

Ambulante und aufsuchende Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie

Systematischer Überblick

Victoria-Fabiola Kloos¹

Die ambulante und aufsuchende Behandlung in der Gemeindepsychiatrie hat in den vergangenen Jahren durch die Deinstitutionalisierung zunehmend an Popularität gewonnen. Durch die Ausweitung verschiedener Gesetzgebungen scheinen die Barrieren aufzuweichen. Durch das wachsende Interesse und die kontinuierlich steigenden Zahlen von wissenschaftlichen Publikationen ist es erforderlich, die vorhandene Evidenz systematisch aufzubereiten, um ein vollständiges Bild der aktuellen Forschungsvorhaben zu generieren. Mittels der Methodik des Evidence Mappings wurde ein systematischer Überblick generiert, welcher einen aktuellen und unverzerrten Gesamtüberblick zur bestehenden Thematik repräsentiert.

Outpatient and visiting forms of treatment in community psychiatry

Systematic overview

Outpatient and outreach treatment in community psychiatry has become increasingly popular in recent years due to deinstitutionalization. With the expansion of various legislations, barriers seem to be softening. Due to the growing interest and continuously increasing numbers of scientific publications, it is necessary to systematically process the available evidence in order to generate a complete picture of current research projects. Using the methodology of evidence mapping, a systematic overview was generated, which represents an up-to-date and unbiased overall view of the existing topic.

Korrespondenzadresse

Victoria-Fabiola Kloos
Pflegedirektion
Rheinessen-Fachklinik Alzey
Dautenheimer Landstraße 66
D-55232 Alzey

v.kloos@rfk.landeskrankenhaus.de

DOI: 10.3936/12086

¹ M.Sc., Pflegeexpertin APN, Pflegedirektion, Rheinessen-Fachklinik Alzey

Einleitung

Die Behandlung von psychischen Erkrankungen erfolgt im nationalen Kontext primär durch stationäre Angebote. Dies hat mehrere Gründe, etwa die Illusion die komplette Behandlung an einem Ort durchführen zu können, ein Milieuwechsel zu umgehen oder die vollkommene Abgabe der Verantwortung der Patienten und Angehörigen an den stationären Bereich. Dieses traditionsreiche Vorgehen gilt in der aktuellen Versorgungspraxis weitestgehend überholt. Durch die psychiatrischen Institutsambulanzen, die ambulanten psychiatrischen Behandlungsformen und die Tageskliniken soll die langfristige Versorgung in der Gemeindepsychiatrie sichergestellt werden. In vergangener Zeit scheinen die Sektoren aufzuweichen und das Interesse an der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung zu steigen. Die persönliche Erfahrung zeigt, dass sich die Betroffenen eine „zu Hause Behandlung“ wünschen, aufgrund der individuellen Lebensumstände und der weiterhin bestehenden Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen.

Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Dieser Popularitätsgewinn wird unter anderem durch die zunehmende Deinstitutionalisierung und die gesetzliche Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) des § 115d SGB V begünstigt. Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB) wurde 2018 als neue Behandlungsform etabliert. Diese Gesetzgebung ermöglicht den psychiatrischen Einrichtungen, die Behandlung von psychischen Störungen im häuslichen Umfeld durchzuführen [17].

Dadurch scheint ein wichtiger Meilenstein für eine patientenorientierte, gemeinde- und wohnortnahe Versorgung gewährleistet zu sein. Die Wirksamkeit von individualisierten, integrierten Behandlungsformen im Lebensumfeld von Betroffenen wie zum Beispiel Home Treatment (HT), Assertive Community Treatment (ACT) oder intensives Case Management (ICT) ist international ausreichend belegt und findet sich vereinzelt in Deutschland in einigen Modellprojekten unter den Namen stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (StäB), Home Treatment (HT), Assertive Community Treatment (ACT, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf), Integrative Psychiatrische Behandlung (IPB, Krefeld-Alexanianer) oder Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung (AAB, Frankfurt am Main-Vitos) wieder [23]. Die psychiatrische Versorgungspraxis vertritt den Konsens, dass durch die Einführung von stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung oder Home Treatment eine gemeinde- und realitätsnahe Versorgung etabliert werden kann. Dadurch sollen die Hilfen in Art und Umfang flexibel und bei Erhalt wichtiger therapeutischer und sozialer Beziehungen organisiert werden [23]. Gegenüber der traditionellen Behandlung werden eine Entstigmatisierung gegenüber den Betroffenen, eine Entlastung der Angehörigen und eine hoch individuelle Versorgung, unter Berücksichtigung der Lebenskontextfaktoren, individueller Probleme und Ressourcen, erwartet.

Hintergrund

Psychische Erkrankungen sind neben langanhaltenden und chronischen Krankheitssymptomen zusätzlich mit weitreichenden Einschränkungen in den persönlichen, sozialen und beruflichen Bereichen verbunden. Psychosoziale Therapie nehmen deshalb einen sehr hohen Stellenwert in der Behandlung von chronisch, psychischen Erkrankungen ein. Die 2018 veröffentlichte S-3 Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychisch Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [17] legen aktuelle Empfehlungen für die Versorgungsforschung und Gemeindepsychiatrie vor. Aus dieser

geht hervor, dass besonders den psychosozialen Interventionen bei psychischen Störungen eine große Bedeutung zugeschrieben werden kann. Einen großen Anteil nehmen die aufsuchenden gemeindenahen Behandlungseinsätze ein, welche sich in der Akuität der Erkrankung, der Teambasiertheit des Versorgungsmodells und der aufsuchenden bzw. nicht-aufsuchenden Behandlung unterscheiden. Alle aufsuchenden psychiatrischen Institutionen sind bestrebt, die Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten von Menschen mit psychischen Störungen für ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben zu fördern. Während Community Mental Health Teams primär nicht aufsuchend tätig sind, erfolgen Home Treatment (HT) und Assertive Community Treatment (ACT) als primär aufsuchende Behandlungsformen [17].

Ambulante und aufsuchende psychiatrische Pflege in Deutschland

Ambulante und aufsuchende psychiatrische Pflege wird oft unter dem Synonym ambulante psychiatrische Pflege (APP) verstanden. Aus der Literatur und den Fachkreisen geht hervor, dass keine bundesweite Definition besteht. Daraus resultiert ein unterschiedliches Verständnis von ambulanter psychiatrischer Pflege. Das Verständnis unterscheidet sich in der Begrifflichkeit, den Aufgabenprofilen der Pflegefachpersonen und dessen Leistungsangeboten. Diese Diskrepanz wird durch bundesweite unterschiedliche Gesetzgebungen und individuelle Interpretationen verstärkt.

Eine Orientierung an internationalen Begrifflichkeiten oder Definitionen wirkt problematisch, aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen und informellen Rahmenbedingungen. Zusätzlich bestehen zahlreiche ambulante und aufsuchende gemeindepsychiatrische Behandlungsansätze.

Dies unterstreicht, dass ambulante und aufsuchende psychiatrische Pflege als übergeordnete Begrifflichkeit verstanden werden kann, die explizit eine Konkretisierung der einzelnen Formen voraussetzt. Dadurch kann per se keine eins zu eins Übertragung erfolgen.

Folglich werden unterschiedliche ambulante und aufsuchende psychiatrische Behandlungsformen aufgeführt.

Home Treatment

Übergeordnet wird die Begrifflichkeit Home Treatment meist unspezifisch für aufsuchende Behandlungsansätze genommen. Das klassische Home Treatment Verständnis wird definiert als eine kurzfristige und stationersetzende Behandlung im eigenen Lebensumfeld des Betroffenen.

Dadurch zählt Home Treatment zur häuslichen Akutbehandlung und bezeichnet eine wohnortbasierte, intensive und krisenbetonte (bis ca. 6 Wochen dauernde) Akutbehandlung durch spezialisierte mobile Behandlungsteams [64]. HT stellt eine Alternative zur stationären Akutbehandlung dar und erfordert intensive multiprofessionelle Teamarbeit (24-Stunden-Versorgung an 7 Tagen / Woche).

