

# Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland

## Home Treatment: Systematic Review and Implementation in Germany

### Autoren

Uta Gühne<sup>1</sup>, Stefan Weinmann<sup>2</sup>, Katrin Arnold<sup>3</sup>, Esra-Sultan Atav<sup>3</sup>, Thomas Becker<sup>3</sup>, Steffi Riedel-Heller<sup>1</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig

<sup>2</sup> Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité, Universitätsmedizin Berlin

<sup>3</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm

### Schlüsselwörter

- Akutbehandlung zu Hause
- gemeindepsychiatrische Behandlung
- Wirksamkeit
- schwere psychische Störungen

### Keywords

- home treatment
- community mental health services
- efficacy
- severe mental illness

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248598>

Online-Publikation:

4. Januar 2011

Psychiatr Prax 2011; 38:

114–122

© Georg Thieme Verlag KG

Stuttgart · New York ·

ISSN 0303-4259

### Korrespondenzadresse

**Dr. rer. med. Uta Gühne**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig  
Philipp-Rosenthal-Straße 55  
04103 Leipzig  
Uta.Guehne@medizin.uni-leipzig.de

### Zusammenfassung



**Anliegen** Darstellung der Evidenz zur Wirksamkeit der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (*Home Treatment*, HT) sowie des Implementierungsstandes in Deutschland bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

**Methode** Systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken und zusätzliche Handsuche.

### Einleitung



#### Kontext

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslandschaft hat sich in den letzten 30 Jahren in Deutschland rasant entwickelt. Es besteht breiter Konsens, dass Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen gemeindenah und damit möglichst dicht an der Lebenswirklichkeit angesiedelt sein sollen. Damit sind auch Forderungen nach der Integration aller Hilfen im Lebensumfeld der Patienten verbunden [1]. Hilfen sollen in Art und Umfang flexibel und bei Erhalt wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen organisiert werden [2]. Man geht davon aus, dass eine gemeindeintegrierte Behandlung gegenüber einer vollstationären psychiatrischen Behandlung zu geringeren Einschnitten im Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen führt, als weniger stigmatisierend erlebt wird und eine stärkere individuelle Ausrichtung der Behandlung auf den persönlichen Lebenskontext des Patienten mit all seinen Problemen, Ressourcen und sozialen Bezügen ermöglicht [3].

Die vorliegende Arbeit stellt einen gemeindenahen Ansatz in den Mittelpunkt, der insbesondere für schwer psychisch kranke Menschen in akuten Krankheitsphasen entwickelt wurde. Die Akutbe-

**Ergebnisse** Der Versorgungsansatz zeigt sich hinsichtlich Allgemeinzustand und psychischer Gesundheit mindestens gleichwertig gegenüber herkömmlicher Behandlung und weist darüber hinaus deutliche Vorteile bezogen auf weitere Zielgrößen auf. Eine Implementierung in Deutschland ist bisher vereinzelt erfolgt.

**Schlussfolgerungen** HT stellt eine wirksame und vermutlich auch in Deutschland kosteneffektive Ergänzung bestehender psychiatrischer Angebote bei gleichbleibender Behandlungsqualität dar.

handlung im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles Team (im englischen Sprachraum als *crisis intervention teams*, *crisis resolution teams* oder auch als *home treatment* bezeichnet) wird in einigen Ländern bereits recht lange praktiziert und existiert neben anderen Ansätzen der aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Behandlung.

### Was verstehen wir unter Akutbehandlung im häuslichen Umfeld oder *Home Treatment* (HT)?

HT versteht sich als eine Begleitung psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten in akuten Krankheitsphasen durch speziell ausgebildete multiprofessionelle ambulant tätige Behandlungsteams. Sie stellt eine Alternative zur stationären Standardbehandlung dar. Letztere soll durch HT verkürzt oder vermieden werden. Die Betroffenen werden in ihrem gewohnten Lebensumfeld nach einem gemeinsam erarbeiteten Behandlungsplan ganztägig an 7 Tagen die Woche von einem mobilen multiprofessionellen Behandlungsteam versorgt. Wesentliche Bestandteile und Wirkfaktoren sind regelmäßige Hausbesuche, eine integrierte ärztlich-psychiatrische Behandlung und die permanente und rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter. Weitere Kriterien einer effektiven HT sind die Berücksichtigung der

individuellen Bedürfnisse der Patienten, der Einbezug des sozialen Netzwerkes, die konsequente Berücksichtigung bedeutender sozialer Faktoren sowie die Unterstützung und Begleitung der medikamentösen Behandlung. Es erfolgt eine kontinuierliche Betreuung bis zur Bewältigung der Krise und die Sicherstellung einer entsprechenden Nachsorge. Das Behandlungsteam hat gleichzeitig sowohl die Verantwortung als auch die Kompetenz, notwendige stationäre Aufnahmen zu steuern [4,5].

HT bildet neben speziell ausgerichteten Tageszentren und Wohnprojekten lediglich eine Möglichkeit ab, Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen gemeinde-nah zu begleiten [6].

### Was unterscheidet die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld von anderen Versorgungsansätzen?

In Abgrenzung zu anderen Versorgungsangeboten unterscheidet sich HT in seiner aufsuchenden Form von primär nicht mobilen gemeindenahen Ansätzen wie beispielsweise Tageskliniken oder ambulanten Behandlungen in einer Institutsambulanz. Der Schwerpunkt dieser mobilen Krisenteams liegt in der Behandlung der Patienten in akuten Krankheitsphasen für eine begrenzte Dauer und unterscheidet sich so von anderen Interventionsformen, die auf eine längere Zeit angelegt sind und ihren Schwerpunkt eher auf die Stabilisierung und Rehabilitation schwer psychisch Kranker richten (z. B. *Assertive Community Treatment* und *Case Management*).

### Fragestellung

Die vorliegende Arbeit geht folgenden Fragestellungen nach:

1. Wie kann die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von HT auf der Basis der vorliegenden Literatur eingeschätzt werden?
2. Wie ist der Implementierungsstand dieser Art von Versorgung in Deutschland?

