IMMANUEL DIAKONIE

Evaluation alternativer psychiatrischer Versorgungsformen

Workshop Psychiatrieentgeltgesetz: Modellprojekte und Evaluation
Netzwerk „Steuerungs- und Anreizsysteme für moderne psychiatrische Versorgung“

Immanuel-Krankenhaus Berlin-Wannsee, 22. Februar 2012

Thomas Becker und Reinhold Kilian

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg

ulm university universität uulm

bezirkskliniken schwaben

Gliederung

- Versorgungsrealität
- Vision
- Evidenz / “Klassiker” der Gemeindepsychiatrie
- Innovative Modelle
- Kontext
- Qualitätsindikatoren
- Defizite / Ziele
- Kriterien
- Design / Studienkonzept
- Instrumente
- Fazit

Versorgungsrealität in Deutschland

- Ausgaben für psychiatrische Versorgung steigen auf international hohem Niveau überproportional zu sonstigen Gesundheitsausgaben
- Größter Teil der Ressourcen für psychiatrische Versorgung wird für stationäre Behandlung und Medikamente ausgegeben
- Trotz Bettenreduzierung und Verkürzung durchschnittlicher Liegezeiten steigen die kumulativen Liegezeiten psychiatrisch-stationärer Behandlung stetig
- Zahl stationärer Wiederaufnahmen innerhalb eines 12 Monatszeitraums liegt bei Psychoseerkrankungen erheblich über dem OECD-Durchschnitt
- Zahl der Zwangseinweisungen steigt auf international hohem Niveau stetig
- Ausmaß beruflicher Desintegration wegen psychischer Erkrankungen nimmt zu

Kilian 2011

Vision der Gemeindepsychiatrie …

1. eine Psychiatrie, die in die Gemeinde geht
2. eine Psychiatrie, die ihren Blick und ihre Hilfen für die chronisch und schwerer Erkrankten schärft
3. eine Psychiatrie, die ihre Hilfen zu den Menschen bringt und nicht die Menschen zu zentralen Hilfeinstitutionen
4. eine Psychiatrie, die die Menschen dazu befähigen will, trotz und ggf. mit ihrer Krankheit im gewohnten Lebensumfeld leben zu können
5. eine Psychiatrie, die **mit dem sozialen Umfeld (Familien, Nachbarschaft)** das Umfeld so gestalten will, dass auch schwer und chronisch psychisch kranke Menschen dort leben können
6. eine Psychiatrie, welche die Andersartigkeit, das Leiden, die Krankheit und Behandlung, manchmal auch angstmachendes Verhalten, in die Gemeinde (zurück) bringt

Peukert 2002

„Klassiker“ der Gemeindepsychiatrie

- Assertive Community Treatment (ACT)
- Community Mental Health Teams (CMHT)
- Case Management /Intensive Case Management (CM /ICM)
- Krisenintervention (KI) & Home Treatment (HT)

Aktuelle Evidenz für Wirksamkeit gemeinde-psychiatrischer Versorgungsangebote

- ACT Cochrane Review: *Marshall & Lockwood 2010*
- OPUS Studie: *Bertelsen et al 2008/ Nordentoft et al 2010*
- ACCESS Studie: *Lambert et al 2009*
- CMHT Cochrane Review: *Malone et al. 2007*
- CM /ICM Cochrane Review: *Dieterich et al 2010*
- CI / HT Cochrane Review: *Irving et al 2010*

Was wirkt?

- gute Evidenz für Wirksamkeit von ACT, insbesondere für schwer kranke Patienten
- gute Evidenz für CMHT in UK
- mäßige Evidenz für CM und ICM
- keine Evidenz für Überlegenheit ICM vs. CM
- unzureichende Evidenz für CI / HT
- Mehrzahl der Studien aus USA und UK

Innovative Modelle (1)

- Regionales Psychiatriebudget (RPB) Itzehoe
- Festes jährliches Budget, Sicherstellung der Patientenversorgung (beh. Personen +/- 6%)
- Keine Anreize Fallzahlausweitung od. Verweil-dauersteigerung
- Flexibilisierung des Ressourceneinsatzes
- Prospektive Kohortenstudie (ICD-10 F1-F3; N = 258 Modellregion Itzehoe/Steinburg, N = 244 Kontrollregion, Standardversorgung)
- Evaluation vs. Kontrollregion (3,5 Jahre) leichte Vorteile für RPB-Region, keine Reduktion der Gesamtkosten, leichter Anstieg der Kosten vertragsärztlicher Versorgung

König et al 2010, Deister et al 2010

Innovative Modelle (2)

- Integrierte Versorgung für Psychose-Betroffene UKE Hamburg
- in Kooperation mit Vertragsärzten und anderen Anbietern Hauptverantwortung für Gesamtbehandlung von Patienten über 2 Jahre (und dann langfristig)
- Abrechnung über Jahrespauschalen (stationär, TK, Ambulanz, Fachärzte)
- Hintergrund: Arbeitsbereich Psychosen UKE (Psychosen-Spezialambulanz, Krisen-TK, ACT, Psychosenspezialstation, TK, HT-Team)
- Hohe Kontaktdichte, überwiegend ACT-Team, Erhöhung Behandlungsintensität und Psychotherapieleistungen