Assertive Community Treatment

Die aufsuchende Behandlung durch multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams (Assertive Community Treatment oder auch das sog. Intensive Case Management, ICM) gehört wie auch das Home Treatment zu den intensiven ambulanten Behandlungsformen und ist insbesondere für Patienten mit häufigen Behandlungsabbrüchen oder wiederholten stationären Aufenthalten sinnvoll [64]. Der Unterschied zur HT besteht in der Integration von Wohnen und Arbeit. Die Akuität der Erkrankung und die Kontinuität der Behandlung sind dadurch weniger intensiv und krisenbetont, wie bei HT (bis ca. 16 Wochen dauernde Behandlung / 2–5 Tage / Woche).

Community Mental Health Teams (CMHT)

In Deutschland haben sich Community Mental Health Teams (CMHT) in Form von psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) etabliert. Diese sind für eine definierte Versorgungsregion zuständig und primär nicht-aufsuchend tätig. Die Behandlung erfolgt über mehrere Jahre und ist überwiegend für die Verordnung von Medikamenten oder die Unterstützung von psychosozialen Hilfen verantwortlich (bis zu mehrere Jahre dauernde Behandlung / ca. 1–4 im Monat oder im Quartal).

Alle ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie erstreben die Reduktion oder Vermeidung der stationären Wiederaufnahme und die Erhöhung der Betroffenenzufriedenheit. Es gibt Hinweise, dass das schnelle und regelmäßige Aufsuchen vom multiprofessionellen Behandlungsteam eine kostengünstige Alternative zur stationären Versorgung darstellt. Durch die Einbeziehung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen und der Integration der sozialen Netzwerke und Strukturen kann zu einer langfristigen psychischen Stabilisierung beigetragen werden. Aus der S3 Leitlinie „psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ geht hervor, dass die aktuelle Evidenzlage von der ambulanten und aufsuchenden psychiatrischen Pflege im häuslichen Umfeld fast ausschließlich aus internationalen Erhebungen stammt [16]. Die Erhebungen thematisieren inhaltlich einen Vergleich zwischen einer Behandlung im häuslichen Umfeld und einer stationären Behandlung in klinischen Einrichtungen. Im Rahmen der NICE-Leitlinie zur Behandlung der Schizophrenie (2014) und dem Cochrane Reviews (2015) wurden einige RCTs identifiziert, welche die Effektivität von Home Treatment präsentierten. Die Hauptindikatoren der Erhebungen stellten die Behandlungszufriedenheit, behandlungsassoziierte- und krankheitsassoziierte Merkmale und Kosteneffektivität dar. Diese Indikatoren identifizierten positive Tendenzen durch die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld. Unter anderen geben die Ergebnisse eindeutige Hinweise auf eine geringere Symptombelastung [1, 9, 12, 20, 28, 36, 43, 49, 50, 52, 54, 55, 57, 60, 69], der Reduzierung der Behandlungstage und Wiederaufnahme [2, 4, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 28, 30, 31, 36, 37, 49, 52, 55, 57, 59, 60, 65, 68, 70], sowie der Behandlungskosten [5, 16, 20, 28, 32, 34, 36, 37, 40, 44, 56, 59]. In weiteren Erhebungen werden zusätzlich qualitative Elemente aufgelistet, die die Betroffenenperspektive bzw. die Erfahrung von HT aufzeigen. Betont wird der schnelle und niederschwellige Zugang [13, 42, 47], der individuelle und bedürfnisorientierte Umgang [33, 42] durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam und die emotionale Entlastung [33, 47].

Insgesamt sind die Studiendesigns sehr moderat. Die methodische Quantität und Qualität der Erhebungen kennzeichnen sich durch quantitative differenzierte Daten [17]. Im nationalen Kontext sind keine RCT-Erhebungen ersichtlich. Eine flächendeckende Anwendung von HT ist nicht erkennbar. Zu betonen ist, dass Home Treatment eine komplexe psychosoziale Intervention in der Gemeindepsychiatrie darstellt. Durch die Komplexität entstehen methodische Herausforderungen in der wissenschaftlichen Betrachtung. Auf dieser Grundlage soll ein Evidence Mapping erarbeitet werden, welches einen aktuellen und internationalen Überblick von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie, sowie relevante und signifikante Endpunkte generiert und Forschungsdesiderate identifiziert.

Methodik

Zur Datengenerierung wurde eine systematische Literaturrecherche mittels des Evidence Mappings (s. Tab. 1) nach den PRISMA Kriterien [71] in den relevanten internationalen Datenbanken (Pubmed, CINAHL, PSYINDEX, Online Portal buchholz-fachinfor-

mationsdienst, Google Scholar) durchgeführt und durch eine freie Handsuche in relevanten Verlagsdatenbanken (Huber-Verlag, Thieme-Verlag) ergänzt.

(a) Datenerhebung

Das Evidence Mapping ist eine relativ neue systematische Methodik der Literaturlaufbereitung, die ein umfassendes Verständnis und eine methodische Aufbereitung von einem spezifischen Thema generiert. Durch die Aufführung der Menge, des Designs und der Charakteristika der Studien kann ein breites, klinisches Verständnis zum bestehenden Thema erarbeitet werden, das sowohl bekannte Inhalte als auch Evidenzlücken hervorhebt und weitere Forschungsfelder ableitet [27].

Das Evidence Mapping beinhaltet drei Kernaufgaben [8]:

- (1) Festlegung der Forschungsfrage und des Kontexts
Die Forschungsfrage resultiert aus einer umfassenden Analyse. Dazu zählen zum Beispiel die Beratung und der Austausch mit einem Experten, eine vorläufige Literaturrecherche, eine Onlineumfrage oder ein Workshop. Mittels der strukturierten-/unstrukturierten generierten Daten, wird eine Forschungsfrage abgeleitet.
- (2) Systematische Literatursuche
Die systematische Suche beinhaltet die Entwicklung einer Suchstrategie, die Ableitung von Ein- und Ausschlusskriterien und das Research zu relevanten Erhebungen.
- (3) Abbildung von Studienmerkmalen
Die Datenextraktion erfolgt nach Intervention, Studiendesign und wichtigen Studiencharakteristika.

Der Unterschied zum Systematic Review oder einem Scoping Review besteht in der systematischen Organisation und Darstellung eines breiten Forschungsfelds mit Forschungsevidenz, dass die Breite, die Tiefe und die Methodik der Evidenz abbildet und dadurch Forschungsdesiderate aufdeckt [8].

(b) Entwicklung einer Forschungsfrage

Die Phase der Fragentwicklung hat unterschiedliche Prozesse durchlaufen, die eine breite Wahrnehmung der unterschiedlichen Bedürfnisse und Bedarfe abbildet. Dazu wurde ein Pflegeexperte APN konsultiert, der in einer Diskussion, ein Verständnis zu unterschiedlichen Aspekten der ambulanten und aufsuchenden psychiatrischen Versorgung generierte. Komplementär wurde eine vorläufige Literaturrecherche durchgeführt, die relevante Übersichtsarbeiten zur Versorgungsstruktur der ambulanten und aufsuchenden Versorgung identifizierte [8]. Mittels der generierten strukturierten-/unstrukturierten Daten wurde eine PICO Frage abgeleitet. Diese diente der anschließenden Suchstrategie, die durch ein kombiniertes PRISMA Flussdiagramm [70] dargestellt wird.

