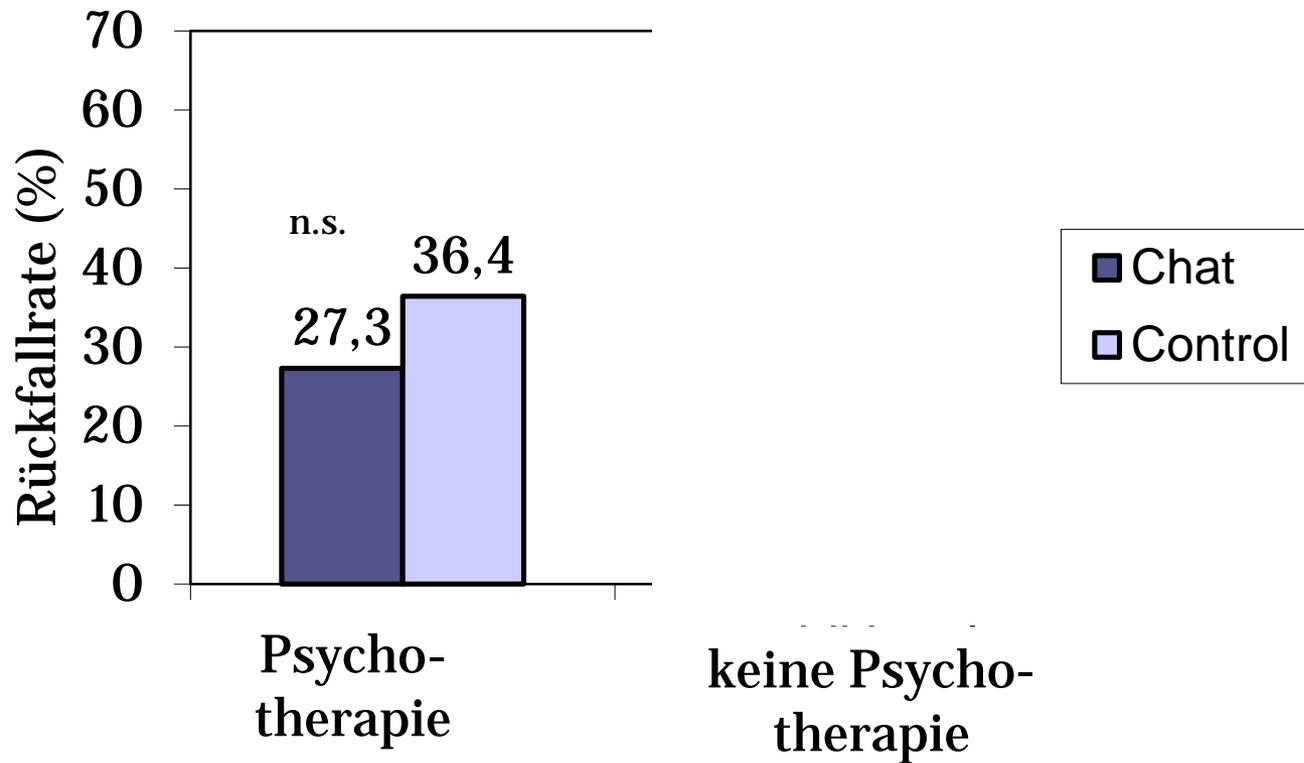


(Bauer et al., 2011a)