Lambert et al 2010

Assertive Community Treatment as Part of Integrated Care Versus Standard Care: A 12-Month Trial in Patients With First- and Multiple-Episode Schizophrenia Spectrum Disorders Treated With Quetiapine Immediate Release (ACCESS Trial)

Martin Lambert, MD; Thomas Bock, PhD; Daniel Schöttle, MD; Dietmar Golks, PhD; Klara Meister, PhD; Liz Rietschel, PhD; Alexandra Bussopulos, MD; Marietta Frieling; Michael Schödlbauer, PhD; Marc Burlon, MD; Christian G. Huber, MD; Gunda Ohm, MD; Manoshi Pakrasi, MD; Michael Sadre Chirazi-Stark, MD; Dieter Naber, MD; and Benno G. Schimmelmann, MD

Objective: The ACCESS trial examined the 12-month effectiveness of continuous therapeutic assertive community treatment (ACT) as part of integrated care compared to standard care in a catchment area comparison design in patients with schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release.

Method: Two catchment areas in Hamburg, Germany, with similar population size and health care structures were assigned to offer 12-month ACT as part of integrated care (n = 64) or standard care (n = 56) to 120 patients with first- or multiple-episode schizophrenia spectrum disorders (Structured Clinical Interview for *DSM-IV* Axis I Disorders criteria); multiple-episode patients were restricted to those with a history of relapse due to medication nonadherence. The primary outcome was time to service disengagement. Secondary outcomes comprised medication nonadherence, improvements of symptoms, functioning, quality of life, satisfaction with care from patients' and relatives' perspectives, and service use data. The study was conducted from April 2005 to December 2008.

Results: 17 of 120 patients (14.2%) disengaged with service, 4 patients (6.3%) in the ACT and 13 patients (23.2%) in the standard care group. The mean Kaplan-Meier estimated time in service was 50.7 weeks in the ACT group (95% CI, 49.1–52.0) and 44.1 weeks in the standard care group (95% CI, 40.1–48.1). This difference was statistically significant ($P = .0035$). Mixed models repeated measures indicated larger improvements for ACT compared to standard care regarding symptoms ($P < .01$), illness severity ($P < .001$), global functioning ($P < .05$), quality of life ($P < .05$), and client satisfaction as perceived by patients and family (both $P < .05$). Logistic regression analyses revealed that ACT was associated with a higher likelihood of being employed/occupied ($P = .001$), of living independently ($P = .007$), and of being adherent with medication ($P < .001$) and a lower likelihood of persistent substance misuse ($P = .027$).

Conclusions: Compared to standard care, intensive therapeutic ACT as part of integrated care could improve 1-year outcome. Future studies need to address in which settings these improvements can be sustained.

Trial Registration: clinicaltrials.gov Identifier: NCT01081418

J Clin Psychiatry

© Copyright 2010 Physicians Postgraduate Press, Inc.

Submitted: *February 9, 2009; accepted June 9, 2009.*
Online ahead of print: *March 23, 2010 (doi:10.4088/JCP.09m05113yel).*
Corresponding author: *Martin Lambert, MD, Psychosis Centre, Department for Psychiatry and Psychotherapy, Centre for Psychosocial Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Martinistr 52, 20246 Hamburg, Germany (lambert@uke.uni-hamburg.de).*

An effective intervention for patients with severe mental illness is assertive community treatment (ACT).[1–4] Key features mediating the effectiveness of ACT are the multidisciplinary team approach with a small client/staff ratio, high-frequent treatment contacts with 60%–70% of interventions provided in the community setting, a "no drop-out policy," and the 24 hours a day availability including crises intervention.[5,6]

Since the initial demonstration study,[1] ACT has proven to be a robust model of community-based treatment for people with severe mental illness.[2] A Cochrane review,[2] based on 17 randomized trials, mostly conducted in the United States, concluded that ACT is a clinically effective approach to managing the care of people with severe mental illness in the community. ACT can substantially reduce the costs of hospital care while improving outcome and patient satisfaction.[2] However, recent trials in the United Kingdom[7–9] and other countries[3,10] did not fully confirm these positive results of earlier US trials. Explanations for these conflicting results

© Copyright 2010 Physicians Postgraduate Press, Inc. © Copyright 2010 Physicians Postgraduate Press, Inc.

Lambert et al 2010

Ergebnisse ACCESS Studie

- ACT: bessere Symptomkontrolle
- ACT: besseres Funktionsniveau
- ACT: häufiger berufstätig
- ACT: weniger Substanzmissbrauch
- ACT: größere Behandlungskontinuität
- ACT: mehr Behandlungskontakte
- ACT: größere Behandlungszufriedenheit
- ACT: weniger Klinikeinweisungen
- ACT: weniger Kliniktage

Lambert et al 2010

Acta Psychiatrica Scandinavica

Acta Psychiatr Scand 2012: 1–10
All rights reserved
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01835.x

© 2012 John Wiley & Sons A/S
ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA

Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment

Längle G, Steinert T, Weiser P, Schepp W, Jaeger S, Pfiffner C, Frasch K, Eschweiler GW, Messer T, Croissant D, Becker T, Kilian R. Effects of polypharmacy on outcome in patients with schizophrenia in routine psychiatric treatment.