(c) Suchstrategie

Die Literatursuche wurde von Januar bis Februar 2020 durchgeführt. In den elektronischen Datenbanken (Pubmed, CHINAL, PSYINDEX, Online Portal buchholz-fachinformationsdienst) wurde auf eine systematische Kombination der Medical subject headings (MeSH) Terms entwickelten Begriffsgruppen (1) „severe mental illness“, (2) „psychiatry“, (3) „home treatment“, (4) „assertive community treatment“ und (5) „intensive case management“ datenbankspezifisch kombiniert. Ergänzt wurde die Datenbankrecherche durch eine freie Handrecherche in den Verlagen Huber- und Thieme. Dort wurden gezielt nach deutschsprachiger Literatur gesucht. In einem gestuften Selektionsverfahren (s. Abbildung 1.) wurden die Studien anhand der Ein- und Ausschlussfaktoren kategorisiert, ex- oder inkludiert.

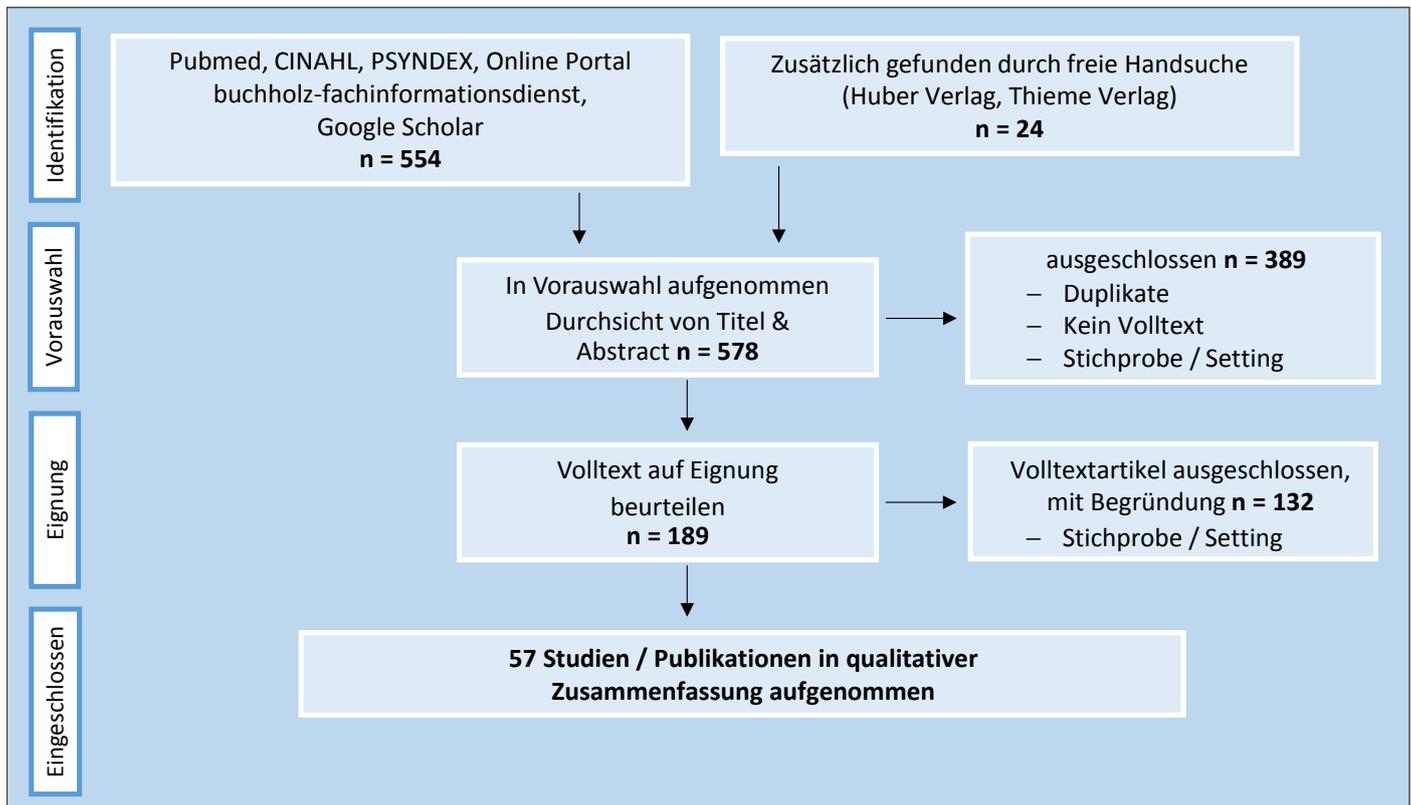


Abbildung 1: PRISMA Flussdiagramm zur Beschreibung der unterschiedlichen Phasen einer systematischen Übersicht (in Anlehnung an Moher, Liberati, Tetzlauff & Altman, 2009)

(d) Datenextraktion

Die Datenextraktion orientierte sich übergeordnet an den ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen der Gemeindepesychiatrie. Diese wurden anschließend in die Studiendesigns kategorisiert. Relevante Studien wurden durch folgende vier Charakteristika aufgeführt:

- (1) Autor | Jahr | Land | Teilnehmerzahl
- (2) Population
- (3) Intervention vs. Kontrollbehandlung (einschließlich Dauer und Frequenz)
- (4) Endpunkte von aufsuchenden Settings in der Gemeindepesychiatrie (Signifikante Gruppenunterschiede)

Ergebnisse

Insgesamt konnten mittels des Evidence Mapping 57 Erhebungen zu ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepesychiatrie generiert werden. Diese schlüsseln sich wie folgt auf: Home Treatment (HT) 22 Erhebungen, Assertive Community Treatment (ACT) 14 Erhebungen, Multisystemic Therapy (MST) 7 Erhebungen, Intensives Case Management (ICM) 6 Erhebungen und alternative intensive aufsuchende psychiatrische Behandlungen 8 Erhebungen. Unter Berücksichtigung der initialen Länder konnte folgende Aufschlüsselung vorgenommen werden: UK England (17), DE Deutschland (14), USA Amerika (8), NL Niederlande (7), CH Schweiz (4), AUT Austria (2), SWE Schweden (1), IND Indien (1), CAN Canada (1), NOR Norwegen (1), DNK Dänemark (1). Die Zeitspanne der Erhebungen erstreckt sich von 1971 bis 2019. Die 57 Erhebungen haben unterschiedliche Forschungsdesigns, welche sich wie folgt differenzieren: kontrollierte Studien (21), randomisiert kontrollierte Studien (23), Studien im Eingruppen prä-post Design (5), qualitative Designs (5) und Reviews (3).

Höchster Erkenntnisgewinn zu HT und ACT (n=36)

Zusammenfassend ist deutlich zu erkennen, dass in Großbritannien der größte Erkenntnisgewinn zum Thema multiprofessionelle Behandlungsformen von psychiatrischen, ambulanten und aufsuchenden Formen (HT und ACT) besteht. Die Erhebungen bevorzugten hauptsächlich ein quantitatives Design, welches die Wirksamkeit der aufsuchenden Formen explorierte. Inhaltliche signifikante Gruppenunterschiede konnten eindeutig eruiert werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld eine wirksame und kosteneffektive Alternative zum bestehenden stationären Angebot darstellt. Die Behandlungstage konnten eindeutig reduziert [2, 4, 9, 11, 14, 16, 18, 20, 23, 28, 30, 31, 36, 37, 49, 52, 55, 57, 59, 60, 65, 68, 70] und der Wiederaufnahme konnte entgegen gewirkt [2, 31, 49, 57, 59, 60, 66, 67, 68] werden. Zusätzlich konnte die Patientenzufriedenheit erhöht [1, 15, 22, 26, 48] und die Kosten geringfügig reduziert [5, 16, 20, 28, 32, 34, 36, 37, 40, 44, 56, 59] werden.

Qualitative Erhebungen (n=5)

Die fünf qualitativen Studiendesigns konnten insgesamt n=193 Probanden generieren. Die Ergebnisse geben Hinweise, dass eine schnelle und kontinuierliche Betreuung eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung zum Betroffenen fördert [13, 33, 42, 47]. Angehörige betonen die emotionale Entlastung [33, 47] und die Erhöhung der Zufriedenheit [1, 16, 23, 28, 51]. Die Bedeutung der Kontinuität und der Beziehungsgestaltung fördern das zwischenmenschliche Vertrauen und dadurch die Therapiemotivation [19, 39, 51].