### Methodik



#### Systematische Recherche und Qualitätsbeurteilung der Studien

Es wurde basierend auf den Empfehlungen zur Leitlinienerstellung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zunächst eine systematische Literaturrecherche nach systematischen Reviews und Metaanalysen, die bis September 2009 publiziert wurden, durchgeführt. In einem zweiten Schritt wurde die Suche nach später publizierten randomisierten kontrollierten Studien, die nicht in vorliegenden Reviews enthalten waren, ergänzt. Da ausreichend randomisierte Studien vorlagen und bei fehlender Randomisierung deutliche methodische Limitationen vorliegen, blieben nicht randomisierte Studien unberücksichtigt. Folgende Datenbanken wurden gescreent: MEDLINE, Cochrane Database of Systematic Reviews, EMBASE und PsycInfo. Daneben wurden alle großen Leitlinien- und HTA-Datenbanken nach entsprechenden Metaanalysen im Rahmen von bereits existierenden Leitlinien durchsucht. Die Qualität der eingeschlossenen randomisierten kontrollierten Studien wurde unter Verwendung einer Qualitätscheckliste, die u. a. Kriterien wie adäquate Randomisierung, Verdeckung der Gruppenzuteilung, Art der Erhebung der Outcomes und Angemessenheit der statistischen Auswertung enthielt, bewertet. Für die Darstellung der Wirksamkeit wurden die in den Studien verwendeten Ergebnisparameter für die Bereiche klinische Situation (Symptome, Mortalität und Allgemeinzustand), Krankheitsver-

lauf und Inanspruchnahme (stationäre Aufnahmen, Liegedauern, Behandlungsabbrüche), soziale Inklusion, Patienten- und Angehörigenzufriedenheit und erlebte Belastungen der Angehörigen verwendet. Für die Darstellung der Kosteneffektivität wurden die in den Studien verwendeten und im britischen Gesundheitssystem gültigen Gegenüberstellungen der Kosten einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld im Vergleich zu einer alternativen Behandlung herangezogen.

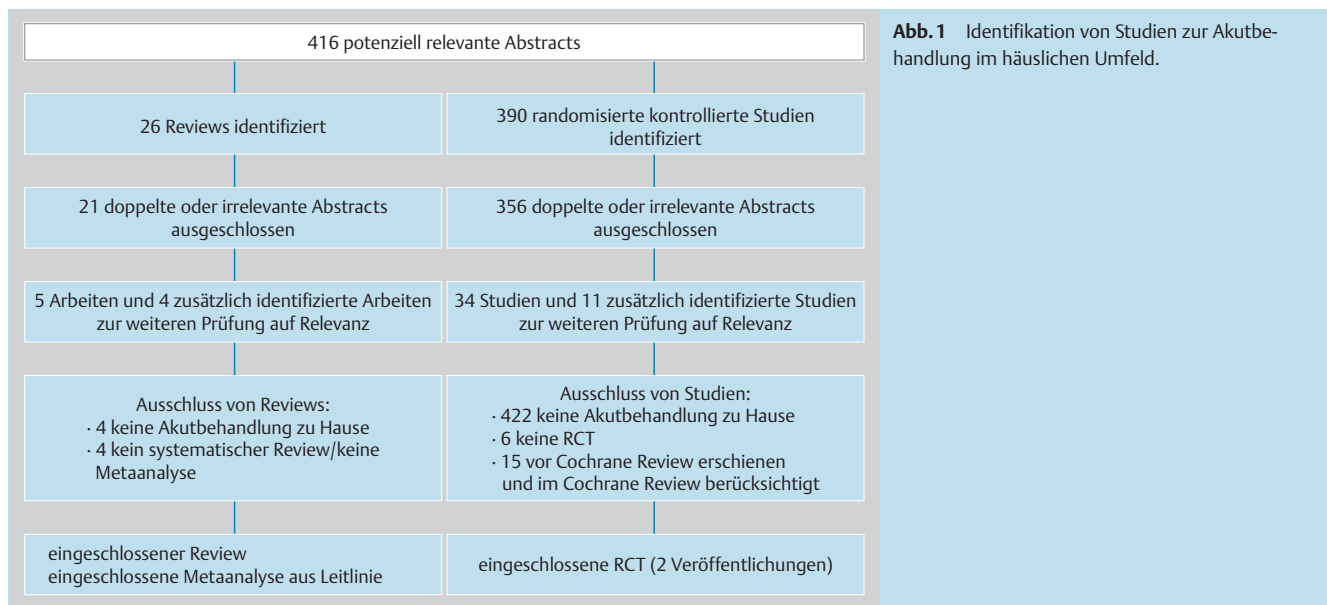
Es wurden definierte Schlüsselbegriffe verwendet: (1) zur Intervention: (home and treatment) or (acute and care and home) or (crisis and intervention) or (mobil\* and crisis and team) or (community and crisis and [service or management]), (2) zur Indikation: ([chronic\* or sever\*] and mental\* and disorder) or ([chronic\* or sever\*] and mental\* and illness) or (severe and psychiatric and disorder) or (severe and mental and health and problems) or (depression or [depressive and disorder] or [severe and affective and disorder]) or (schizophrenia or psychotic\* or paranoid or schizophrenic\* or psychosis) or ([bipolar and disorder] or [bipolar and affective and disorder] or [manic and depression] or [bipolar and depression]) or ([personality and disorder] or [obsessive and compulsive and disorder]).

Für die Definition einer schweren psychischen Störung wurden die Kriterien von Ruggeri et al. (2000) und Parabiaghi et al. (2006) zugrunde gelegt, die gleichzeitig als Einschlusskriterien galten: (1) gesicherte Diagnose einer psychischen Störung nach ICD-10 (Fokus auf Schizophrenien, schwere Depressionen und bipolare Störungen, Zwangsstörungen und/oder Persönlichkeitsstörungen), (2) verbunden mit ausgeprägten Beeinträchtigungen, die mithilfe von Skalen zur Erfassung von psychopathologischen Symptomen oder des sozialen Funktionsniveaus objektivierbar sind, (3) bei einer Mindestdauer der Erkrankung bzw. Behandlung von 2 Jahren [7,8]. Die Suche blieb auf englisch-, deutsch- und französischsprachige Studien limitiert. Potenziell relevante Studien wurden über die Durchsicht der Titel und Abstracts identifiziert. Dabei galten folgende Einschlusskriterien:

1. Behandlungsform: Krisenintervention im Rahmen einer akuten psychiatrischen Erkrankungsphase von Menschen mit schweren psychischen Störungen durch ein mobiles und multiprofessionelles Behandlungsteam bei über gewöhnliche Sprechzeiten hinausgehender Verfügbarkeit der Behandlungsangebote.
2. Zielgruppe: Erwachsene Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen. Nicht berücksichtigt wurden Patienten mit primärer Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung oder Demenzerkrankung.
3. Studientyp: Hierarchische Literatursauswahl dominiert von systematischen Reviews, insbesondere primäre Berücksichtigung von Arbeiten der Cochrane Collaboration, gefolgt von später erschienenen randomisierten kontrollierten Studien.

#### Recherche zum Implementierungsstand

Die Identifikation entsprechender Versorgungsangebote in Deutschland wurde durch eine Suche im Internet und in einschlägiger Literatur sowie durch Befragung von Vertretern von Verbänden und Leistungserbringern ergänzt.



