

# Home Treatment: Von der Forschung zur klinischen Umsetzung

## Home Treatment: From Research to Clinical Implementation



Urs Hepp



Niklaus Stulz

### Autoren

Urs Hepp<sup>1</sup>, Niklaus Stulz<sup>2</sup>

### Institute

- 1 Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Winterthur, Schweiz
- 2 Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Brugg, Schweiz

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-117369>

Psychiat Prax 2017; 44: 371–373

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Urs Hepp, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, Ärztliche Direktion, Wieshofstraße 102, Postfach 144, 8408 Winterthur, Schweiz  
Urs.Hepp@ipw.zh.ch

In Deutschland wurden 2016 die gesetzlichen Voraussetzungen für stationsäquivalente Behandlungen akut psychisch erkrankter Menschen geschaffen [1]. Auch in der Schweiz werden „mobile Equipen“ (Home Treatment) seit 2008 gefordert [2, 3], noch fehlt jedoch eine gesetzliche Grundlage zur Finanzierung von intermediären Angebotsstrukturen [2, 3]. Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz wird bezüglich Wirksamkeit von stationsäquivalenten Behandlungen Evidenz erwartet und vorausgesetzt.

## Evidenzbasierte Psychiatrie

In Gesprächen mit Politikern und Verhandlungen mit Kostenträgern wird der Psychiatrie – im Gegensatz zur somatischen Medizin – oft mangelnde Evidenzbasierung vorgeworfen. Allerdings stützt sich auch die somatische Medizin keineswegs immer auf evidenzbasierte Grundlagen ab. Das beste Beispiel ist die akute Appendizitis: Erst mehr als 120 Jahre nach der ersten Appendektomie 1883 (und wohl Millionen von Appendektomien später) wurde die erste randomisierte kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt, mit dem Resultat, dass eine nicht perforierte Appendizitis auch konservativ-antibiotisch behandelt werden kann [4].

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die zweifellos vorhandenen Placeboeffekte in (pharmakologischen) Studien z.B. zur Depressionsbehandlung. Diese Kritik trifft aber genauso auf somatische Erkrankungen wie arterielle Hypertonie, Asthma

bronchiale und Diabetes mellitus zu [5]. Selbst bei chirurgischen Interventionen ist der Placeboeffekt groß [6, 7]. Psychotherapeutische oder Systeminterventionen in der Psychiatrie lassen sich wohl in RCTs jedoch aufgrund der komplexen Interventionen kaum in einem placebokontrollierten Doppelblinddesign untersuchen. Die Durchführung placebokontrollierter Studien ist aber auch in der Chirurgie schwierig. Die wohl erste Pilotstudie mit Placeboeingriff (Scheinoperation) in der Kontrollgruppe erfolgte 1996 für eine der häufigsten chirurgischen Interventionen, die arthroskopische Behandlung der Osteoarthritis [8]. Eine aktuelle Metaanalyse von placebokontrollierten chirurgischen Studien (n=53) zeigte einerseits deutliche Verbesserungen selbst bei den Placebokontrollen, andererseits konnte in der Hälfte der Studien keine Überlegenheit der chirurgischen Intervention gezeigt werden [6].

Ein weiteres Problem in der psychiatrischen Forschung ist der Ausschluss schwer kranker Menschen aus Studien. Aus ethischen Überlegungen ist z.B. Suizidalität oft ein Ausschlusskriterium, was die externe Validität der Studienergebnisse beeinflussen kann [9]. Genauso werden aber in der Chirurgie oft die schwer kranken Patienten von RCTs ausgeschlossen [6]. Eine spezifisch psychiatrische Schwierigkeit besteht darin, dass psychisch schwer erkrankte Menschen krankheitsbedingt gar nicht in der Lage sind, in der akuten Phase eine informierte Einwilligung zur Studienteilnahme zu geben und deshalb oft von Studien ausgeschlossen werden.

Schließlich fehlen trotz einer Vielzahl von psychopharmakologischen Studien oft Langzeitergebnisse und in den letzten Jahren wurden kaum bahnbrechende Fortschritte in der Psychopharmakaforschung erzielt [10]. Demgegenüber hat die psychiatrische Versorgungsforschung mittlerweile doch einiges an Wissen generiert. Die wohl beste und vollständigste Übersicht über die Evidenz psychiatrischer Versorgung findet sich bei Thornicroft et al. [11].

## Wie steht es aber um die Evidenz von Home Treatment zur Behandlung akut psychisch kranker Menschen?

Die S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen empfiehlt mit dem höchsten Empfehlungsgrad und der höchsten Evidenzebene: „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“ [12]. Auch die NICE-Guideline für Psychosen und Schizophrenie empfiehlt Home Treatment als Therapie erster Wahl bei Erstpsychosen und in akuten Krankheitsphasen [13].

Die Evidenz für Akutbehandlung im außerstationären Rahmen kann grundsätzlich als positiv beurteilt werden. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass die Datenlage noch erstaunlich bescheiden ist [14]. In einem aktuellen Cochrane Review werden 8 randomisierte kontrollierte Studien zur Krisenintervention bei schweren psychischen Erkrankungen aufgeführt: 6 dieser Studien analysierten HT/Crisis Resolution Teams (CRT), während die verbleibenden 2 Studien Kriseninterventionszentren mit stationärer Behandlung in psychiatrischen Kliniken verglichen. Fünf der eingeschlossenen Studien zu CRT/HT sind älter als 25 Jahre und sie stammen allesamt aus dem englischen Sprachraum (USA, Kanada, Australien, Großbritannien). Aus dem deutschsprachigen Raum fehlen RCTs zu Home Treatment bisher vollständig.