Keine einheitliche Definition von Home Treatment

Aus der nationalen Evidenzlage ist ersichtlich, dass keine einheitliche Definition von Home Treatment vorliegt. Durch die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung wurden Modellprojekte initiiert, welche unterschiedlichen Namensgebungen vorweisen (s. Abbildung 1).

	Autor Jahr Land Teilnehmerzahl	Population	Intervention vs. Kontrollintervention inkl. Dauer, Frequenz	Endpunkte von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie *Signifikante Gruppenunterschiede
Intensives Home Treatment (HT)				
<i>Randomisierte kontrollierte Studien</i>				
1	Stulz et al. 2019 [65] CH n=707	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen	Home Treatment (HT) (24h in 7days) vs. Care as usual	*Reduzierung der Krankenhauseinweisung nach 24 Monaten (30%) *keine Unterschiede bei Patientenzufriedenheit, klinische & soziale Ergebnisse
2	Johnson et al. 2005 [30] UK n=260	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Home Treatment (HT) (24h in 7days) vs. Care as usual	*Reduzierung der Krankenhauseinweisung *Erhöhung der Patientenzufriedenheit
3	Boege et al. 2015 [5] DE n=100	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen	Hot BITs Behandlung (Home Treatment - 12 weeks) vs. Care as usual	*kostengünstigere Alternative
4	Klug et al. 2010 [36] AUT n=60	Ältere Personen mit einer Major Depression (age 65 or older)	Home Treatment (HT) (1-2 contacts per week, In crisis situations up to 4 contacts per week in 1 Jahre) vs. Care as usual	*Reduzierung der depressiven Symptomatik *Reduzierung der Gesamtkosten *Reduzierung der psychiatrischen Krankenhauskosten
5	Boege et al. 2015 [6] DE n=92	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (age 5-17)	Verkürzte stationäre Behandlung mit anschließendem Home Treatment und verbunden mit Klinikbehandlungselementen vs. Care as usual	*HT ist effektiver bei Jugendlichen, als bei Kindern *HT ist effektiver bei Jungen mit externalisierenden Störungsbildern, als bei Mädchen
6	Cornelis et al. 2018 [15] NL n=n.a.	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Intensive Home Treatment (IHT) (24h in 7 days) vs. Care as usual (ambulante Versorgung mit geringer Intensität)	*Ergebnisse werden aktuell erhoben
<i>Kontrollierte Studien</i>				
7	Muskens et al. 2019 [54] NL n=112	Jugendliche mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen (age 11-18)	intensiv home treatment (IHT) (24h in 2 weeks) vs. Care as usual	*50% Symptomabnahme nach vier Monaten
8	Möttelie et al. 2018 [48] CH n=201	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Home Treatment (HT) (24h in 7 days) vs. care as usual	*Es wurden mehr Frauen, mit einem höheren Bildungsstand und einer affektiven Störung zu Hause betreut *Verbesserung des Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
9	Bechdolf et al. 2011 [3] DE n=106	Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (age 18-65)	integrative psychiatrische Behandlung (IPB=HT) vs. Care as usual	*Stichprobenvergleich: Pat. meistens weiblich & älter *vergleichbare Behandlungsergebnisse
10	Kilian et al. 2016 [34] DE n=116	Patienten mit einer psychotischen Störung (age 18 or older)	Home Treatment HT (24h in 7 days) vs. Treatment as usual	*HT ist kostengünstiger
11	Barker et al. 2011 [2] UK n=1266	Personen mit psychischen Erkrankungen	Crisis resolution and home treatment (CRHT) (24h/7, ca. 3 weeks)	*Rückgang von psychiatrischen Einweisungen *Reduzierung der Krankenhaustage *Verbesserung der Behandlung und hohe Zufriedenheit durch CRHT
12	Fenton et al. 1979 [20] USA n=155	Personen mit einer schizophrenen oder bipolaren Störung (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungskosten & Behandlungstage *Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus *Klinische Verbesserung + Patientenzufriedenheit gleich gut
13	Langsley et al. 1971 [37] USA n=247	Personen mit einer schweren schizophrenen Störung (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungskosten & Behandlungstage
14	Pai et al. 1983 [56] IND n=54	Erste schizophrene Episode (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungskosten
15	Hoult et al. 1984 [28] AUT n=100	Personen mit einer Schizophrenie (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungskosten & Behandlungstage *Verbesserung der klinischen Besserung, sozialen Funktionsniveau & Patientenzufriedenheit
16	Mujen et al. 1992 [53] UK n=120	Personen mit einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungstage
17	Dean et al. 1993 [16] UK n=124	Personen mit einer schweren, psychischen Episode (age 18-60)	Home Treatment (24h/7) vs. Treatment as usual (Krankenhaus)	*Reduzierung der Behandlungskosten & Behandlungstage *Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus & Patientenzufriedenheit *Klinische Verbesserung gleichbleibend

Tabelle 1: Klinische Erhebungen zu ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie (Kloos, 2021)

	Autor Jahr Land Teilnehmerzahl	Population	Intervention vs. Kontrollintervention inkl. Dauer, Frequenz	Endpunkte von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie *Signifikante Gruppenunterschiede
<i>Studien im Eingruppen prä-post Design</i>				
18	Weinmann et al. 2019 [68] DE n=83	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Home Treatment (HT) zusammen mit intensiver ambulanter Behandlung (IAB) als Modellprojekt „FlexiTeam“ (24h in 7 days) vs. Care as usual	*keine signifikante Reduktion der (teil-) stationären Verweildauer *signifikante Reduktion sowohl der (teil-) stationären Wiederaufnahmerate als auch der Verweildauer im 6- und 12-Monats-Follow-up
19	Pauli et al. 2016 [57] CH n=34	Kinder und Jugendliche mit einer Essstörung	Essstörungenstörungsspezifisches Home Treatment für Essstörungen vs. Care as usual	*Reduzierung der Wiederaufnahme *Erhöhung von BMI, Reduzierung der Pathologie
<i>Qualitatives Design - halbstandardisierte Interviews</i>				
20	Khalifeh et al. 2015 [33] UK n=35	Weibliche Patienten, die in den letzten 18 Monaten von einem CRT Team behandelt worden sind und mindestens ein minderjähriges Kind haben + dazugehörige Kinder (age 12-18)	Home Treatment durch CRT Teams	Erfahrung der Mutter: *Individueller und bedürfnisorientierter Umgang, Gefühl von Sicherheit *Schwierigkeiten bei der Versorgung der Kinder in der akuten Krise *Mangel emotionaler Verbundenheit zum Kind Erfahrung der Kinder: *schlechte Kommunikation zwischen Kind und Eltern *Übernahme der emotionalen Verantwortung Behandlungspräferenzen: Sicherheit zu Hause vs. Überforderung (Balanceakt) Mütter bevorzugen Behandlung zu Hause vs. Kind bevorzugen die stationäre Aufnahme (emotionale Entlastung)
21	Carpenter et al. 2015 [13] UK n=10	Betroffene	Home treatment teams (HTTs)	*schneller, zugänglicher und krisenorientierter Ansatz *Negativ: wechselnde Mitarbeiter & Terminzeiten
<i>Review</i>				
22	Gühne et al. 2011 [23] DE n=4	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen	Darstellung der Evidenz zur Wirksamkeit der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home Treatment, HT)	*Reduzierung der stationären Behandlungstage *Reduzierung der Behandlungsabbrüche *Höhere Patienten- und Angehörigenzufriedenheit *Höhere Kosteneffektivität
Assertive Community Treatment (ACT) <i>Randomisierte kontrollierte Studien</i>				
23	Drummond et al. 2017 [19] UK n=94	Alkoholabhängigkeit (age 18 and older)	Assertive Community Treatment (ACT) (mind. 1 Kontakt pro Woche in 1 Jahr) vs. Treatment as usual	*Höhere Behandlungsbeteiligung *Nach 12 Monaten hatte die ACT Gruppe eine höhere Rückfallquote *Die ACT-Gruppe hatte einen höheren Prozentsatz an Tagen Abstinenz, aber eine niedrigere Lebensqualität nach 6 Monaten. *Die ACT-Gruppe hatte weniger ungeplante Gesundheitsnutzung als TAU.
24	Stobbe et al. 2014 [63] NL n=62	Ältere Personen mit einer psychischen Erkrankung (age 60 and older)	Assertive Community Treatment (ACT) (mind. 1 Kontakt pro Woche in 1 Jahr) vs. Treatment as usual	*Keine signifikanten Gruppenunterschiede
25	Aubry et al. 2019 [1] CAN n=201	Menschen mit einer psychischen Erkrankung, zeitgleicher Obdachlosigkeit, die in einer kleinen Stadt leben (age 18 or older)	Housing First (HF) with assertive community treatment (ACT) vs. Treatment as usual	*Obdachlosigkeit wird frühzeitig verhindert *Verbesserung der Symptomatik, Lebensqualität, Gefühl von Zugehörigkeit und bessere, wahrgenommene Genesung.
26	Sytema et al. 2007 [62] NL n=118	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen (age 18-65)	assertive community treatment vs. standard community mental health care	*Aufrechterhaltung der Beziehung *keine signifikanten Unterschiede
27	Monroe-DeVita et al. 2018 [50] USA n=101	Personen mit einer schizophrenen Erkrankung oder einer bipolaren Störung (mean age 43)	ACT + IMR (Illness Management and Recovery, 24h/7) vs. standard ACT services	*Positive Tendenzen zur Verbesserung der Genesung
<i>Kontrollierte Studien</i>				
28	Thoegersen et al. 2019 [66] DE n=366	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Assertive Community Treatment (ACT) vs. Treatment as usual	*Reduzierung der Wiederaufnahme *höhere Medikamenten Adhärenz
29	Karow et al. 2019 [32] DE n=214	Personen mit einer schizophrenen Erkrankung oder einer bipolaren Störung (age 18-65)	Integrated Care with Therapeutic Assertive Community Treatment (IC-TACT) (24h in 7days - Team members were highly educated psychosis experts consisting of a consultant psychiatrist, psychiatrists, psychologists, and nurses, all of which received training in cognitive behavioral (CBT), dynamic, and/or family psychotherapy) vs. Treatment as usual	*Reduzierung der Gesamtkosten *Behandlungsergebnisse sind effektiver