Inanspruchnahme - ambulante Psychotherapie im Jahr nach Entlassung

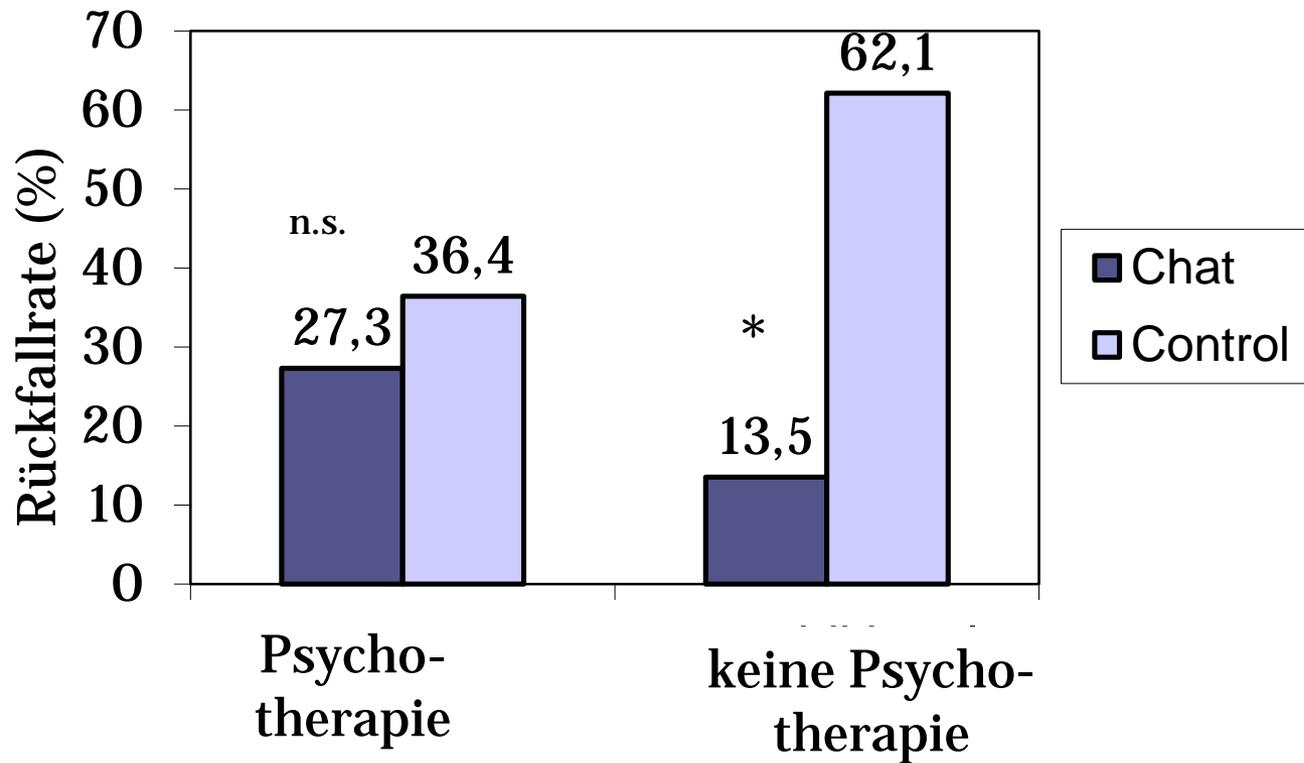


Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



(Bauer et al., 2011a)

Rückfallrate - mit versus ohne ambulante Psychotherapie



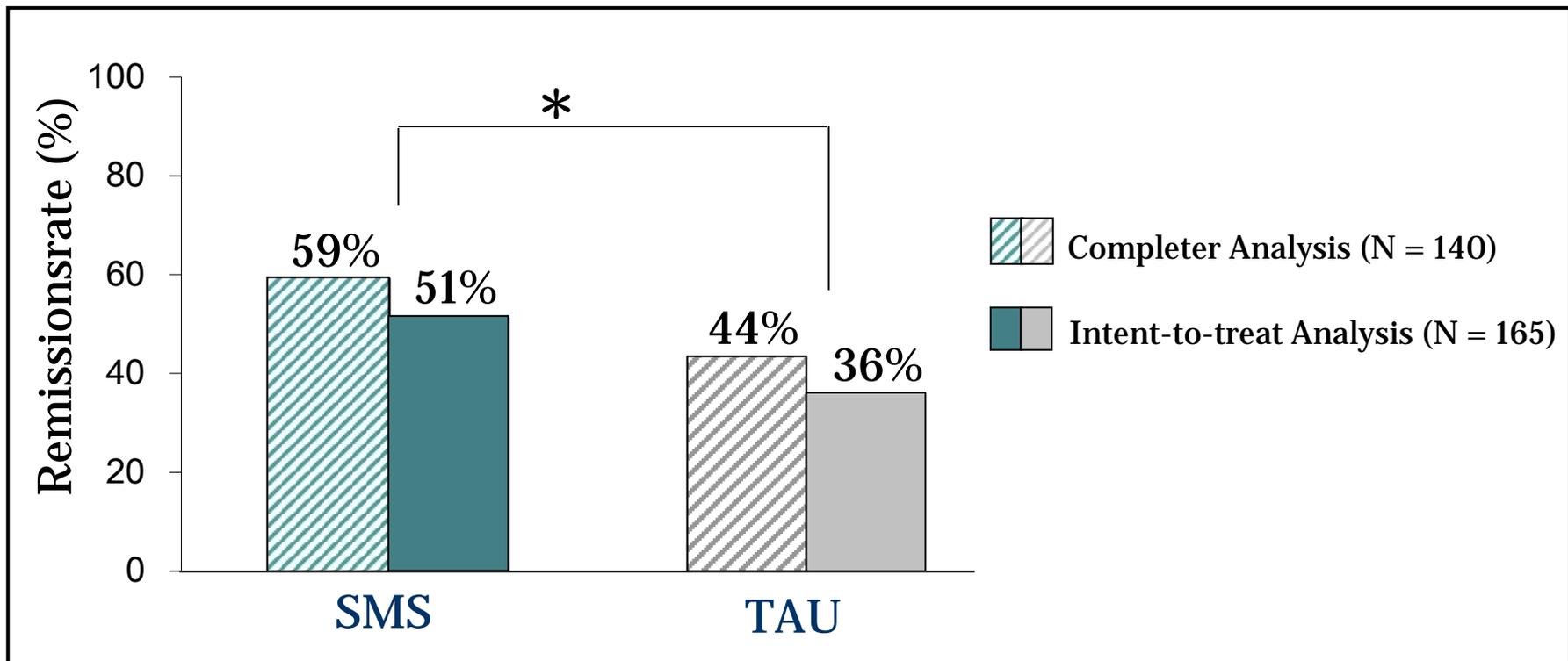
(Bauer et al., 2011a)