Objective: Evaluating the effects of different types of psychotropic polypharmacy on clinical outcomes and quality of life (QOL) in 374 patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in routine care.
Method: Psychotropic regimen, clinical outcomes, and QOL were assessed before discharge and after 6, 12, 18, and 24 months. Data were analyzed by mixed-effects regression models for longitudinal data controlling for selection bias by means of propensity scores.
Results: At baseline 22% of participants received antipsychotic monotherapy (APM) (quetiapine, olanzapine, or risperidone), 20% more than one antipsychotic drug, 16% received antipsychotics combined with antidepressants, 16% antipsychotics plus benzodiazepines, 11.5% had antipsychotics and mood stabilizers, and 16% psychotropic drugs from three or more subclasses. Patients receiving APM had better clinical characteristics and QOL at baseline. Patients receiving i) antipsychotics plus benzodiazepines or ii) antipsychotics plus drugs from at least two additional psychotropic drug categories improved less than patients with APM.
Conclusion: Combinations of antipsychotics with other psychotropic drugs seem to be effective in special indications. Nevertheless, combinations with benzodiazepines and with compounds from multiple drug classes should be critically reviewed. It is unclear whether poorer outcomes in patients with such treatment are its result or its cause.

G. Längle[1,5], T. Steinert[2], P. Weiser[3], W. Schepp[4], S. Jaeger[2], C. Pfiffner[2], K. Frasch[3], G. W. Eschweiler[5], T. Messer[3,6], D. Croissant[1], T. Becker[3], R. Kilian[3]

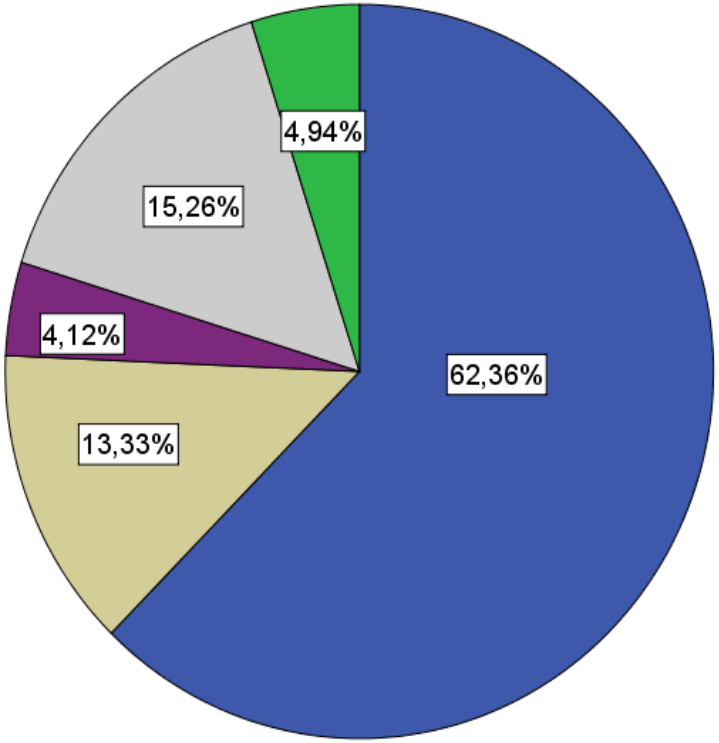
[1]Department of Psychiatry and Psychotherapy, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Bad Schussenried, [2]Department of Psychiatry and Psychotherapy I, Ulm University, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Weissenau, Ravensburg, [3]Department of Psychiatry and Psychotherapy II, Ulm University, BKH Günzburg, Günzburg, [4]Department of Forensic Psychiatry and Psychotherapy, Bezirksklinikum Regensburg, Regensburg, [5]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Tübingen, Tübingen and [6]Danuvius Klinik GmbH, Pfaffenhofen, Germany