Während es in der somatischen Medizin kaum eine Rolle spielt, in welchem Sprach- und Kulturraum Studien durchgeführt wurden, ist dies in der Psychiatrie durchaus relevant. Psychiatrische Systeminterventionen sind auch von der lokalen Ausgestaltung der Gesundheits- und Finanzierungssysteme abhängig. Selbst innerhalb eines Versorgungssystems können lokale Unterschiede, z. B. zwischen urbanen und ländlichen Verhältnissen, zu unterschiedlichen Resultaten führen [2]. Auch sind der Grad der Stigmatisierung psychischer Störungen und die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung in der jeweiligen Studienregion von Bedeutung.

In Großbritannien und Norwegen wurden CRT flächendeckend implementiert. Trotz positiver Ergebnisse aus einem RCT zu CRT [15], konnte bisher in Großbritannien keine generelle Reduktion von stationären Behandlungen nachgewiesen werden. Dies wird hauptsächlich mit der ungenügenden Umsetzung und Modelltreue der CRT in Großbritannien und Norwegen begründet [16–18], die als Erfolgsfaktor für die Reduktion stationärer Inanspruchnahme gilt [19].

## Implikationen für zukünftige Forschungs- und Implementierungsprojekte

Home Treatment als stationsäquivalente Behandlung setzt eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit voraus. Dieses Eingangskriterium basiert auf einer klinischen Einschätzung und ist nur schwer objektivierbar. Dabei besteht die Gefahr einer Mengenausweitung, indem auch Patienten im Home Treatment behandelt werden, die bisher (d. h. ohne Home Treatment-Angebot) keine stationäre Behandlung in Anspruch genommen hätten. Das gleiche Problem kennt man bereits von Akuttageskliniken. Daher sind RCTs gefordert, welche eine Zufallszuteilung zu Versorgungsmodellen mit bzw. ohne Home Treatment-Angebot erst nach der stationären Indikationsstellung vornehmen. Solche RCTs zur Wirksamkeitsprüfung sollten im Hinblick auf die Generalisierbarkeit der Befunde unbedingt auch schwer kranke Patienten einschließen. Hier eignet sich ein Zelen-Studiendesign, bei dem die Zustimmung der Patienten erst nach der Randomisierung erfolgt und somit der Studieneinschluss trotz fehlender Einwilligungsfähigkeit in der Akutphase erfolgen kann [20].

Weitere offene Fragen sind, für welche Patienten und welche Diagnosen Home Treatment besonders geeignet ist und welche Behandlungselemente dabei wirksam sind und folglich implementiert werden sollten. Bei der Implementierung in die Routineversorgung sollte die Modelltreue beachtet werden, da sie für den Erfolg des Behandlungsmodells entscheidend ist [19]. Hierzu werden auch Instrumente zur Evaluation der Modelltreue beitragen, um sowohl strukturelle als auch inhaltliche Kriterien für Home Treatment-Angebote besser zu definieren [17].

Schließlich sind in Forschungsprojekten meist hochmotivierte Teams involviert, die wesentlich zum Gelingen der klinischen Ergebnisse beitragen. Deshalb sollte auch die klinische Implementierung langfristig begleitend evaluiert werden, um die Übertragbarkeit der Resultate aus RCTs auf die Routineversorgung zu prüfen.

## Literatur

- [1] Lambert M, Karow A, Gallinat J et al. Evidenzbasierte Implementierung von stationsäquivalenter Behandlung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2017; 44: 62–64
- [2] Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz, Hrsg. Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: GDK; 2008
- [3] Bundesamt für Gesundheit. Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2016
- [4] Styrud J, Eriksson S, Nilsson I et al. Appendectomy versus antibiotic treatment in acute appendicitis. A prospective multicenter randomized controlled trial. *World J Surg* 2006; 30: 1033–1037
- [5] Khan A, Brown WA. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry* 2015; 14: 294–300
- [6] Wartolowska K, Judge A, Hopewell S et al. Use of placebo controls in the evaluation of surgery: systematic review. *BMJ*; DOI: 10.1136/bmj.g3253

- [7] Thorlund JB, Juhl CB, Roos EM et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *Brit J Sport Med* 2015; 49: 1229–1235
- [8] Moseley JB, Wray NP, Kuykendall D et al. Arthroscopic treatment of osteoarthritis of the knee: a prospective, randomized, placebo-controlled trial. Results of a pilot study. *Am J Sports Med* 1996; 24: 28–34
- [9] Weisberg HI, Hayden VC, Pontes VP. Selection criteria and generalizability within the counterfactual framework: explaining the paradox of antidepressant-induced suicidality? *Clin Trials* 2009; 6: 109–118
- [10] Murray RM, Quattrone D, Natesan S et al. Should psychiatrists be more cautious about the long-term prophylactic use of antipsychotics? *Br J Psychiatry* 2016; 209: 361–365
- [11] Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT et al., eds. *Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press; 2011
- [12] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie Psychotherapie und Nervenheilkunde, Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin; 2013
- [13] National Institute for Health and Care Excellence. *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014
- [14] Johnson S, Totman J, Hobbs L. Crisis and emergency services. In: Thornicroft G, Szukler G, Mueser KT et al., eds. *Community Mental Health*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2011: 118–128
- [15] Johnson S, Nolan F, Pilling S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ* 2005; 331: 599–602
- [16] Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC psychiatry*; DOI: 10.1186/s12888-015-0441-x
- [17] Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T et al. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC psychiatry* 2016; 16: 427
- [18] Lloyd-Evans B, Paterson B, Onyett S et al. National implementation of a mental health service model: A survey of Crisis Resolution Teams in England. *Int J Ment Health Nurs*; DOI: 10.1186/s12888-016-1139-4
- [19] Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 441–445
- [20] Zelen M. A new design for randomized clinical trials. *N Engl J Med* 1979; 300: 1242–1245