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

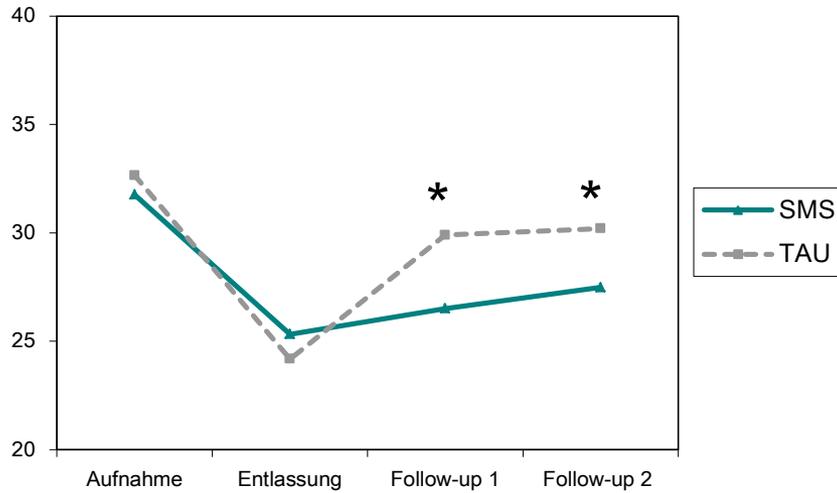
- In Kooperation mit der AHG Psychosomatische Klinik Bad Pyrmont
- nachstationäres Betreuungsangebot für Patientinnen mit Bulimia nervosa
- wöchentliche Interaktion über SMS
- Internetbasiertes, teilautomatisiertes Programm
- Datenbank enthält ca. 1000 Feedback-Nachrichten
- Ziele:
 - . Monitoring der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



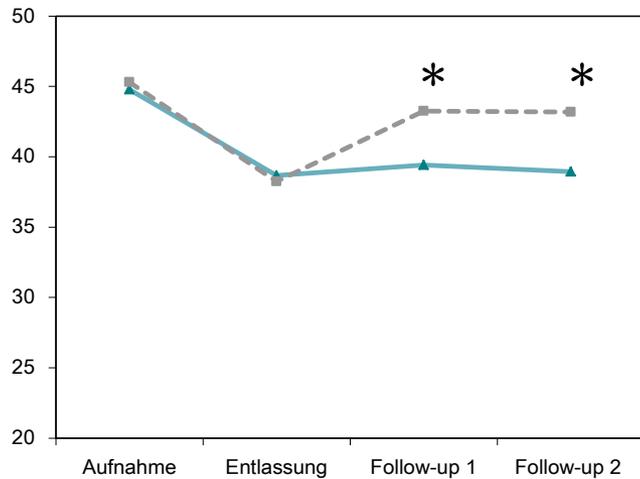
Wirksamkeit „SMS-Brücke“ - Remissionsrate (N = 165)