Fortsetzung Tabelle 1: Klinische Erhebungen zu ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie (Kloos, 2021)

	Autor Jahr Land Teilnehmerzahl	Population	Intervention vs. Kontrollintervention inkl. Dauer, Frequenz	Endpunkte von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie *Signifikante Gruppenunterschiede
30	de Jong et al. 2019 [44] NL n=113	Personen mit einer wahnhaften Störung (age 18 and older)	intensive multimodal group programme FACT Plus (weekly for 9 months) vs. Care as usual (Flexible Assertive Community Treatment FACT)	*Reduzierung der Gesamtkosten durch FACT Plus *keine Zwangsaufnahme im Vergleich zu FACT
31	Killaspy et al. 2006 [35] UK n=251	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen (age 18-65)	assertive community treatment team vs. community mental health team	*Keine signifikanten Unterschiede
32	Müller et al. 2015 [52] DE n=26	Patienten mit F1, F2 und F3 sensu ICD-10, mit psychotischen Symptomen	Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment (IV Vertrag) vs. Treatment as usual (TAU)	*Reduzierung der Krankenhaustage *Verbesserung der Symptomatik, des psychosozialen Funktionsniveaus und des Engagements des Patienten für die Behandlung

Studien im Eingruppen prä-post Design

33	Clausen et al. 2016 [14] NOR n=142	Menschen mit und ohne Substitution	Assertive Community Treatment (ACT) with patients with and without problematic substance use	*Reduzierung der Behandlungstage
34	Schöttle et al. 2019 [60] DE n=171	Patienten mit SMI (age 18-65)	Assertive Community Treatment (ACT) vs. Treatment as usual	*Verbesserung des Schweregrads *Reduzierung der Wiederaufnahme
35	Wullschleger et al. 2018 [70] DE n=302	Patienten mit SMI (age 18-65)	ACT, Crisis Resolution Team (CRT), Clinical Case Managment (flexibler, individueller Einsatz unterschiedlicher Modelle) (24h/7 in 4 Jahren)	*Reduzierung der Behandlungstage *Reduzierung der Aufnahme durch PsychKG *Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (außer Psychose Patienten)

Qualitatives Design - Grounded Theory

36	Leiphart et al. 2005 [39] USA n=n.a.	n.a.	Assertive Community Treatment (ACT)	*Bedeutung der Beziehungsgestaltung *Vertrauen + Zugehörigkeit = fördert Therapiemotivation
----	---	------	-------------------------------------	--

Multisystemic Therapy (MST) - intensive, familien- und gemeindenahere Interventionen

Randomisierte kontrollierte Studien

37	Timmons- Mitchell et al. 2006 [67] USA n=93	Jugendliche Straftäter, die von einer Unterbringung bedroht sind und ihre Familien (mean age 15,1)	MST vs. Treatment as usual (TAU)	*Reduzierung der Wiederverhaftung
38	Letourneau et al. 2009 [40] USA n=127	Jugendliche Sexualstraftäter und ihre Familien (age 11-17)	MST vs. Treatment as usual (TAU)	*Gemeinschaftliche und familienorientierte Interventionen waren wirksamer *Hohe Behandlungstreue mit wöchentlicher Aufsicht und MST-Betreuer vor Ort *MST ist kostengünstiger
39	Borduin et al. 2009 [7] USA n=48	Jugendliche Sexualstraftäter und ihre Familien (mean age 14)	MST vs. Cognitive-behavioural therapy and individual treatment through juvenile cour	*70% weniger Verhaftungen für alle Verbrechen *Reduzierung der „eingesperrten Tage in in Einrichtungen“ *Hohe Behandlungstreue durch direkte Aufsicht *MST ist kostengünstiger
40	Butler et al. 2011 [12] UK n=108	Jugendliche Straftäter und ihre Familien (age 13-17)	MST vs. Individual treatment by Youth offending team (YOT)	*Reduzierung der Straftaten *Reduzierung der psychiatrischen Symptomatik
41	Sundell et al. 2008 [61] SWE n=156	Jugendliche mit Verhaltensstörung und ihre Familien (age 12-17)	MST vs. Treatment as usual (TAU)	*Keine signifikanten Unterschiede
42	Weiss et al. 2013 [69] USA n=164	Jugendliche mit schwerwiegenden Verhaltensprobleme und ihre Familien (age 11-18)	MST vs. Treatment as usual (TAU)	*Reduzierung der psychiatrischen Symptomatik
43	Nobel et al. 2019 [55] NL n=73	Kinder und Jugendliche mit ADHD	home-based behavioral parent training for school-aged children with attention- deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and behavior problems vs. Care as usual	*Verbesserung der Verhaltensstörung

	Autor Jahr Land Teilnehmerzahl	Population	Intervention vs. Kontrollintervention inkl. Dauer, Frequenz	Endpunkte von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie *Signifikante Gruppenunterschiede
--	---	------------	--	--

Intensives Case Management (ICM - Kombination aus Assertive Community Treatment (ACT) und Case Management (CM))*Randomisierte kontrollierte Studien*

44	Burns et al. 1999 [10] UK n=708	Menschen mit einer psychotischen Symptomatik	Standard case management (355 patients, case load 30-35 per case manager) vs. intensive case management (353 patients, case load 10-15 per case manager)	*Keine signifikanten Unterschiede
----	--	--	--	-----------------------------------