Key words: schizophrenia; polypharmacy; antipsychotics; treatment

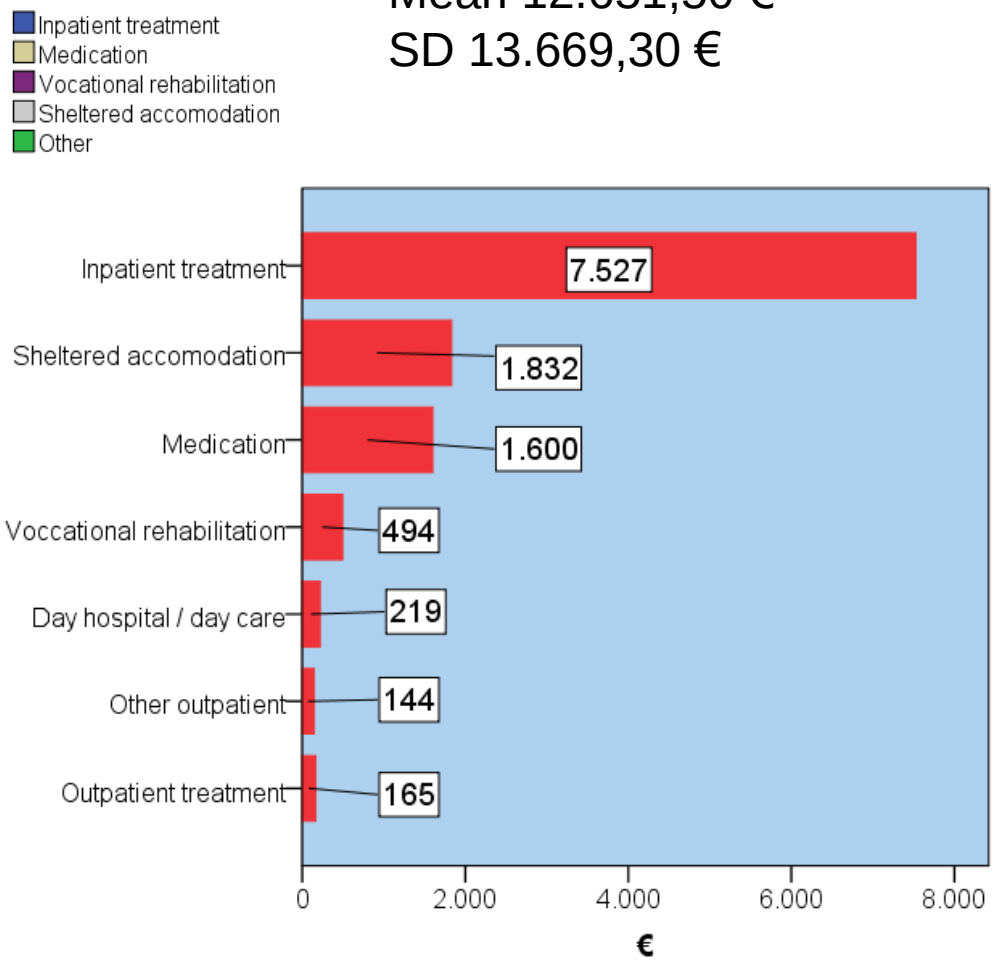
Gerhard Längle, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Zentralbereich Medizin, Pfarrer-Leube-Str. 29, D-88427 Bad Schussenried, Germany.
E-mail: gerhard.laengle@zfp-zentrum.de

Accepted for publication January 9, 2012

Halbjährliche direkte Kosten der Schizophreniebehandlung über 2 Jahre (ELAN Studie)