Wirksamkeit „SMS-Brücke“

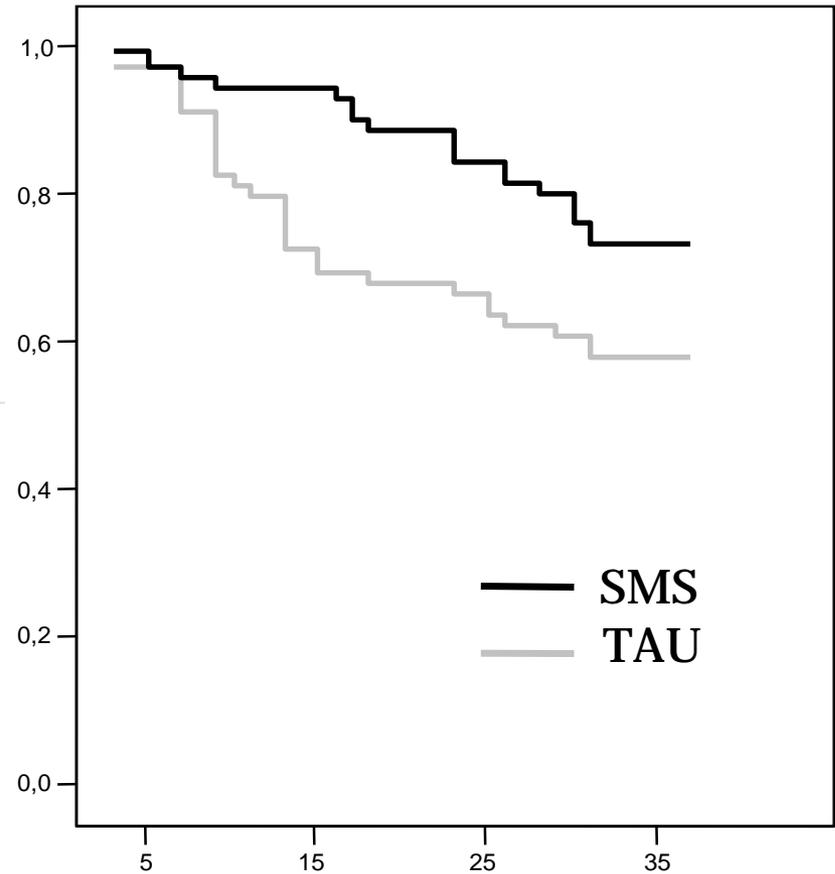


EDI Skala 1: Schlankheitsstreben



EDI Skala 3: Körperliche Unzufriedenheit

Rückfallrate SMS: 27%; TAU: 42%

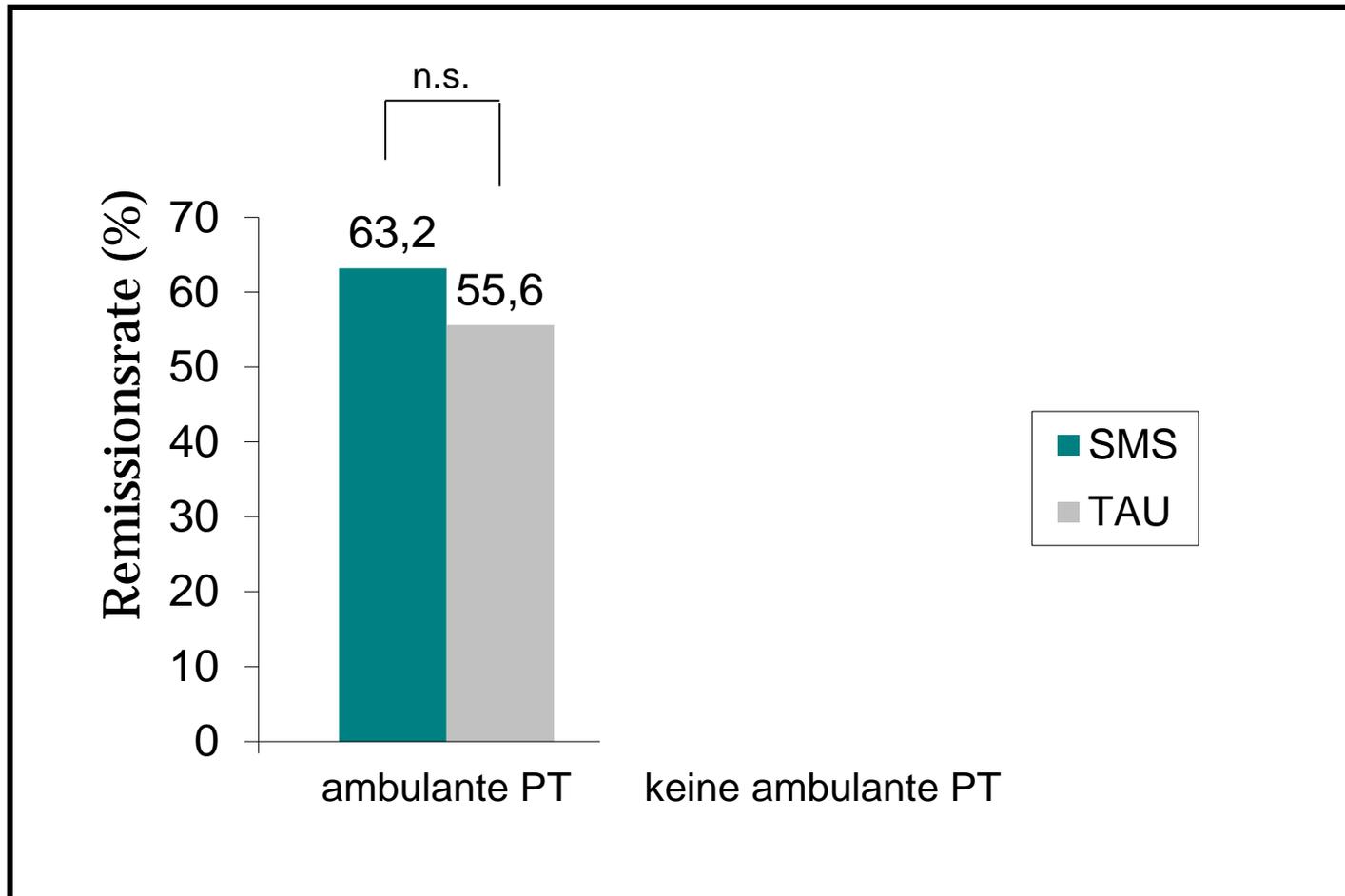


(Bauer et al., 2011b; 2013a)

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie (bis 8 Monate nach Entlassung)