**Tab. 1** Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielgrößen.

	Metaanalyse Joy et al. 2006	Metaanalyse Leitlinie NICE 2009	randomisierte kontrollierte Studie Johnson et al. 2005 McCrone et al. 2009
<i>krankheitsassoziierte Merkmale</i>			
↓ Sterbefälle	~	~	~
↓ Symptomschwere	+	+	+
↑ Allgemeinzustand	~	+	k. A.
<i>behandlungsassoziierte Merkmale</i>			
↓ stationäre Aufnahmen in akuter Phase	k. A.	++	++
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten	++	~	++ <sup>1</sup>
↓ stationäre Behandlungszeiten	k. A.	++	++
↓ Behandlungsabbrüche	++	++	k. A.
<i>Merkmale sozialer Inklusion / Exklusion</i>			
↑ Beschäftigungssituation	~	k. A.	k. A.
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten	~	k. A.	~
<i>Zufriedenheit und erlebte Belastungen</i>			
↓ erlebte Belastungen, Angehörige	++	k. A.	k. A.
↑ Patientenzufriedenheit	++	++	+
↑ Angehörigenzufriedenheit	++	k. A.	k. A.
<i>Kosteneffektivität</i>			
↑ Kosteneffektivität	+	++	++

++: signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe

+: tendenzielle Überlegenheit ohne signifikanten Unterschied in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe oder kleine Stichproben aus Einzelstudien

~: Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen

k. A.: keine Angaben zu dieser Zielgröße

↓: Reduktion, ↑: Erhöhung

<sup>1</sup>: innerhalb von 6 Monaten nach Krisenereignis (Interventionsbeginn)

## Ergebnisse

### Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche

Von 416 Treffern erwiesen sich nach Durchsicht der Titel und Abstracts 377 der Arbeiten als doppelt oder irrelevant. Aus den 9 identifizierten Übersichtsarbeiten, von denen 5 über die Datenbankrecherche und 4 durch Handsuche und Durchsicht der Literaturverzeichnisse anderer Studien zusätzlich identifiziert werden konnten, wurde ein aktueller im Jahre 2006 publizierter Cochrane Review ausgewählt, da er als einziger den Einschlusskriterien entsprach. Von 45 näher betrachteten Einzelstudien

wurde schließlich eine neuere Studie ausgewählt (vgl. **Abb. 1**). Aufgrund der hohen methodischen Qualität und der Aktualität wurde zusätzlich die Metaanalyse zur Wirksamkeit von Home Treatment der Leitlinie Schizophrenie des britischen National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) berücksichtigt. Die bisher vorliegende Evidenz zur Wirksamkeit der Akutbehandlung von Erkrankungsepisoden bei schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld stammt ausnahmslos aus Studien aus dem englischsprachigen Raum. Die einzelnen Befunde beziehen sich auf Vergleiche zwischen einer Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und herkömmlichen Behandlungsformen,

meist stationären Behandlungen in einer psychiatrischen Klinik oder psychiatrischen Abteilung eines städtischen Krankenhauses.

• **Tab. 1** vergleicht die Effekte von HT auf verschiedene Zielgrößen wie krankheits- und behandlungsbezogene Parameter, soziale Inklusion/Exklusion und Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen.

### Cochrane Review

Die Autoren des Cochrane-Reviews [6] schlossen 5 randomisierte kontrollierte Studien mit insgesamt 724 Studienteilnehmern ein [9–13]. Die methodische Qualität der Studien war insgesamt hinreichend. In allen Studien wurde eine Intervention im häuslichen Setting durch ein multidisziplinäres Team, bei Bedarf auch außerhalb gewöhnlicher Sprechzeiten, durchgeführt. Die Sicherstellung der Akutbehandlung erfolgte durch Rufbereitschaft der Mitarbeiter über 24 Stunden am Tag oder durch die Verbindung mit einem Anrufbeantworter, welcher auf aktuelle Sprechzeiten verwies. In diesen Fällen bestand allerdings für die Betroffenen die Möglichkeit, entweder die Notfallklinik des regionalen Krankenhauses oder die Polizeistation aufzusuchen bzw. zu verständigen. Die Patienten der Kontrollgruppen erhielten jeweils stationäre Behandlungen mit dem Ziel einer möglichst kurzen Liegedauer. Die komplexe Behandlung im Team konnte eine medikamentöse Therapie, Krisenberatung, Physiotherapie, Beschäftigungstherapie und die Beratung durch einen Sozialarbeiter beinhalten.

Die Studien zeigen, dass die stationären Wiederaufnahmeraten signifikant reduziert werden konnten (vgl. • **Tab. 1**). Patienten im HT wurden innerhalb von 12 Monaten um 28% seltener stationär wieder aufgenommen als diejenigen in der Kontrollgruppe ( $p=0,028$ ). Zudem gab es innerhalb von 12 Monaten seltener Behandlungsabbrüche ( $p=0,034$ ). In der Experimentalgruppe fühlten sich mehr Patienten und Angehörige mit der erhaltenen Behandlung zufrieden verglichen mit der Kontrollintervention. Ebenso gaben die Familien in der HT-Gruppe signifikant weniger Belastungen als in der Vergleichsgruppe an ( $p=0,00013$ ). Obgleich die Resultate hinsichtlich psychopathologischer Symptome aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Erhebungsinstrumente nicht vergleichbar waren, wurden positive Veränderungen auf der Verhaltensebene (weniger unkooperatives Verhalten, Erregung und Desorientierung) durch die Angehörigen der Patienten in der Interventionsgruppe beschrieben [14]. Lediglich 2 Studien berichten Daten zur Kosteneffektivität. Danach ist die Behandlung in akuten Krankheitsphasen durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam im häuslichen Umfeld kostengünstiger ( $p<0,001$ ).

### NICE-Metaanalyse

Im Rahmen der Erstellung der Leitlinie Schizophrenie des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) führten die Autoren eine Metaanalyse zur Effektivität von HT durch. Die Daten stützen sich auf die bereits in dem Cochran-Review [6] verwendeten 5 Studien und eine weitere Studie [15]. Es wurden Daten von 883 Personen eingeschlossen [16]. Die Ergebnisse waren damit in den Grundzügen ähnlich (vgl. • **Tab. 1**). Die Autoren wiesen neben einer zu erwartenden Reduktion von stationären Behandlungen während der akuten Krankheitsphase auf eine reduzierte stationäre Behandlungsdauer während dieser Zeit in der Experimentalgruppe hin. Ein Review zur Kosteneffektivität schloss 4 Studien ein [17–20]. Die Studien konnten nachweisen, dass HT im 1-Jahres-Zeitraum signifikant kosteneffektiver ist als eine Standardbehandlung oder im 6-Monats-Zeitraum signifi-