Kontrollierte Studien

45	Brewer et al. 2015 [9] UK n=120	Jugendliche mit einer ersten psychotischen Episode (age 15-24)	Intensive case management vs. Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) programme (treatment as usual)	*Intensives Fallmanagement verbessert die psychopathologischen und psychosozialen Ergebnisse bei Hochrisikopatienten *Reduzierung der Risikobewertungen, Zulassungen, Betttage und Krisenkontakte
46	Morandi et al. 2017 [49] CH n=30	Menschen mit schweren psychischen und Substanzstörungen	Intensive Case Management for Addiction (ICMA)	*Rückgang der Aufnahme in stationären Notaufnahmen *Verbesserung der Behandlungstreue, klinischer Status, soziale Funktion, sowie die Substanzaufnahme und die Häufigkeit der Anwendung
47	MacNeil Vroomen et al. 2015 [41] NL n=521	Menschen mit Demenz	Intensive case management vs. No case management	*Verbesserung der Lebensqualität

Reviews

48	Dieterich et al. 2015 [18] UK n=196	Personen mit schweren, psychischen Erkrankungen (age 18-65)	ICM (kleine Falllast (weniger als 20) vs. kein ICM (Falllast größer als 20) und Standardpflege	*Reduzierung der Krankenhaustage *Wenig oder keine Veränderung der Todesfälle durch Suizid
49	Burns et al. 2007 [10] UK n=29	Personen mit schweren, psychischen Erkrankungen (age 18-65)	Intensive case management compared with standard care or low intensity case management	*Reduzierung der Krankenhaustage *Kein Effekt, wenn der Betroffene sich kaum in stationärer Behandlung befindet

Alternative ambulante psychiatrische Akutbehandlung*Randomisierte kontrollierte Studien*

50	Harrison et al. 2003 [25] UK n=165	Personen mit psychischen Erkrankung	Tagesklinik vs. Stationäre Behandlung mit anschließender häuslicher Behandlung	*Unklare Kostenverteilung *Patienten in stationärer Behandlung haben eine höhere Symptomschwere
51	Bertelsen et al. 2008 [4] DNK n=547	Personen mit einer ersten psychotischen Episode	Two years of an intensive early-intervention program (assertive community treatment, family involvement and social skills training) (Mo - Fr., Sa. - So. Telefon) vs. Standard treatment	*Intervention war für 2 Jahre nachhaltig, Rückläufe nach 5 Jahren *Reduzierung der Krankenhaustage
52	Johnson et al. 2018 [31] UK n=441	Personen mit schweren, akuten, psychischen Erkrankungen (age 40)	peer-supported self-management intervention by crisis resolution teams (CRTs) (24/7) vs. Care as usual	*Reduzierung der stationären Wiederaufnahme
53	Roos et al. 2018 [59] NOR n=41	Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung (SMI) (mean age 42)	community residential aftercare units (CRA, 24h/7) vs. Treatment as usual (TAU)	*Reduzierung der Kosten *Reduzierung der stationären Wiederaufnahme

Kontrollierte Studien

54	Mueller-Stierlin et al. 2017 [51] DE n=511	F20 bis F69 and F91 - F94 of the ICD-10 (age 18-80)	NWpG-IC (included provision of community-based multi-professional teams, psychiatric case management, crisis intervention by means of home treatment or crisis beds in non-hospital settings, and family-oriented psychoeducation) vs. Treatment as usual (TAU)	*Verbesserung der Patientenzufriedenheit und Behandlungsbeteiligung
55	Mattejat et al. 2001 [43] DE n=68	Kinder und Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen (mean age 11)	Häusliche Behandlung (HT, nicht näher angegeben) vs. Treatment as usual	*Verbesserung der Symptomatik nach mehreren Jahren *positive Tendenzen zur häuslichen Behandlung

Qualitatives Design - halbstandardisierte Interviews

56	Magez et al. 2018 [42] DE n=40	Personen mit schweren, akuten psychischen Erkrankungen (age 23-60)	Versorgung psychisch erkrankter Patienten im NetzWerk psychische Gesundheit (24/7)	*Bedürfnisorientiertheit, 24-Stunden-Erreichbarkeit per Telefon, der Einbezug von Angehörigen sowie auch aufsuchende Betreuung wurden als relevant für die eigene Versorgung erlebt.
57	Morant et al. 2017 [47] UK n=108	Betroffene, Pflegekräfte und Führungskräfte	Crisis resolution teams (CRTs) (24/7)	*Schnelle u. kontinuierliche Betreuung durch flexible Hausbesuche *Emotionale Unterstützung

SWE Schweden (1) UK England (17), DE Deutschland (14), NL Niederlande (7), US Amerika (8), CH Schweiz (4), IND Indien (1), AUT Austria (2), CAN Canada (1), NOR Norwegen (1), DNK Dänemark (1)

*Weitere signifikante Ergebnisse und qualitative Wirkfaktoren bestehen zur sektorenübergreifenden Behandlung. Diese wurde nicht in die Darstellung inkludiert.

Fortsetzung Tabelle 1: Klinische Erhebungen zu ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie (Kloos, 2021)

Diskussion

Das Evidence Mapping ist eine Methodik, die eine umfassende Darstellung des Umfangs und der Verteilung von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie bietet und dadurch eine Momentaufnahme der aktuellen Evidenz darstellt. Dieser Artikel beschreibt den Prozess der Erstellung eines Evidence Mappings und generiert ein umfassendes Bild zur aktuellen Versorgungsforschung in der Gemeindepsychiatrie.

Das Mapping verdeutlicht, dass die Evidenzlage zur Behandlung im häuslichen Umfeld von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren rasant an Erkenntnissen dazu gewonnen hat. Die aktuelle Evidenz zeigt eindeutig die signifikanten Endpunkte im Sinne von Wirksamkeit und Effektivität (s. Tabelle 1.) von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen. Trotz der umfassenden Recherche wird deutlich, dass die wissenschaftliche Betrachtung noch immer weit hinter der epidemiologischen Bedeutung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zurück liegt. Wesentliche Forschungsdesiderate konnten immer noch nicht geschlossen werden. Zum subjektiven Erleben, der Identifizierung von Wirkfaktoren und der Rolle der Pflege durch ambulante und aufsuchende Behandlungsformen ist national und international kaum Primärliteratur vorhanden.

Das Mapping unterstützt bei der Suche nach wirksamen Endpunkten von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen bei schweren psychischen Erkrankungen und hilft bei der Suche nach Evidenzlücken. Zukünftige Forschungsvorhaben sollten die aktuelle Evidenz verifizieren und operationalisieren. Aufgrund der moderaten qualitativen Datenlage sollten zukünftig qualitative Forschungsmethoden herangezogen werden, die eine optimale Ergänzung der quantitativen Datenlage ermöglicht.

Darüber hinaus wird erwartet, dass mittels weiterer Forschungsvorhaben, neue Erkenntnisse generiert werden könnten. Einen besonders hohen Stellenwert sollte die Betroffenen- und Angehörigenperspektive einnehmen. Durch narrative Interviews oder episodisches Wissen könnten die Betroffenen zu ihrem subjektiven Wissen, der persönlichen Erfahrungen und eine Einschätzung zu ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen vornehmen. Durch die erzählgenerierenden Erhebungsformen könnten die Betroffenen von persönlichen Schlüsselmomenten berichten. Durch vertieftes Wissen könnte das aktuelle Wissen zu Begriffen und dessen Beziehung in den Zusammenhang gebracht werden.