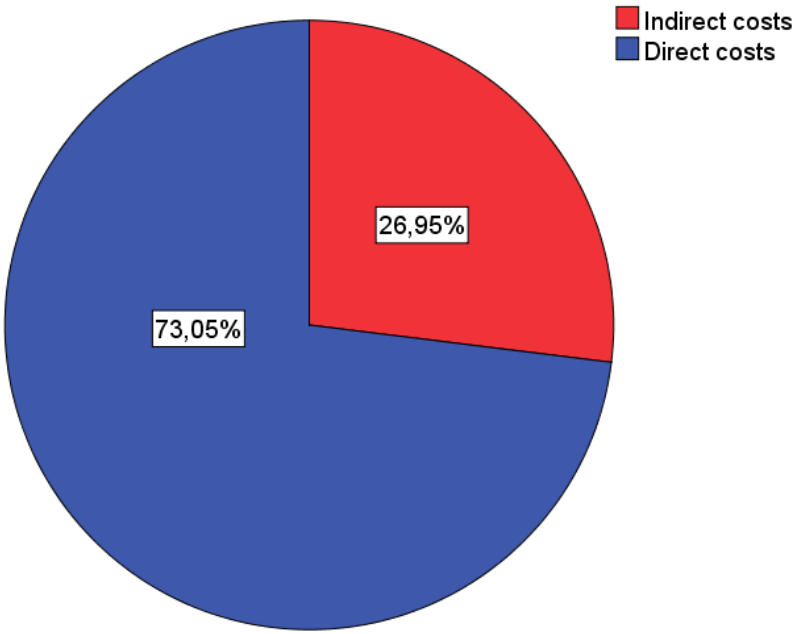


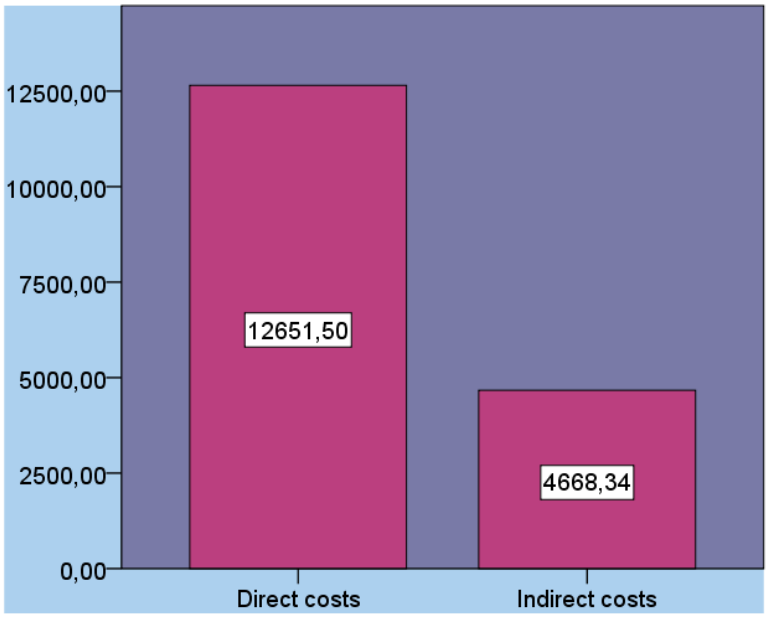
Mean 12.651,50 €
SD 13.669,30 €



Längle et al. in press, Kilian et al. in Vorb.

Halbjährliche direkte und indirekte Kosten schizophrener Erkrankungen über 2 Jahre (ELAN Studie)





Längle et al. in press, Kilian et al. in Vorb.

Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care

STEFAN WEINMANN,[1] CHRISTIANE ROICK,[2] LUISE MARTIN,[1]
STEFAN WILLICH,[1] THOMAS BECKER[3]

[1]*Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, Charité University Medicine Berlin, Berlin (Germany)*
[2]*Federal Association of Local Health Funds (AOK-BV), Berlin (Germany)*
[3]*Department of Psychiatry and Psychotherapy II, University of Ilm. Günzburg (Germany)*

Qualitätsindikatoren

- Quantitative Maße
- bilden Qualität nicht direkt ab
- aber geeignet für die Bewertung der Qualität

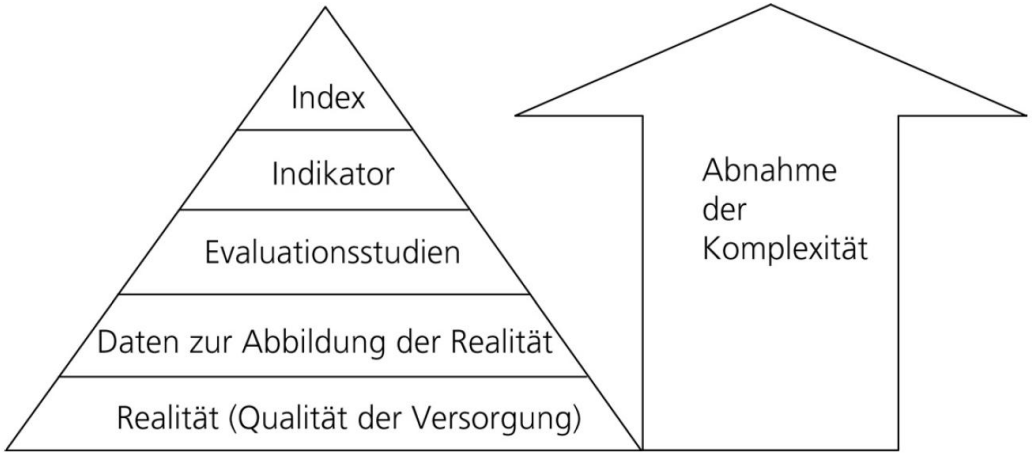


Abb. 1: Indikatoren und Messung der Qualität (nach: AQUA-Institut und Mitautoren. Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. www.aqua-institut.de. 2002)

Projektablauf

Systematische Literaturrecherche
nach potentiellen Qualitätsindikatoren
(Medline, Cochrane, EMBASE, PsycINFO)

↓

Systematisierung der Indikatoren
und Entwurf des Indikatorensets

↓

Begutachtung und Auswahl
durch
Expertenworkshop

↓

Externe Begutachtung

↓

Endgültiges Set an Indikatoren

Ergebnis der Recherche und Auswahl

Aus 78 Indikatoren:

- 12 Basis-Indikatoren

  (Strukturqualität, Verwendung als Case-Mix-Variablen im IV-Modell)

- 22 behandlungsbezogene Qualitätsindikatoren:
  - 5 „essentiell“ (Priorität 1)
  - 14 „zusätzlich 1. Wahl“ (Priorität 2)
  - 3 „zusätzlich 2. Wahl“ (Priorität 3)

Beispiel: Q2 – Wiederaufnahmeraten

Wie viele Personen wurden innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung wieder stationär aufgenommen?