**Tab. 2** Überblick zur aktuell vorliegenden Evidenz.

Es gibt <b>starke Evidenz</b> dafür, dass während einer Akutbehandlung einer Krankheitsepisode im häuslichen Umfeld:
– die Wahrscheinlichkeit stationärer Aufnahmen während der akuten Erkrankungsphase geringer ist,
– stationäre Behandlungszeiten reduziert sind,
– Behandlungsabbrüche seltener sind,
– erlebte Belastungen bei den Angehörigen geringer sind,
– die Zufriedenheit der Patienten und der Angehörigen höher ist,
– die Mortalität unverändert ist und
– die Kosteneffektivität der Behandlung höher ist
Es gibt bisher <b>eingeschränkte bzw. widersprüchliche Evidenz</b> dafür, dass bei Akutbehandlung im häuslichen Umfeld:
– die Wahrscheinlichkeit stationärer Wiederaufnahmen auch nach Behandlungsende reduziert bleibt,
– der Allgemeinzustand verbessert ist und
– die Symptomschwere reduziert ist
Es gibt bisher <b>keine Evidenz</b> dafür, dass bei Akutbehandlung im häuslichen Umfeld:
– die Beschäftigungssituation der Patienten verbessert ist und
– die Wahrscheinlichkeit von Straftaten und Haftstrafen verringert ist

kant kosteneffektiver ist als eine klinikbasierte psychiatrische Akutbehandlung. Es gab jedoch Hinweise darauf, dass sich die gesundheitsökonomischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungen nach dem ersten Jahr kontinuierlich verkleinern [18, 19].

### Neuere Studien

Lediglich eine neuere randomisierte kontrollierte Studie zur Effektivität von HT aus Großbritannien, die den Einschlusskriterien genügt, wurde identifiziert [21, 22]. Die Interventionsgruppe erfuhr eine Begleitung rund um die Uhr durch ein aufsuchendes multiprofessionelles krisengeleitetes Team. Die Kontrollinterventionen erfolgten überwiegend durch nicht mobile gemeindepsychiatrische Teams, Aufnahmen in ein Krisenhaus oder stationäre Behandlungen. Das Risiko einer stationären Aufnahme für die Patienten der Interventionsgruppe war innerhalb der ersten 8 Wochen um ca. 80% reduziert ( $p<0,0005$ ), wengleich Zwangseinweisungen nicht seltener erforderlich waren. Der Effekt blieb auch nach 6 Monaten erhalten ( $p<0,0005$ ). Ein signifikanter Vorteil zugunsten von HT zeigte sich auch bezogen auf die Dauer stationärer Behandlungstage, die sich durch eine Behandlung im häuslichen Umfeld um ca. 2 Drittel reduzierte ( $p<0,0005$ ). Befunde hinsichtlich einer Reduktion der Symptomschwere sowie einer Verbesserung sozialer Funktionen und der Patientenzufriedenheit blieben unklar (vgl. • **Tab. 1**).

Die durchschnittlichen Behandlungskosten innerhalb der Interventionsgruppe waren unter Ausschluss der Kosten für eine stationäre Behandlung in einem 6-Monats-Zeitraum um £ 768 höher als die Gesamtkosten in der Kontrollgruppe [22]. Dagegen waren die Kosten bei Standardversorgung höher, wenn die stationäre Behandlung berücksichtigt wurde. Die zusätzlichen Kosten bei Standardbehandlung betragen dann £ 2438. Im Ergebnis zeigte sich, dass HT zu einer signifikanten Reduktion von stationären Behandlungskosten führte, was die höheren ambulanten Kosten deutlich überstieg.

• **Tab. 2** fasst die aktuelle Evidenz zusammen.

Tab. 3 Überblick über Modellprojekte von Home Treatment in Deutschland

Projekt / Angebot	Struktur	Angebote	Zielgruppe
Integrative Psychiatrische Behandlung, Krefeld [24]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– integrative Versorgung mit mobilem multiprofessionellem Team und Vernetzung von Strukturen (niedergelassene Psychiater, somatische Klinik, betreutes Wohnen etc.)</li> <li>– Behandlung zu Hause: 24 Stunden täglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nutzung aller diagnostischen und therapeutischen Ressourcen des Krankenhauses</li> <li>– Behandlungsplanung</li> <li>– alle ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen, Psychotherapie u. a.</li> <li>– spezifische Gruppenangebote in der Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– akut psychisch erkrankte Patienten mit stationärer Behandlungsindikation oder zur Nachbehandlung im Anschluss an eine Klinikbehandlung.</li> <li>– gleichzeitige Behandlung von 12–16 Patienten möglich</li> </ul>
Mobiles Krisenteam, Bezirkskrankenhaus Günzburg [25]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versorgung durch mobiles multiprofessionelles Team</li> <li>– Behandlung zu Hause: 24 Stunden täglich</li> <li>– tägliche Übergaben, Fallbesprechungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik und Behandlungsplanung</li> <li>– Einbezug des Umfeldes</li> <li>– Pharmakotherapie</li> <li>– psychotherapeutische Interventionen</li> <li>– Psychoedukation</li> <li>– Entspannung</li> <li>– soziales Kompetenztraining</li> <li>– praktische Alltagshilfen</li> <li>– Vermittlung in weitere Hilfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schwer und akutpsychiatrisch behandlungsbedürftige Patienten mit dem Ziel des Ersatzes vollstationärer Krankenhausbehandlung</li> </ul>
Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause, Frankfurt [26]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Versorgung durch mobiles multiprofessionelles Team</li> <li>– Hausbesuche an 7 Tagen der Woche zwischen 8:00 und 20:00 Uhr</li> <li>– ergänzende Bereitschaftsdienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik</li> <li>– ärztliche und fachpflegerische Behandlung inkl. Angehörigenberatung</li> <li>– Psychoedukation</li> <li>– Gruppenangebote in der Klinik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– chronisch psychisch Kranke und Patienten, die bisher kaum / nicht versorgt wurden (psychotische Störungen: ca. 80 %, Migranten: ca. 29 %)</li> <li>– 20 Aufnahmen / Monat</li> </ul>
Assertive Community Treatment, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [27]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Arbeitsbereich Psychosen mit verschiedenen Versorgungseinheiten</li> <li>– Versorgung durch multiprofessionelles Team</li> <li>– Behandlung: 24 Stunden täglich</li> <li>– Fallkonferenzen</li> <li>– Kooperation mit externen Behandlern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Durchführung aller Erstkontakte, einschließlich der Untersuchung und Behandlungsplanung</li> <li>– Krisenintervention bis hin zur kompletten Akutbehandlung im eigenen Umfeld unter Einbeziehung der Angehörigen</li> <li>– poststationäre intensive Nachsorge</li> <li>– zusätzliche Krisenintervention bei drohendem Rückfall</li> <li>– Pharmakotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit erstmaliger oder wiederholt auftretender psychotischer oder bipolarer Störung</li> <li>– mit Indikation einer stationären Therapie</li> </ul>
Regionales Psychiatriebudget, Itzehoe [29, 30]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– settingübergreifende Arbeitsorganisation (voll-, teilstationär, ambulant, zu Hause) bei hoher Flexibilität</li> <li>– multiprofessionelle Behandlungsteams</li> <li>– diagnosespezifische Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erhöhung der teilstationären Kapazität</li> <li>– Reduzierung der stationären Plätze</li> <li>– Etablierung von Home Treatment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten mit bisher hoher Inanspruchnahme von stationären Behandlungen (Schizophrenien, Alkoholabhängigkeit, affektive Störungen)</li> </ul>
Gemeindeintegriertes Krisenzentrum München Süd, Atriumhaus [33]	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Home Treatment als 1 Baustein einer flexiblen gemeindepsychiatrischen Versorgung</li> <li>– Versorgung durch multiprofessionelles Team</li> <li>– tägliche Erreichbarkeit über ein Krisentelefon über 24 Stunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diagnostik</li> <li>– Behandlungsplanung</li> <li>– medizinisch-psychiatrische Behandlung, inkl. Psychopharmakotherapie</li> <li>– Koordination, Steuerung</li> <li>– Vernetzung und Kommunikation mit Mitbehandlern</li> <li>– Milieutherapie</li> <li>– spezifische fachtherapeutische Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Patienten in seelischen Krisen jeder Art</li> </ul>