Erwartet wird auch, dass neu gewonnene Forschungserkenntnisse die Etablierung und den Ausbau von ambulanter und aufsuchender Behandlung in der psychiatrischen Versorgungspraxis fördern. Insgesamt machen differenzierte nationale und internationale Rahmenbedingungen einen Vergleich oder die Übertragung von Forschungsergebnissen schwierig. Zusätzlich besteht im nationalen Kontext kein einheitliches Verständnis von ambulanter psychiatrischer Pflege oder Home Treatment. Dies wird durch das Evidence Mapping deutlich. Auffällig war, dass keine einheitliche Definition von ambulanter psychiatrischer Pflege oder Home Treatment verwendet wurde. In der Anwendung von ambulanter und aufsuchender Behandlung in der Gemeindepsychiatrie hat jedes Modellprojekt einen individuellen Namen (ACT, HT, IPB, AAP) [23]. Der Umfang, die Intensivität und die Aufgaben des Behandlungsteams hatte dadurch eine starke Varianz. Durch unterschiedliche Finanzierungsmodelle, unterscheidet sich die ambulante psychiatrische Behandlung von Bundesland zu Bundesland. Dadurch entstehen im Volksmund, als auch in Fachkreisen Diskrepanzen und Missverständnisse in Wort und Tat.

Forderung nach einheitlichem Verständnis von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie

Durch eine patientenzentrierte Versorgungsforschung und dem tendenziell steigenden Erkenntnisgewinn steigen die Popularität und das Interesse an der bestehenden Thematik. Durch die Aufbereitung der Thematik könnte das psychiatrische Interesse der klinischen Einrichtungen gefördert und erweitert werden. Die generierten Ergebnisse könnten auch zu einer Konkretisierung der Begrifflichkeiten führen, die ein einheitliches Verständnis der unterschiedlichen Behandlungsformen zur Folge hätte. Auch würde eine Konsensbildung die Vergleichbarkeit fördern und Diskrepanzen reduzieren. Zukünftige Modellprojekte sollten sich folglich am aktuellen Stand der Versorgungsforschung orientieren. Spricht man in Fachkreisen über die Behandlungsform HT, sollte auch eine 24/7 krisenbetonte Akutbehandlung im häuslichen Umfeld durchgeführt werden.

Vorstellbar wäre auch, dass durch die schwache qualitative Evidenzlage, neue Erkenntnisse generiert werden könnten. Denkbar wäre eine genaue Analyse des Interaktionsverhaltens zwischen dem Betroffenen und dem multiprofessionellen Behandlungsteam. Weitere Erhebungen könnten die subjektive Sichtweise des Betroffenen abbilden und hypothetisch komplexe psychische Zusammenhänge erläutern. Das Mapping gibt Hinweise, dass eine vertrauensvolle Haltung und die Beziehungsgestaltung zum Betroffenen einen zentralen Stellenwert in der ambulanten und aufsuchenden Behandlung einnehmen [13, 33, 42, 47]. Zusätzlich wird die emotionale Entlastung und die Kontinuität zur Bezugsperson erwähnt [33, 47]. Durch diese Hinweise, könnten weitere Wirkfaktoren oder spezifische Merkmale der Behandlung im häuslichen Umfeld abgeleitet werden. Zukünftige Befragungen der Betroffenen ermöglichen eine realitätsnahe und authentische Einschätzung. Durch die gewonnen Erkenntnisse könnte eine praxisbezogene Sensibilisierung erfolgen, die die Erfahrungen, Empfindungen und Wahrnehmungen aus der Betroffenenperspektive exploriert. Eine genaue Betrachtung im Gesamtprozess könnte den zentralen Stellenwert der psychiatrischen Pflege oder des Behandlungsteams verdeutlichen.

Fazit für die Praxis

Das vorliegende Evidence Map erstellt einen vollständigen und unverzerrten Rahmen der aktuellen nationalen und internationalen Evidenzlage von ambulanten und aufsuchenden Behandlungsformen in der Gemeindepsychiatrie. Dieser Gesamtüberblick ermöglicht die Identifizierung von Forschungsdesideraten und das Ableiten von weiteren Forschungsvorhaben. Zukünftige Erhebungen könnten durch qualitative Designs einen Perspektivwechsel vornehmen und authentische, sowie realitätsnahe Aussagen generieren. Es liefert wertvolle Hinweise für die psychiatrische Versorgungspraxis und sollte zukünftige Anreize für weitere Forschungsvorhaben fördern.

Literaturangaben

- [1] Aubry, T., Bourque, J., Goering, P., Crouse, S., Veldhuizen, S., LeBlanc, S., Cherner, R., Bourque, P.E., Pakzad, S. & Bradshaw, C. (2019). A randomized controlled trial of the effectiveness of Housing First in a small Canadian City. *BMC Public Health*, 19(1),1154. DOI: 10.1186/s12889-019-7492-8.
- [2] Barker, V., Taylor, M., Kader, M. & Stewart, K. (2011). Impact of crisis resolution and home treatment services on user experience and admission to psychiatric hospital. *The Psychiatrist*, 35(3),106-110. DOI: <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.031344>
- [3] Bechdolf, A., Skutta, M. & Horn, A. (2011). Clinical Effectiveness of Home Treatment as Compared to Inpatient Treatment at the Alexianer Hospital Krefeld Germany. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 79(1), 26-31. DOI: 10.1055/s-0029-1245595
- [4] Bertelsen, M. (2008). Five-year Follow-Up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs. Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness: The OPUS Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(7), 762-71.
- [5] Boege, I., Corpus, N., Schepker, R., Kilian, R. & Fegert, JM., (2015). Cost-effectiveness of intensive home treatment enhanced by inpatient treatment elements in child and adolescent psychiatry in Germany: A randomised trial. *Eur Psychiatry*, 30(5), 583-9. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.009.
- [6] Boege, I., Mayer, L., Muche, R., Corpus, N., Schepker, R. & Fegert, J. (2015). Home treatment – insbesondere für expansive Jungen? Alters- und geschlechtsspezifische Wirksamkeit von Home treatment bei internalisierenden vs. externalisierenden Störungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 161-171. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000351>.
- [7] Borduin, CM., Schaeffer, CM. & Heiblum, N. A. (2009). randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *J Consult Clin Psychol*, 77, 26–37. DOI:10.1037/a0013035
- [8] Bragge, P., Clavisi, O., Turner, T., Tavender, E., Collie, A. & Gruen, R. (2011). The Global Evidence Mapping Initiative: Scoping research in broad topic areas. , 11(1), 92–0. doi:10.1186/1471-2288-11-92
- [9] Brewer, W., Lambert, T., Witt, K., Dileo, J., Duff, A., Crlenjak, S., McGorry, P. & Murphy, P. (2015). Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes. *Lancet Psychiatry*, 2(1), 29-37. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00127-8
- [10] Burns, T. Creed, F., Fahy, T., Thompson, S., Tyrer, P. & White, I. (1999). Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *The Lancet* 353, 9171(26), 2185-2189. DOI:10.1016/S0140-6736(98)12191-8
- [11] Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A. & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *Cite BMJ*, 335, 336. DOI: 10.1136/bmj.39251.599259.55
- [12] Butler, S., Baruch, G. & Hickey, N. (2011). A randomized controlled trial of multisystemic therapy and a statutory therapeutic intervention for young offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50,1220–1235. DOI:10.1016/j.jaac.2011.09.017
- [13] Carpenter, D. & Tracy, D. (2015). Home treatment teams: what should they do? a qualitative study of patient opinions. *Journal of mental health*, 24(4). DOI:10.3109/09638237.2015.1019046
- [14] Clausen, H., Ruud, T., Odden, S., Benth, J., Heiervang, J., Stuen, H., Killaspy, H., Drake, A. & Landheim, A. (2016). Hospitalisation of severely mentally ill patients with and without problematic substance use before and during Assertive Community Treatment: an observational cohort study. *BMC Psychiatry*, 16, 125. DOI:10.1186/s12888-016-0826-5
- [15] Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Ruhl, N., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A. & Blankers, M. (2018). Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BM C Psychiatry*,18, 55.
- [16] Dean, C., Phillips, J. & Gadd, EM. (1993) Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *Br J Psychiatry*, 307, 473–476.
- [17] DGPPN. (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (2. Auflage). Springer Verlag. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-020l_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf
- [18] Dieterich, M., Irving C., Bergman, H., Khokhar, M., Park, B. & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database*. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3
- [19] Drummond, C., Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Parrott, S., Rose, A., Sinclair, J. & Coulton, S. (2017). Assertive Community Treatment For People With Alcohol Dependence: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Alcohol Alcohol*, 52(2), 234-241. DOI: 10.1093/alcalc/agw091.
- [20] Fenton, F., Tessier, L. & Struening, EL. (1979). A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 36,1073–1079.
- [21] Gilbert, H., Burns, T., Copello, A., Coulton, S., Crawford, M., Day, E., Deluca, P., Godfrey, C., Parrott, S., Rose, AK., Sinclair, JM., Wright, C. & Drummond, C. (2012). Assertive Community Treatment for alcohol dependence (ACTAD): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 20,13-19. DOI: 10.1186/1745-6215-13-19.
- [22] Granholm, D., Holden, L., Sommerfeld, D., Rufener, C., Perivoliotis, D., Mueser, K. & Aarons, A.(2015). Enhancing assertive community treatment with cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 438.
- [23] Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Atav, E., Becker, T. & Riedel-Heller, S. (2011). Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland Home Treatment: Systematic Review and Implementation in Germany. *Psychiatr Prax*, 38, 114–122. DOI:10.1055/s-0030-1248598
- [24] Hammel, K., Carpenter, C. & Dyck, I. (2000). *Using Qualitative Research. A practical introduction for occupational and physical therapists*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- [25] Harrison, J., Marshall, S., Marshall, P., Marshall, P. & Creed, J. (2003). Day Hospital vs. Home Treatment – A Comparison of Illness Severity and Costs. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38,541–546.
- [26] Hemkendreis, B., & Haßlinger, V. (2014). *Ambulante Psychiatrische Pflege (1. Auflage)*. Bern: Psychiatrie Verlag.
- [27] Hetrick, S., Parker, A., Callahan, P., & Purcell, R. (2010). Evidence mapping: illustrating an emerging methodology to improve evidence-based practice in youth mental health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16,1025–1030.
- [28] Hoult, J. & Rosen, ARI. (1984). Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Soc Sci Med*, 18,1005–1010.
- [29] Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor (1. Auflage)*. Heidelberg: Springer Medizin.
- [30] Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S., Sandor, A., Hoult, J., McKenzie, N., White, I., Thompson, M. & Bebbington, P. (2005). Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. *BMJ*, 331(7517), 599. DOI:10.1136/bmj.38519.678148.8F
- [31] Johnson, S., Lamb, D., Larston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Ambler, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, A., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., Lean, M., Pilling, S., Morant, N. & Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet*, 392(10145), 409–418. DOI:10.1016/S0140-6736(18)31470-3
- [32] Karow, A., Brettschneider, C., Helmut König, H., Correll, CU., Schöttle, D., Lüdecke, D., Rohenkohl, A., Ruppelt, F., Kraft, V., Gallinat, J. & Lambert, M. (2019). Better care for less money: cost-effectiveness of integrated care in multi-episode patients with severe psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. DOI: 10.1111/acps.13139.
- [33] Khalifeh, H., Murgatroyd, C., Freeman, M., Johnson, S. & Killaspy, H. (2015). Home Treatment as an Alternative to Hospital Admission for Mothers in a Mental Health Crisis: A Qualitative Study. DOI:10.1176/ps.2009.60.5.634
- [34] Kilian, R., Becker, T. & Frasch, K. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of home treatment compared with inpatient care for patients with acute mental disorders in a rural catchment area in Germany. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 22(2), 81–86.
- [35] Killaspy, J., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. & King, M. (2006). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332, 815. DOI:10.1136/bmj.38773.518322.7C