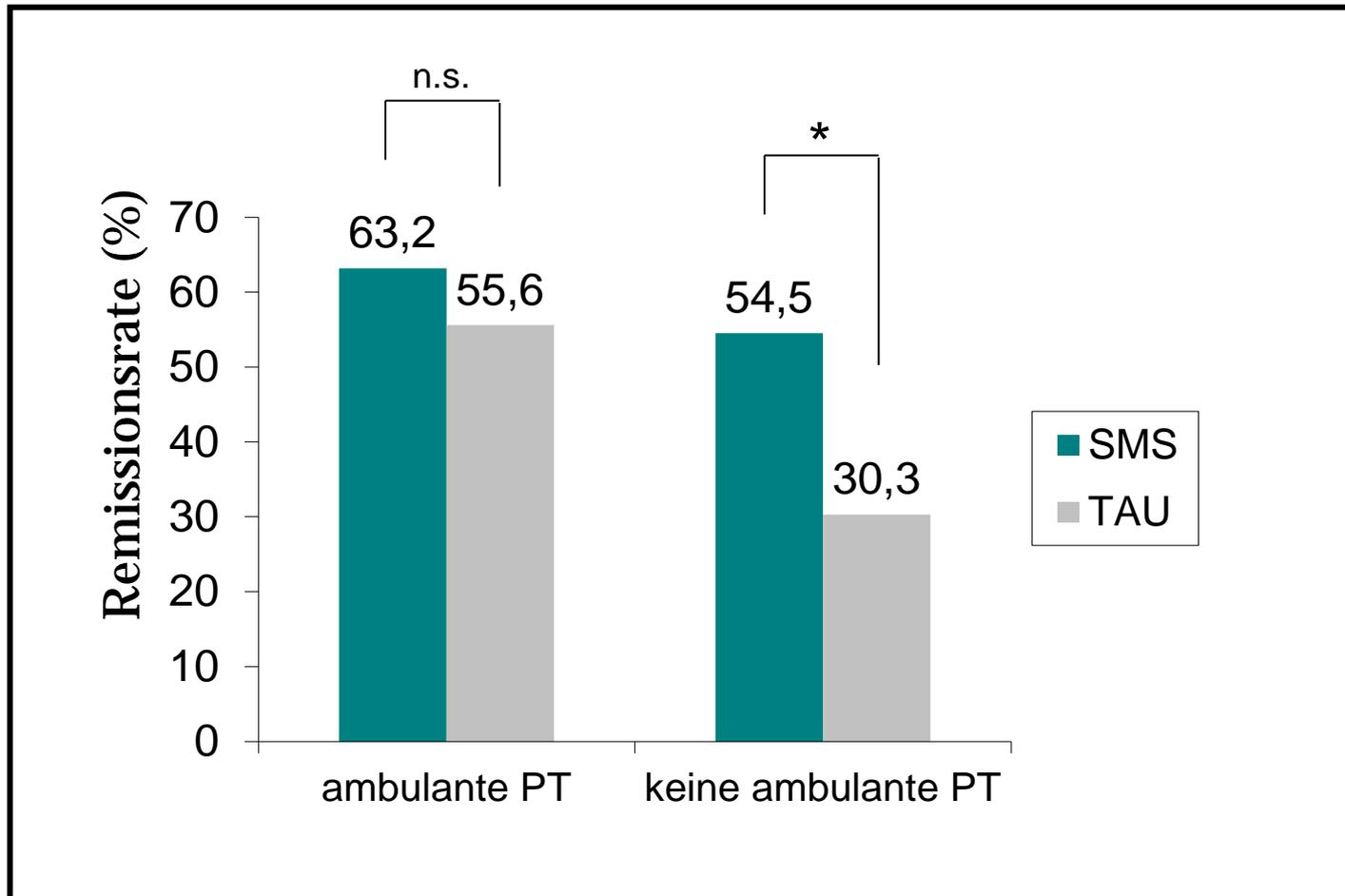
	Kontrollgruppe (TAU)	Interventionsgruppe (SMS)
Häufigkeit	52% (n = 36)	53% (n = 38)
Anzahl Sitzungen (Gesamtgruppe)	M = 9.2 (SD = 15.8) range = 1-80	M = 8.5 (SD = 13.8) range = 2-85
Anzahl Sitzungen (Utilizer)	M = 18.2 (SD = 18.1) range = 1-80	M = 17.0 (SD = 15.4) range = 2-85

Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie



(Bauer et al., 2013a)

Wirksamkeit „SMS-Brücke“ und Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie

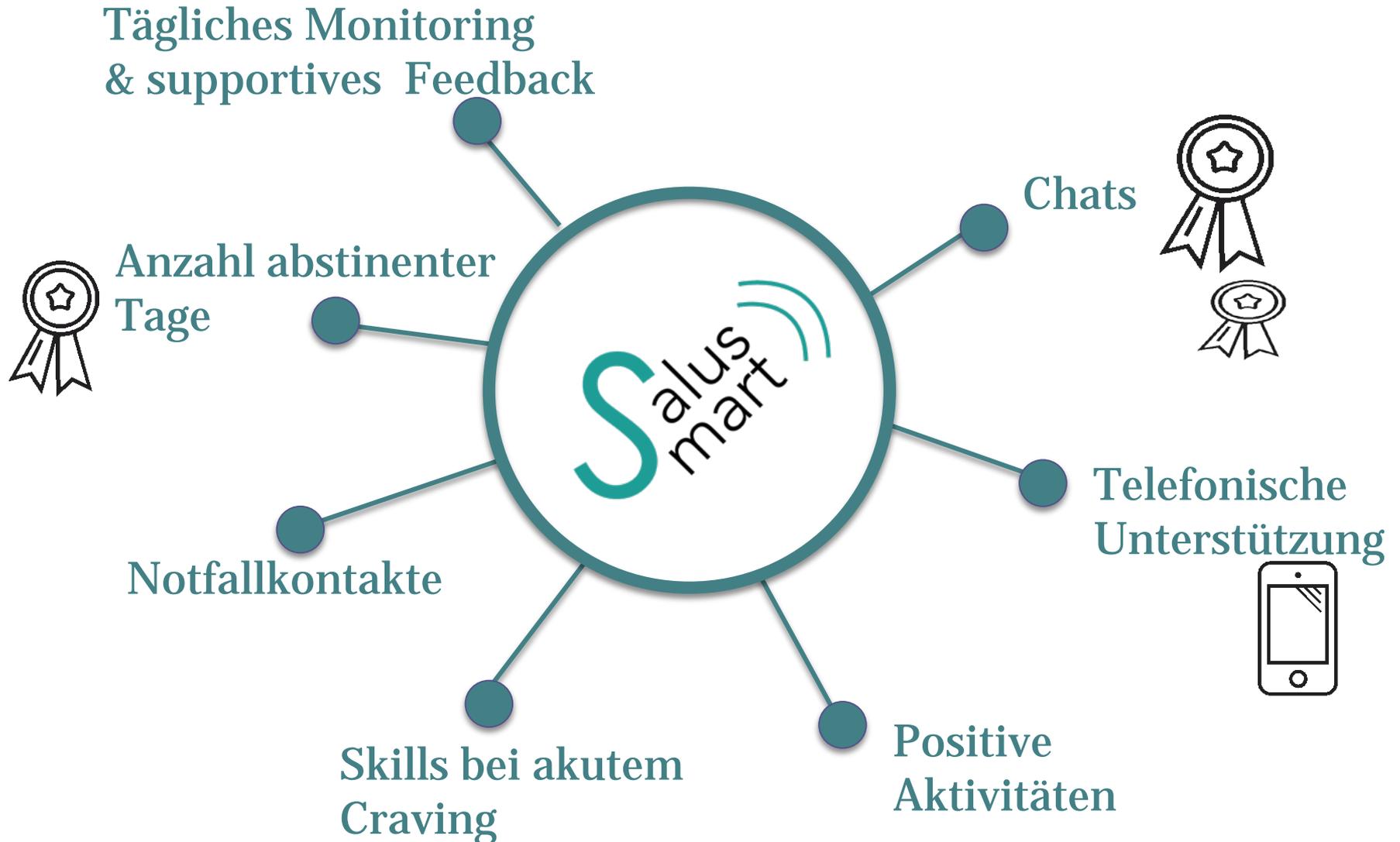


(Bauer et al., 2013a)