### Implementierungsstand in Deutschland

Die Verbreitung von HT in Deutschland bleibt hinter dem Entwicklungsstand in etlichen anderen Ländern, insbesondere in Großbritannien und Skandinavien zurück. Dies ist nicht zuletzt durch die unterschiedlichen Finanzierungsvoraussetzungen bedingt [23]. Bekannt sind einige lokale Versorgungsangebote, die sich mehr oder weniger an der beschriebenen Versorgungsform der Akutbehandlungsteams orientieren und im Folgenden näher beschrieben werden. Eine Finanzierung erfolgt dabei über verschiedene Wege; z. T. über die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V (vgl. [Tab. 3](#)).

Mit dem Modell der *Integrativen Psychiatrischen Behandlung am Alexianer Krankenhaus in Krefeld* wird eine innovative Kranken-

hausbehandlung ohne Bett realisiert, die durch Berücksichtigung des sozialen Umfelds und klinisches Home Treatment zu einer Erweiterung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten beiträgt und eine ortsungebundene personenzentrierte und multiprofessionelle Komplexleistung zur Verfügung stellt [24]. Ziel des seit November 2005 bestehenden Behandlungsangebotes des Mobilen Krisenteams (MKT) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am BKH Günzburg ist die Verkürzung von stationären Behandlungen bzw. der Ersatz einer vollstationären Krankenhausbehandlung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in akuten Krankheitsphasen. Zwischen November 2005 und Januar 2007 wurden insgesamt 79, Mehrheitlich an einer schizophrenen, schizoaffektiven oder affektiven

Störung erkrankten Patienten über jeweils 60–80 Tage durch das MKT behandelt. Im Rahmen einer Evaluation (n=28 Patienten) in Form eines „Vorher-Nachher-Vergleiches“ zeigte sich eine signifikante Verbesserung des klinischen Status im Verlauf. So konnte bei diesen Patienten eine Reduzierung der Positiv- und Negativsymptomatik, der allgemeinen Psychopathologie sowie der depressiven Symptomatik beobachtet und das allgemeine Funktionsniveau verbessert werden [25].

Auch in der Psychiatrischen Klinik *Bamberger Hof in Frankfurt* wurde ein Konzept für die Akutbehandlung im gewohnten häuslichen Lebensumfeld entwickelt. Tages- und nachtklinische Angebote sowie Angebote der Institutsambulanz werden personenzentriert durch eine ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause ergänzt [26].

Die Versorgungsstruktur des *Arbeitsbereiches Psychosen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE)* hält neben anderen Versorgungseinrichtungen – etwa einer Psychosespezialambulanz oder tagesklinischen und stationären Behandlungsplätzen – auch ein *Assertive-Community-Treatment-Team (ACT)* für die Versorgung psychotischer Patienten bereit [28]. Die einzelnen Versorgungseinheiten sind eng vernetzt u.a. mit niedergelassenen Psychiatern sowie mit außeruniversitären Behandlungseinrichtungen. Ziel ist eine integrierte Versorgung dieser Patienten unter Gewährleistung von Behandlungskontinuität und Erhalt des gewohnten sozialen Umfeldes. Das *Hamburger Modell* enthält viele Elemente von HT. Es zielt in erster Linie auf eine Akutbehandlung und Krisenintervention der Patienten zu Hause, leistet darüber hinaus jedoch auch intensive Nachsorge nach einer stationären Behandlung und bietet Unterstützung bei drohenden Rückfällen an. Eine Besonderheit des Modells liegt in seiner störungsspezifischen Behandlung von ausschließlich psychotischen Patienten. ACT erwies sich im Rahmen einer Untersuchung gegenüber herkömmlicher Versorgung in einem 12-Monats-Zeitraum hinsichtlich krankheitsassoziierter Zielgrößen wie Symptomschwere ( $p < 0,01$ ), globales Funktionsniveau ( $p < 0,05$ ) und Lebensqualität ( $p < 0,05$ ) überlegen. Die Patienten in der Experimentalgruppe blieben länger in Behandlung ( $p = 0,0035$ ), waren mit der vorgehaltenen Behandlung zufriedener ( $p < 0,05$ ), zeigten eine höhere Compliance hinsichtlich der medikamentösen Behandlung ( $p < 0,001$ ) und erreichten eine bessere Adaptation in den Bereichen Arbeit ( $p < 0,001$ ) und Wohnen ( $p < 0,007$ ) [29].

Im *Kreis Steinburg* (Schleswig-Holstein) wurde im Rahmen eines Modellprojektes ein *Regionales Budget für den klinisch psychiatrischen Bereich* (RPB) erprobt. Ein auf 5 Jahre festgeschriebenes Budget ist dabei mit einer umfassenden Flexibilisierung der Behandlungsmodalitäten und des Behandlungsortes sowie der Sicherstellung von Behandlungskontinuität verbunden [29,30]. Eine konsistente Umsetzung des Modells von HT (Kriseninterventions- und/oder Home-Treatment-Teams) liegt allerdings nicht vor. In einer gesundheitsökonomischen Analyse der Auswirkungen des regionalen Psychiatriebudgets im Rahmen einer nicht randomisierten kontrollierten Studie wurden Daten von 502 Patienten (258 Patienten der Modellregion sowie 244 Patienten einer Kontrollregion) berücksichtigt. Nach 18 Monaten zeigte sich eine Senkung stationärer Behandlungskosten ohne sichtbare Einschränkungen der Versorgungsqualität. Die institutsambulante und teilstationäre Behandlung wurde in der Modellregion intensiviert. Das Funktionsniveau in der Patientengruppe mit schizophrenen Störungen besserte sich in der Modellregion signifikant. Hinsichtlich krankheitsspezifischer Zielgrößen fanden sich keine Unterschiede zwischen beiden Untersuchungsregionen. Betrachtet man die Gesamtheit aller anfallenden psychiatrischen

Behandlungskosten zu diesem Zeitpunkt, die pro Patient und 6-Monats-Zeitraum erhoben wurden, ist in der Modellregion tendenziell ein stärkerer Rückgang zu beobachten. Innerhalb der Personengruppe mit einer Erkrankung des schizophrenen Formenkreises war der Effekt signifikant [31]. Auch nach 3,5 Jahren ließen sich tendenzielle Kostenvorteile bei weiterhin verbessertem Funktionsniveau in der Gesamtstichprobe für das RPB beobachten [32].