Validität:	hoch
Reliabilität:	hoch
Veränderungssensitivität:	gegeben: Entlassplanung und Qualität der ambulanten Versorgung wirken auf die Wiederaufnahmeraten

Wissenschaftliche Evidenz der Empfehlung:	Level C
Validierungsgrad des Indikators:	Level B

Mögliche Handlungskonsequenz:	u.a. bessere Entlassplanung

22 behandlungsbezogene Qualitätsindikatoren (QI) Evidenz und Validierung

Evidenzbasis der den QI zugrunde liegenden Empfehlung:

- N=3: A (Evidenz aus RCT)
- N=4: B (quasiexperimentelle Studien)
- N=15 C (Konsens oder keine Evidenz)

Validierung der QI

- N=0: A (experimentelle Studien)
- N=6: B (Beobachtungsstudien)
- N=16: C (keine Validierungsbasis)

Anwendungsstudie zur praktischen Erprobung und Validierung der Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie

T. Becker, S. Weinmann, M. Kösters, C. Lahmeyer, Y. Zhang

Ziele:

Machbarkeit, Erfüllungsraten, Red flag-Werte, Korrelationen zwischen QI, Plausibilität

Anwendungsstudie QI – Erste Ergebnisse:

	Frauen	Männer	Gesamt
N	33	51	84
Ø-Alter (SD)	43 (11)	7 (12)	39,7 (12)
Ø-GAF (SD)	43,5 (10)	44,8 (12)	44,3 (11)
Ø-Anzahl psychiatrischer Diagnosen (B1):			1,6
Ø- stationäre und teilstationäre Verweildauer der letzten 12 Monate (B6):			44 Tage
Anteil der Patienten mit Zwangseinweisung (Q5):			15%
Anteil der mit der Behandlung zufriedenen Patienten (Q17):			67%
Anteil Patienten mit Wiederaufnahme in 30 Tagen (Q2):			25%

Defizite psychiatrischer **Versorgung**

- fehlende Vernetzung stationärer und ambulanter Angebote
- fehlende Angebote zur ambulanten Akut- und Krisenintervention
- fehlende psychotherapeutische Angebote für bestimmte Diagnosegruppen
- unzureichende Maßnahmen zur Förderung der sozialen und beruflichen Reintegration
- unzureichende Maßnahmen zur Förderung von Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung (Empowerment)
- fehlende Systemorientierung
- Vernachlässigung körperlicher Gesundheitsprobleme

Ziele von IV Programmen in der psychiatrischen Versorgung

Gesamtqualität psychiatrischer Behandlung zu verbessern und gleichzeitig die Verwendung der eingesetzten Ressourcen so zu optimieren, dass ein weiterer überproportionaler Kostenanstieg vermieden wird und möglicherweise sogar Einsparungen erreicht werden

Kriterien für Beurteilung der Wirksamkeit von IV Programmen

- Versorgungsstruktur
- Behandlungsprozesse
- Behandlungsergebnisse
- Behandlungskosten

Kriterien für Verbesserung der Versorgungsstruktur für Menschen mit Schizoprenie

- Bettenzahl < 0.5 pro 1000 Einw.
- (Intensive) Case Management verfügbar
- Krisendienst / Home Treatment verfügbar
- ACT Team verfügbar
- Angebote zur ambulanten Wohnbetreuung
- Angebote zur unterstützten Beschäftigung
- Angebote zur Tagesstruktur

Verbesserung der Prozessqualität bei Menschen mit Schizophrenie - Auswahl

- nahtloser **Übergang** stationär / ambulant (maximal 7 Tage)
- Reduktion stationärer **Wiederaufnahmen**
- Reduktion von **Polypharmazie**
- systematisches Therapie-**Monitoring**
- Reduktion von **Zwang**seinweisungen
- Erfassung des Bedarfs und der **Bedarfsdeckung** im Bereich Wohnbetreuung
- Reduktion von **Behandlungsabbrüchen**
- Antipsychotische Erhaltungstherapie im empfohlenen Dosisbereich
- Regelmäßiger Kontakt zu **Fallmanager**
- Einbeziehung von **Angehörigen** bzw. Personen des sozialen Umfelds in Behandlung
- Angebot spezifischer problemorientierter **Psychotherapie**
- Mindestens einmal jährlich **internistische** Untersuchung
- Schulungsprogramme zum **selbständigen** Umgang mit der Erkrankung
- Angebote zur **beruflichen** Eingliederung

Verbesserung der Ergebnisqualität

- Reduktion objektiver klinischer und psychosozialer Beeinträchtigung
- Verbesserung der subjektiven Lebensqualität
- Förderung von Empowerment / Recovery
- Steigerung der Behandlungszufriedenheit
- Verbesserung des körperliches Gesundheitszustandes
- Verbesserung der Deckung des Behandlungsbedarfs
- Reduzierung der Angehörigenbelastung
- Förderung der Angehörigen-Lebensqualität

Probleme der Ergebnisevaluation von IV Programmen

- Randomisierung weder möglich noch sinnvoll
- Verblindung bei Intervention nicht möglich
- Verblindung bei Datenerfassung möglich, aber wenig sinnvoll
- Risiko des Selektionsbias
- Regionale Varianz der Versorgungsstruktur
- Wirkungsverzögerung durch strukturelle und versorgungspraktische Anpassungseffekte