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“

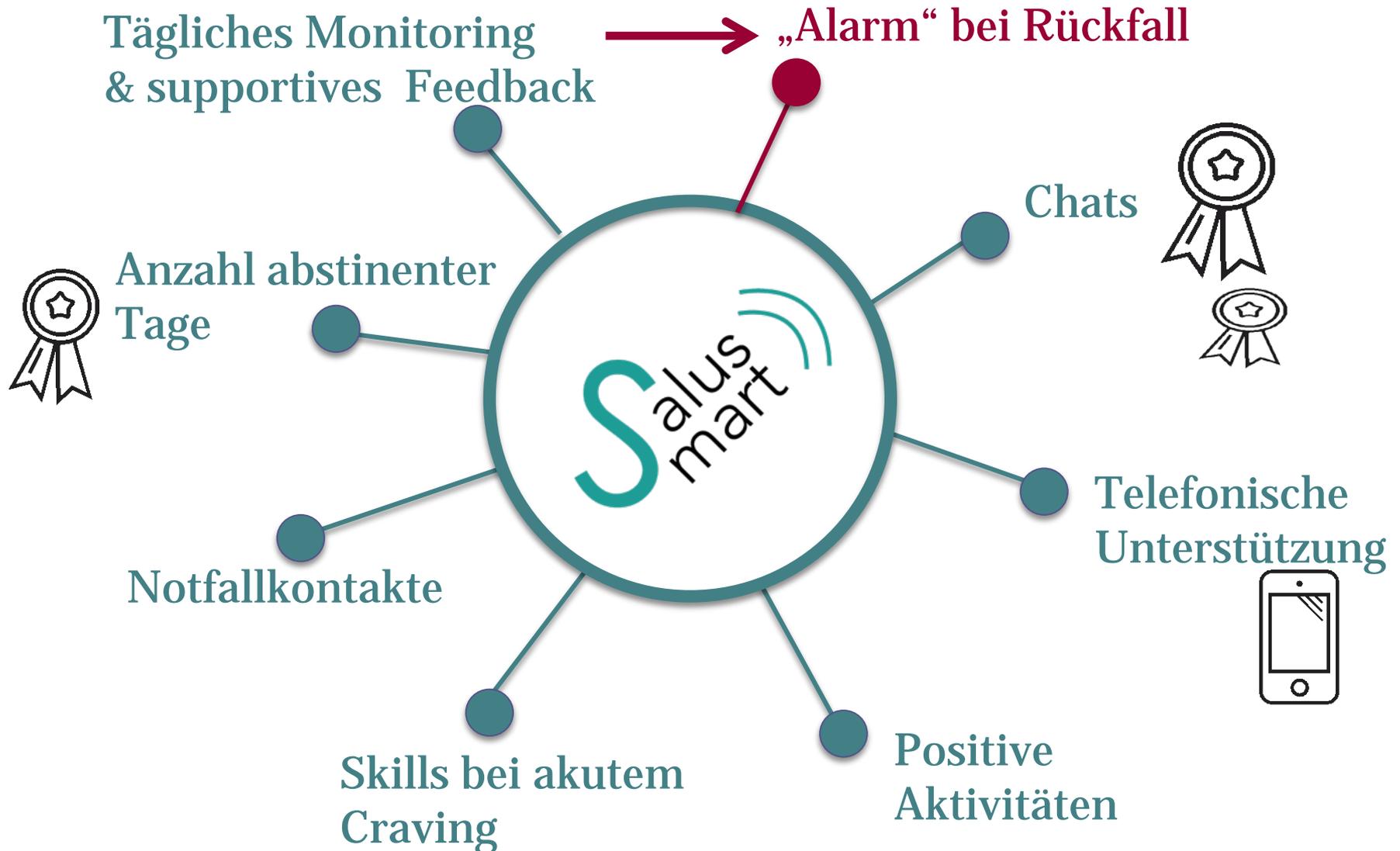


Chart For User:Test_Teilnehmer1

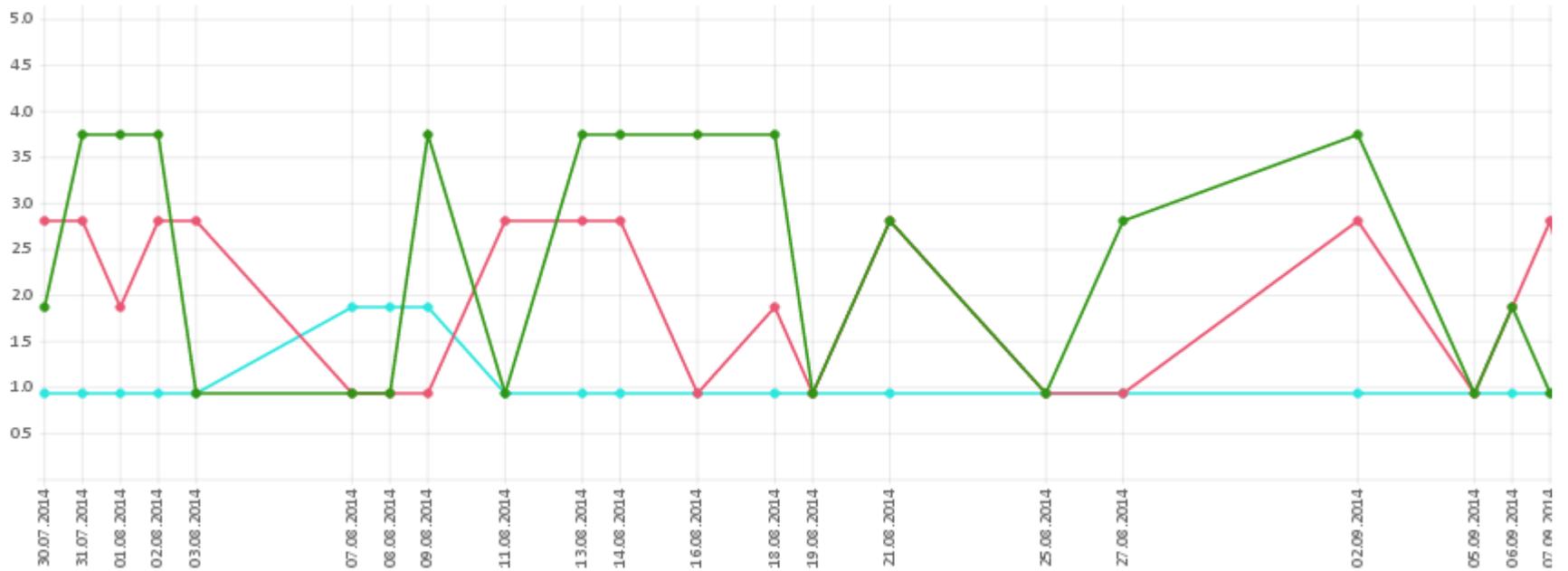
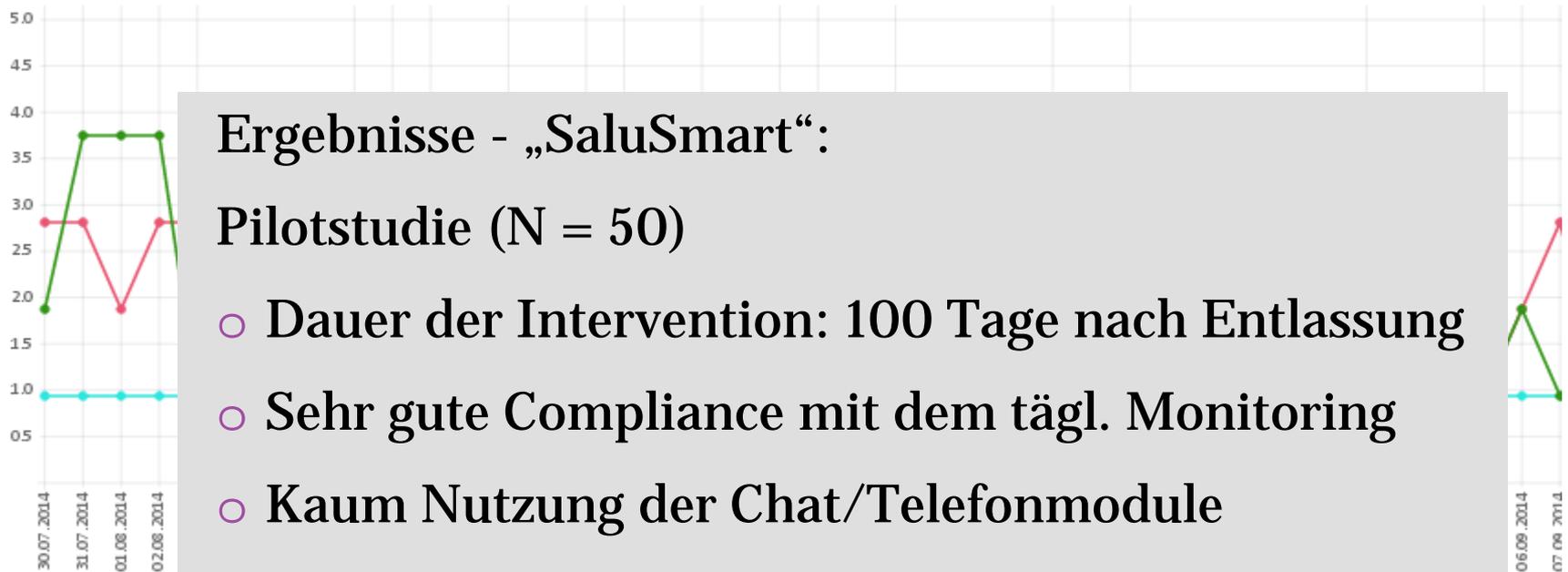