Das *Atriumhaus in München Süd* ermöglicht in seiner Funktion als gemeindeintegriertes Krisen- und Behandlungszentrum flexibel abgestufte ambulante, mobile, teilstationäre und stationäre Behandlungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Ambulanz definiert sich über verschiedene Schwerpunkte: ein Krisentelefondienst ermöglicht eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit therapeutischer Ansprechpartner und eine ambulante Krisenbehandlung die Versorgung aller Krisen- und Notfallpatienten über 24 Stunden an 7 Tagen der Woche. Die Mobile Hilfe in akuten Krisensituationen wird ergänzt durch Hausbesuche in Fällen, in denen Patienten das Aufsuchen psychiatrischer Einrichtungen beharrlich ablehnen, um Patienten den Übergang von einer stationären Behandlung in das vertraute Umfeld leichter zu gestalten oder um im Sinne einer alltagsnahen Behandlung Hilfsangebote für individuelle Hilfebedarfe möglichst genau abzustimmen. Im Jahr 2006 führten die Mitarbeiter mehr als 600 Hausbesuche durch. Davon wurden 73 Patienten ausschließlich aufsuchend behandelt; einige von ihnen vorübergehend in akuten Krisen, und andere Patienten auch über einen längeren Zeitraum [33].

## Diskussion



### Evidenz vs. Implementierung

Insgesamt zeigt sich, dass die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Störungen in akuten Krankheitsphasen durch ein mobiles Behandlungsteam gegenüber einer herkömmlichen stationären Behandlung in Bezug auf den Allgemeinzustand und die psychische Gesundheit mindestens gleichwertig ist. Die Befunde sprechen überwiegend für eine Reduktion stationärer Aufnahmen während der akuten Krankheitsphase sowie für die Verringerung künftiger stationärer Aufnahmen. Zudem können stationäre Behandlungszeiten insgesamt reduziert werden. Ausreichend Evidenz scheint außerdem dafür vorhanden, dass HT das Risiko eines Behandlungsabbruchs senkt, die Behandlungszufriedenheit bei Patienten und Angehörigen erhöht sowie die erlebten Belastungen bei den Angehörigen verringert. Es gibt Evidenz dafür, dass HT im britischen Gesundheitssystem kosteneffektiver ist als eine herkömmliche stationäre Behandlung. Befürchtungen, dass in Zusammenhang mit einer solchen Behandlung beispielsweise die Suizid- und Mortalitätsraten aufgrund einer mangelnden Kontrollfunktion bzw. einer möglicherweise eingeschränkten medizinischen Versorgung ansteigen könnten bestätigen sich hier nicht. Ebenso wenig lassen sich Hinweise dafür finden, dass HT die Angehörigen der behandelten Patienten stärker belasten könnte.

Trotz dieser guten Befundlage liegen einige Limitationen vor. Aufgrund zeitlich begrenzter Studienzeiträume bilden die Ergebnisse lediglich einen kurzen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung ab. Welche Langzeiteffekte diese Behandlungsform sowohl auf die Betroffenen als auch auf die Kosteneffektivität hat, bleibt offen. So konnten beispielsweise Rosenheck und Kollegen (1993) in einer Langzeitbeobachtung über 9 Jahre zeigen, dass die

durchschnittlichen Kosten in Zusammenhang mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit bei Patienten mit schizophrener Störung im Laufe der Jahre deutlich geringer wurden und damit mögliche Auswirkungen einer routinierten Anwendung alternativer gemeindepsychiatrischer Behandlungsformen auf die Kosteneffektivität neu zu bewerten sind [34]. Weiterhin wird intensiv diskutiert, was einzelne Bedingungen im Rahmen der verschiedenen Versorgungsmodelle (HT vs. herkömmliche stationäre Behandlung) konkret beinhalten. Die sog. „herkömmliche Behandlungsform“ (*treatment-as-usual*), gegen die in den Studien als Kontrollintervention verglichen wird, muss als eine Behandlung verstanden werden, die den Krankheitsverlauf innerhalb der Kontrollgruppe aktiv beeinflusst und damit unterschiedliche Auswirkungen auf die verschiedenen Zielgrößen hat [35]. Die zunehmende Implementierung bedeutender Elemente gemeindepsychiatrischer Ansätze innerhalb der psychiatrischen Standardversorgung und eine sich im Laufe der Zeit verändernde und wachsende Versorgungslandschaft mag die Kontrollbedingungen wünschenswert verbessern, d.h. Effekte der Interventionen in den Experimentalgruppen „verwässern“ und weniger deutlich werden lassen [36,37]. Unterstützt wird diese Annahme dadurch, dass insbesondere jüngere Studien zu gemeindepsychiatrischen Ansätzen geringere Vorteile gegenüber älteren Studien zeigen [38]. Forschungsbemühungen gehen zunehmend dahin, Inhalte moderner gemeindepsychiatrischer Ansätze herauszuarbeiten, die besonders hilfreich sind. In einer hier nicht dargestellten Metaanalyse, die 91 Studien zu einer breit definierten Form psychiatrischer Behandlungen in einem häuslichen Setting berücksichtigte, kristallisierten sich bezogen auf die Reduktion stationärer Behandlungen v.a. die Aspekte regelmäßiger Hausbesuche sowie der gleichzeitigen Verantwortlichkeit für die gesundheitliche und soziale Betreuung heraus [39]. Trotz sehr guter internationaler Evidenz für die Wirksamkeit von HT ist diese Behandlungsform in Deutschland bisher wenig etabliert. Randomisierte und kontrollierte Studien aus Deutschland liegen dazu bisher nicht vor. Die streng sektoral (ambulant vs. stationär) gegliederte gesetzliche Krankenversicherung und unterschiedliche Kostenverantwortung bei Prävention, Behandlung und Rehabilitation psychischer Erkrankungen erschweren die Umsetzung solcher innovativer und patientenorientierter Versorgungskonzepte [5]. Modellbeispiele von aufsuchender Akutbehandlung geben Hinweise darauf, dass eine solche Behandlung auch im deutschen Kontext durchaus zu Verbesserungen krankheitsspezifischer Zielgrößen im Verlauf führen und stationäre Behandlungszeiten reduzieren kann. Mit der integrierten Versorgung nach § 140 SGB V steht eine sektorübergreifende Finanzierungsmöglichkeit zur Verfügung, die die Umsetzung innovativer Versorgungskonzepte ermöglicht. Diese Finanzierungsform wurde bisher allerdings noch nicht ausreichend genutzt.