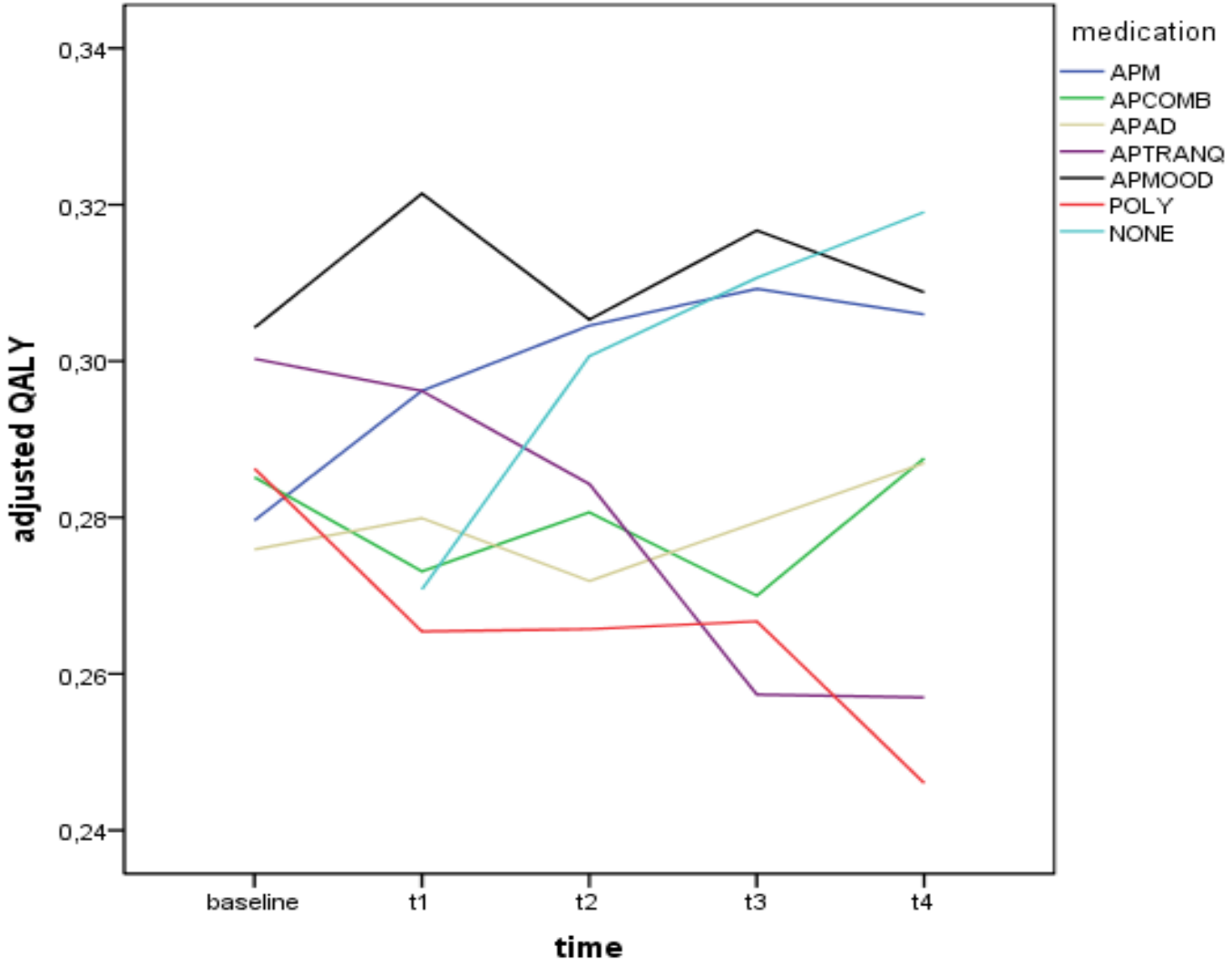
Evaluation der Wirksamkeit und Effizienz von integrierten Versorgungsnetzwerken (IV) zur gemeindepsychiatrischen Versorgung nach § 140a ff SGB V – Design

… Vorschlag für ein Studienkonzept

- Multizentrische prospektive kontrollierte Beobachtungsstudie IV vs. Standardbehandlung
- Einbeziehung von Patienten (n = 100), Bezugspersonen (n = 50) und Mitarbeitern (n ~ 10) pro Gruppe und Zentrum
- Präferenzbasierte konsekutive Stichprobenrekrutierung
- Paneldesign mit mindestens 5 Messzeitpunkten über 24 Monate
- Statistische Kontrolle des Selektionsbias (propensity score Methode)
- Auswertung mit mixed effects Regression
- Effizienzbeurteilung nach der Nettonutzenmethode

Wozu braucht es ein Längsschnittdesign mit mehr als zwei Messzeitpunkten?