Chart For User:Test_Teilnehmer1



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; Experten-Chats

(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!

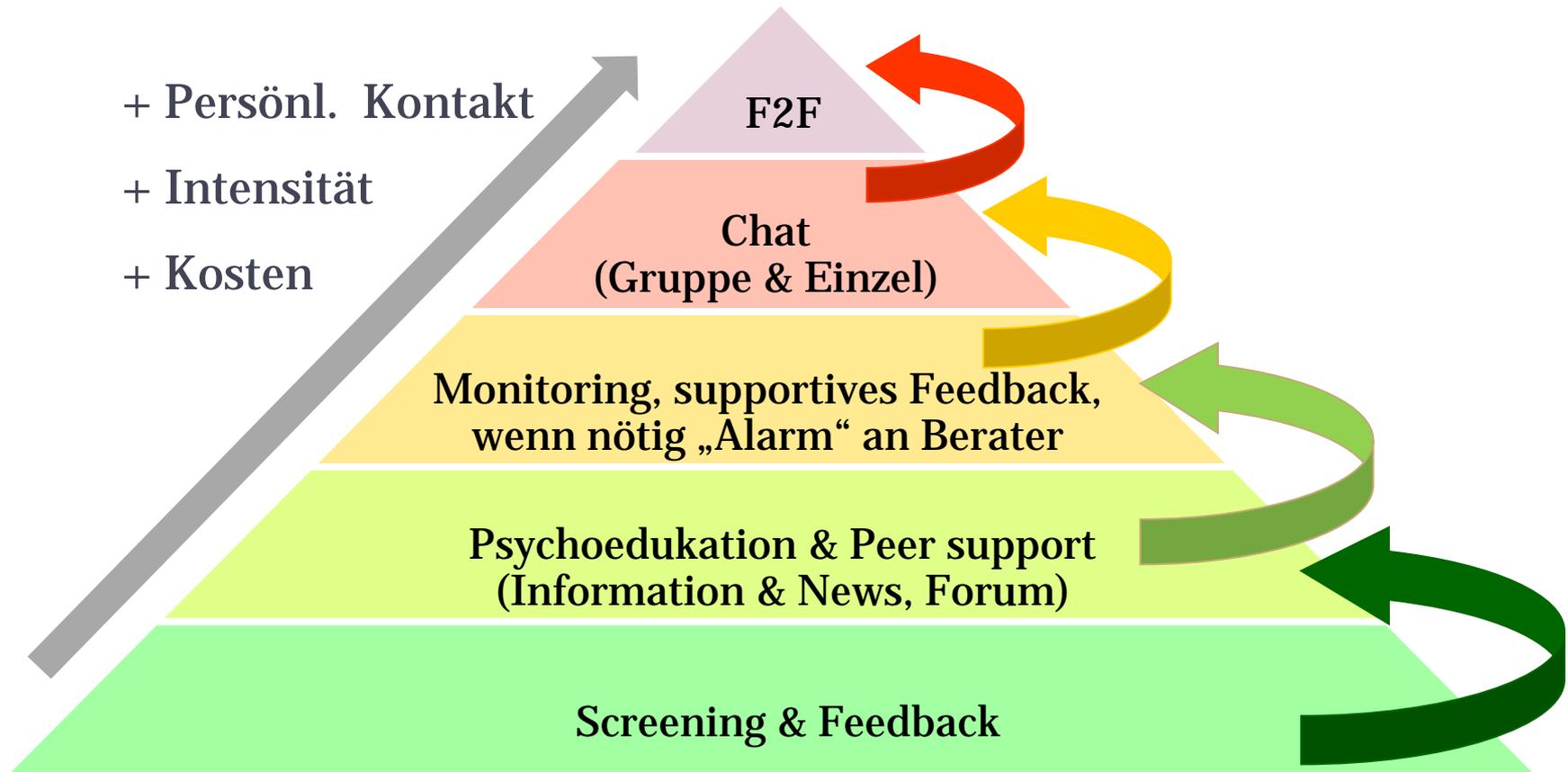

Bienvenue à
ProYouth!


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