### Möglichkeiten und Grenzen einer gemeindeintegrierten Akutversorgung

Es liegt auf der Hand, dass nicht alle Patienten mit ambulanter Akutbehandlung durch ein mobiles Kriseninterventionsteam behandelt werden können. Als Grenzen der Behandlung können, obwohl HT-Angebote bei Menschen mit schweren Erkrankungen und konfliktreichem Kontakt zum Hilfesystem besondere Stärken zeigen, Hinweise auf eine erhebliche, drohende oder unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung angesehen werden. Weiterhin zählen Intoxikationen oder andere Notfälle dazu, welche auf somatischen Stationen behandelt werden müssen.

Darüber hinaus wurden Faktoren identifiziert, die trotz ambulanter aufsuchender Krisenintervention zu stationären Einweisungen führen können. Cotton und Kollegen (2007) werteten Daten aus 3 Untersuchungen von *Crisis-Resolution-Teams* in London aus. In einer multivariaten Analyse wurden diejenigen Faktoren ermittelt, die mit einer stationären Klinikeinweisung innerhalb von 8 Wochen nach einem krisenhaften Erkrankungsereignis assoziiert waren. Die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme war umso größer, je unkooperativer die Patienten mit der Behandlung waren und je mehr sich die Betroffenen selbst vernachlässigten bzw. gefährdeten. Zudem stieg die Wahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von notwendigen Zwangseinweisungen im Vorfeld und hing mit dem zeitlichen Auftreten der Krise zusammen (außerhalb gewöhnlicher Sprechzeiten, verbunden mit Vorstellung in Notfallambulanz). Das Risiko einer stationären Aufnahme war außerdem unter jüngeren Patienten größer [40]. Diese Daten zeigen einerseits, unter welchen Umständen eine ambulante Akutbehandlung besonders schwierig ist und möglicherweise mit einer stationären Aufnahme gerechnet werden muss, und andererseits, in welchen Fällen die ambulante Behandlung besonders intensiv und strukturiert durchgeführt werden sollte. Eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld erfordert eine initiale Beurteilung, wer für diese Art der Versorgung infrage kommt. Eine intensive Vernetzung mit den traditionellen, in die Akutbehandlung einbezogenen Institutionen (psychiatrische Kliniken, Ambulanzen, niedergelassene Psychiater) ist daher erforderlich. Für die Entscheidung zur Aufnahme sollten die Vorgeschichte, die Art der Krankheitsepisode, akute Gefährdungen und die Präferenz des Patienten berücksichtigt werden. Ebenfalls von Bedeutung für die Indikationsstellung sind Aspekte familiärer Bedingungen. Letzteres gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Wirksamkeit von Kriseninterventionsteams auch auf der Berücksichtigung sozialer Faktoren, die möglicherweise die Auslösung von Krisenereignissen begünstigt haben, basiert. Neben einem intensiven Einbezug der Angehörigen während der Behandlung ist gleichzeitig eine Überforderungssituation dieser zu vermeiden. Eine aufsuchende Behandlung erlaubt dabei sowohl eine erweiterte diagnostische Perspektive sozialer Kontextfaktoren als auch eine unmittelbare Möglichkeit, Interventionen im familiären Rahmen gezielter zu platzieren. Die Akutbehandlungsteams sollten multidisziplinär zusammengesetzt sein, d.h. zumindest aus einem psychiatrisch erfahrenen Arzt, psychiatrisch erfahrenem Krankenpflegepersonal und einem Sozialarbeiter oder Sozialtherapeuten bestehen. Andere Berufsgruppen können beteiligt sein. Akutbehandlungsteams sollten speziell für diese Tätigkeit ausgebildet und personell hinreichend ausgestattet sein. Eine ausreichende Erreichbarkeit und Mobilität muss sichergestellt sein. Stationäre Aufnahmemöglichkeiten oder Betten in Krisenpensionen mit psychiatrischer Betreuung sollten vorhanden sein. Nach der Akutbehandlung sollte feststehen, wie der Patient weiterbehandelt wird. Hierfür sind intensive Kontakte in die psychiatrische und komplementäre Regelversorgung notwendig. Eine gelungene und flächendeckende Implementierung einer solchen Behandlung im häuslichen Umfeld erfordert neben der Entwicklung von verbindlichen Qualitätsansprüchen eine wissenschaftliche Begleitevaluation [41, 42]. Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld ist eine wirksame und vermutlich auch in Deutschland kosteneffektive Behandlung und hat damit ein Potenzial, dass für das deutsche Versorgungssystem aktuell weitgehend ungenutzt bleibt. Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld kann ein weiterer Baustein auf dem Weg hin zu einer sog. *Balanced Care* sein, bei der die Versorgung

zumeist außerhalb des Krankenhauses stattfindet [43]. Die psychiatrischen Kliniken tragen dabei eine wichtige absichernde Funktion. Das bedeutet, dass die psychiatrische Gesundheitsversorgung möglichst in der Alltagsumgebung der Betroffenen stattfindet und Krankenhausaufenthalte dementsprechend kurz gestaltet werden. Die Einweisungen erfolgen umgehend und nur dann, wenn sie wirklich erforderlich sind. Wichtig ist, dass die Angebote der verschiedenen staatlichen, nichtstaatlichen oder privaten Dienstleister koordiniert werden und dass ihre Zusammenarbeit sichergestellt ist [43].

### Konsequenzen für Klinik und Praxis

- ▶ Die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld stellt eine wirksame und vermutlich auch in Deutschland kosteneffektive Ergänzung bestehender psychiatrischer Angebote bei gleichbleibender Behandlungsqualität dar und erhöht die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen.
- ▶ Trotz guter internationaler Evidenz für die Wirksamkeit dieser Behandlungsform ist sie in Deutschland bisher wenig etabliert.

### Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand in Zusammenhang mit der systematischen Recherche in Vorbereitung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Störungen“ gefördert durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN).

### Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Abstract

#### Home Treatment: Systematic Review and Implementation in Germany

**Objective** To report about existing evidence of effectiveness of home treatment for severely mentally ill adults and implementation in Germany.