Propensitiy score adjustierte halbjährliche QALYs schizophrener Patienten nach Art der Psycho-pharmakotherapie



Patientenbezogene Erhebungsinstrumente

Zielkriterium	Instrument	Rating
Primäres Ergebniskriterium		
Klinische und psychosoziale Beeinträchtigung	Health of the Nations outcome Scale **(HoNOS)**	f
Sekundäre Ergebniskriterien		
Psychopathologische und psychosomatische Symptomatik	Symptom Check List 27 (**SCL-27)**	s
Behandlungsbedarf	Camberwell Assessment of Needs **(CAN)**	f / s
Empowerment auf den Dimensionen: Alltag, soziale Beziehungen, Behandlung, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Beruf, Elternschaft	Fragebogen zur Erfassung von Empowerment bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen **(EPAS)**	s
Subjektive Lebensqualität	World Health Organisation Quality of Life Kurzversion **(WHOQOL-BREF)** EuroQol **(EQ 5D)**	s
Behandlungsleistungen inklusive der Medikamente und -Kosten sowie Informationen zu Beschäftigung, Einkommen und zur Wohnsituation	Client Sociodemographic and Services Receipt Interview **(CSSRI)**	f / s
Behandlungszufriedenheit	Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit Kurzversion **(ZUF 8)**	s

f Fremdrating, s Selbstrating

Health of the Nations Outcome Scale

HoNOS-D Rating

Patientennummer: ____ Patienteninitialen: ____ ____ (Vorname, Nachname) ____ ____ ____ (Tag, Monat, Jahr)

Beurteilen Sie für jedes der 12 Items das jeweils schwerste Problem, das während der letzten 7 Tage aufgetreten ist. Tragen Sie für jedes Item 0 - 4 oder 9 in die Kästchen ein.

0	kein Problem	**1**	klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf
2	leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden	**3**	eher schweres Problem
4	schweres bis sehr schweres Problem	**9**	nicht bekannt, nicht anwendbar

1) Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten..... ☐

2) Absichtliche Selbstverletzung..... ☐

3) Problematischer Alkoholkonsum oder Drogenkonsum ☐

4) Kognitive Probleme..... ☐

5) Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung ☐

6) Probleme im Zusammenhang mit Halluzinationen und Wahnvorstellungen ☐

7) Gedrückte Stimmung ☐

8) Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme ☐

Falls andere psychische/ verhaltensbezogene Probleme vorhanden, geben Sie die Art der Probleme an:

***A** Phobisch*
***B** Angst*
***C** Zwangsgedanken/-handlungen*
***D** Psychische Belastung / Anspannung*
***E** Dissoziativ*
***F** Somatoform*
***G** Essen*
***H** Schlaf*
***I** Sexuell*
***J** Andere (Spezifizieren):* _____

9) Probleme mit Beziehungen ☐

10) Probleme mit alltäglichen Aktivitäten ☐

11) Probleme durch die Wohnbedingungen ☐

12) Probleme durch die Bedingungen im Beruf und im Alltag ☐

EPAS: Ergebnisse der Feldstudie

Dimension	Items	IRT Model	Reliabilität Anova	Cronbach Alpha
Alltagsbewältigung	6	PCM	.78	0.73
Soziale Beziehungen / Sexualität/ Freizeit	8	PCM	.84	0.82
Behandlung / Medikamente	8	PCM	.82	0.79
Hoffnung/ Selbstwirksamkeit	6	PCM	.90	0.90
Selbstwert	5	PCM	.85	0.82
Basismodul gesamt	**33**			**0.94**
Beruf	5	PCM	.83	0.82
Elternschaft	5	PCM	.83	0.84

Kilian et al 2012

Fazit 1: Was sagt die Evidenz?

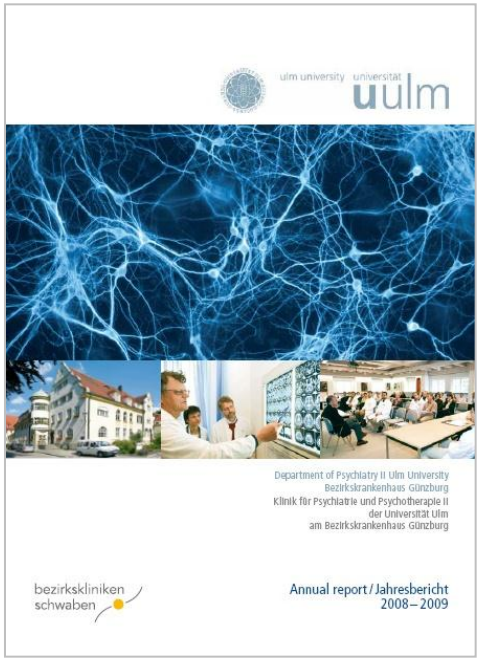
- Integrierte Versorgungsangebote senken Kosten für stationäre Behandlung
- Wegen der intensiveren ambulanten Behandlung bleiben die Gesamtkosten der Behandlung jedoch gleich
- Reduzierung der Gesamtkosten bei „high utilizer“ Patienten ist insbesondere durch ACT möglich

Fazit 2: Wie kann es gehen?

- Es gibt hervorragende Evaluationsprojekte innovativer Versorgungsangebote in Deutschland (z.B. RPB, ACCESS)
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren wichtig
- Ausgangspunkt ist Verständnis der Versorgungsrealität
- Nachdenken über Kriterien kann sich auf Evidenz stützen, fordert aber Wertentscheidungen
- Nicht-experimentelle Längsschnittdesigns sind sinnvoll
- Gute Auswahl der Forschungsinstrumente

... vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. Thomas Becker
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
t.becker@uni-ulm.de
www.uni-ulm.de/psychiatrieII
www.bkh-guenzburg.de



ulm university universität uulm

bezirkskliniken schwaben