**Methods** Systematic electronic and manual literature search.

**Results** Compared to standard care, home treatment was equally or more efficacious with respect to general state of health and mental health. Home treatment was superior with regard to other outcomes. So far, implementation in Germany is limited.

**Conclusions** Home treatment can be seen as an effective addition to existing approaches of psychiatric care. It may be cost-effective also in Germany. Reasons for limited implementation in routine care are discussed.

### Literatur

- 1 *AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.* Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung. (01. Mai 2000–31. Dezember 2002). Bonn: 2003, [www.apk-ev.de/publikationen/abschlussbericht\\_Impl\\_gesamt.pdf](http://www.apk-ev.de/publikationen/abschlussbericht_Impl_gesamt.pdf) 2003
- 2 *Kunze H.* Der Weg von der Psychiatrie-Enquete (1975) bis zu den neuen Versorgungsformen. In: Weatherly JN, Lägél R, Hrsg. Neue Versor-

- gungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009: 9–20
- 3 *Brenner HD, Junghan U, Pfammatter M.* Gemeindeintegrierte Akutversorgung. *Nervenarzt* 2000; 71: 691–699
  - 4 *Sammur R, Leff J.* The effect of reprovision on the acute services. In: Leff J, ed. *Care in the community: illusion or reality.* Chichester: Wiley, 1997
  - 5 *Weinmann S, Gaebel W.* Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. *Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie.* *Nervenarzt* 2005; 76: 809–821
  - 6 *Joy CB, Adams CE, Rice K.* Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD001087
  - 7 *Parabiaghi A, Bonetto C, Ruggeri M et al.* Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 457–463
  - 8 *Ruggeri M, Leese M, Thornicroft G et al.* Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 149–155
  - 9 *Fenton FR, Tessier L, Struening EL.* A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36: 1073–1079
  - 10 *Hoult J, Reynolds I, Charbonneau PM et al.* Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *AUST NZ J PSYCHIAT* 1983; 17: 160–167
  - 11 *Muijen M, Marks I, Connolly J et al.* Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ* 1992; 304: 749–754
  - 12 *Pasamanick B, Scarpitti FR, Lefton MDS et al.* Home versus hospital care for schizophrenics. *J Am Med Ass* 1964; 187: 177–181
  - 13 *Stein LI, Test MA, Marx AJ.* Alternative to the hospital: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1975; 132: 517–522
  - 14 *Hoult J.* Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Soc Sci Med* 1984; 18: 1005
  - 15 *Fenton WS, Mosher LR, Herrell JM et al.* Randomized trial of general hospital and residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 516–522
  - 16 *NICE Schizophrenia.* Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. *NICE Clinical Guideline 82.* London: 2009, [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
  - 17 *Weisbrod BA, Test MA, Stein LI.* Alternative to mental hospital treatment. II. Economic benefit-cost analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 400–405
  - 18 *Fenton FR, Tessier L, Struening EL et al.* A two-year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Can J Psychiatry* 1984; 29: 205–211
  - 19 *Knapp M, Marks I, Wolstenholme J et al.* Home-based versus hospital-based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 506–512
  - 20 *Ford R, Minghella E, Chalmers C.* Cost consequences of home-based and inpatient-based acute psychiatric treatment: results of an implementation study. *J Ment Health* 2001; 10: 467–476
  - 21 *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
  - 22 *McCrone P, Johnson S, Nolan F et al.* Economic evaluation of a crisis resolution service: A randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 54–58
  - 23 *Berhe T, Puschner B, Kilian R et al.* „Home treatment“ für psychische Erkrankungen. *Nervenarzt* 2005; 76: 822–831
  - 24 *Horn A.* Integrative Psychiatrische Behandlung am Alexianer-Krankenhaus in Krefeld – Klinische Akutbehandlung ohne Krankenhausbett. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H, *Aktion Psychisch Kranke*, Hrsg. Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH, 2002: 294–310
  - 25 *Becker T.* Mobiles Krisenteam (Home Treatment). Projektbericht. Bezirkskrankenhaus Günzburg, 2009
  - 26 *Diethelm A.* Ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) – ein Beispiel personenzentrierter Organisation psychiatrischer Akutversorgung. In: Schmidt-Zadel R, Kunze H, *Aktion Psychisch Kranke*, Hrsg. Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Bonn: Psychiatrie Verlag gGmbH, 2002: 130–143



- 27 Ohm G, Lambert M, Weatherly JN. Assertive Community Treatment psychotischer Patienten. In: Weatherly JN, Lägler R, Hrsg. Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 2009: 183–189
- 28 Lambert M, Bock T, Schöttle D et al. 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). *J Clin Psychiatry* 2010, e-first: DOI 10.4088/JCP.09m05113yel
- 29 Deister A, Zeichner D, Roick C. Ein Regionales Budget für die Psychiatrie. Erste Erfahrungen aus einem Modellprojekt. *PsychoNeuro* 2004; 30: 285–288
- 30 Roick C, Deister A, Zeichner DC et al. Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiat Prax* 2005; 32: 1–8
- 31 Roick C, Heinrich S, Deister A et al. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiat Prax* 2008; 35: 279–285
- 32 König H-H, Heinrich S, Heider D et al. Das Regionale Psychiatriebudget (RPB): Ein Modell für das neue pauschalierende Entgeldsystem psychiatrischer Krankenhausleistungen? Analyse der Kosten und Effekte des RPB nach 3,5 Jahren Laufzeit. *Psychiat Prax* 2010; 37: 34–42
- 33 Atriumhaus. Jahresbericht. 2007, [www.atriumhaus-muenchen.de](http://www.atriumhaus-muenchen.de)
- 34 Rosenheck R, Massari L, Frisman L. Who should receive high-cost mental health treatment and for how long? *Schizophr Bull* 1993; 19: 843–852
- 35 Burns T. End of the road for treatment-as-usual studies? *Br J Psychiatry* 2009; 195: 5–6
- 36 Burns T, Fahy T, Thompson S. Intensive case management for severe psychotic illness: Authors' reply. *Lancet* 1999; 354: 1385–1386
- 37 Burns T, Catty J, Watt H et al. International differences in home treatment for mental health problems. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 375–382
- 38 King R. Intensive Case Management: a critical re-appraisal of the scientific evidence for effectiveness. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2006; 33: 529–535
- 39 Catty J, Burns T, Knapp M et al. Home Treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychol Med* 2002; 32: 383–401
- 40 Cotton M-A, Johnson S, Bindman J et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 52
- 41 Wancata J, Meise U. Forschungsinstrumente in der sozialpsychiatrischen Forschung. *Psychiat Prax* 2009; 36: 368–372
- 42 Borbé R, Flammer E, Borbé S et al. Sozialpsychiatrische Forschung – Entwicklung über die letzten 10 Jahre im Spiegel deutschsprachiger Zeitschriften. *Psychiat Prax* 2009; 36: 362–367
- 43 Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 283–290