- [36] Klug, G., Hermann, G., Fuchs-Nieder, B., Panzer, M., Haider-Stipacek, A., Zapotoczky, HG. & Priebe, S. (2010). Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 197, 463–467. DOI:10.1192/bjp.bp.110.083121
- [37] Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K (1971) Avoiding mental hospital admission: a follow-up study. *Am J Psychiatry*, 127–1391.
- [38] Lecardeur, L., Meunier-Cussac, S. & Dollfus, S. (2018). Mobile Intensive Care Unit: A Case Management Team Dedicated to Early Psychosis in France. *Early Interv Psychiatry*, 12(5), 995–999. DOI: 10.1111/eip.12674
- [39] Leiphart, L. R., & Barnes, M. G. (2005). The client experience of assertive community treatment: A qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28, 395–397.
- [40] Letourneau, E.J., Henggeler, SW. & Borduin, CM. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *J Family Psychology*, 23, 89–102. DOI:10.1037/a0014352
- [41] MacNeil Vroomen, J., Bosmans, J., van de Ven, P., Joling, K., van Mierlo, L., Meiland, F., Moll van Charante, E., van Hout, H. & de Rooij, S. (2015). Community-dwelling Patients With Dementia and Their Informal Caregivers With and Without Case Management: 2-year Outcomes of a Pragmatic. *Trial J Am Med Dir Assoc*, 16(9), 800,1-8. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.06.011
- [42] Magez, J., Ruppert, D., Valentini, J., Stegbauer, C. & Götz, K. (2018). „Die Krücke steht in der Ecke...“ – Erfahrungen psychisch kranker Menschen in einem Versorgungsmodell der ambulanten sektorenübergreifenden vernetzten Versorgung Playlist. Eine qualitative Studie *Psychiatrische Praxis*, 45(07), 359 – 366. DOI: 10.1055/s-0043-107472
- [43] Mattejat, F., Hirt, R., Wilken, J., Schmidt, M. & Remschmidt, M. (2001). Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *Eur Child Adolesc Psychiatry-Clinical Trial*.
- [44] de Jong, I., Mark, H., Wierdsma, R., Van Gool, J. & Mulder, A. (2019). An intensive multimodal group programme for patients with psychotic disorders at risk of rehospitalization: a controlled intervention study. *BMC Psychiatry*, 19, 241. DOI:10.1186/s12888-019-2229-x
- [45] Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken*. 8. Auflage. Stuttgart: UTB.
- [46] Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med*, 151(4), 264–269.
- [47] Morant, N., Lloyd-Evans, B., Lamb, D., Fullarton, M., Brown, E., Paterson, B., Istead, H., Kelly, K., Hindle, D., Fahmy, S., Henderson, C., Mason, O. & Johnson, S. (2017). Crisis resolution and home treatment: stakeholders' views on critical ingredients and implementation in England. *BMC Psychiatry*, 17, 254.
- [48] Mötteli, S., Schori, D., Schmidt, H., Seifritz, E. & Jäger, M. (2018). Utilization and Effectiveness of Home Treatment for People With Acute Severe Mental Illness: A Propensity-Score Matching Analysis of 19 Months of Observation. *Front Psychiatry*, 9, 495. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00495
- [49] Morandi, S., Silva, B. & Bonsack, C. (2017). Intensive Case Management for Addiction to Promote Engagement With Care of People With Severe Mental and Substance Use Disorders: An Observational Study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 12(1), 26. DOI: 10.1186/s13011-017-0111-8.
- [50] Monroe-DeVita, M., Morse, G., Mueser, K., McHugo, G., Xie, H., Hallgren, K., Peterson, R., Miller, J., Akiba, C., York, M., Gingerich, S. & Stiles, B. (2018). Implementing Illness Management and Recovery Within Assertive Community Treatment: A Pilot Trial of Feasibility and Effectiveness. *Psychiatr Serv*, 69(5), 562–571. DOI:10.1176/appi.ps.201700124
- [51] Mueller-Stierlin, AS., Helmbrecht, MJ. & Herder, K. (2017). Does one size really fit all? The effectiveness of a non-diagnosis-specific integrated mental health care program in Germany in a prospective, parallel-group controlled multi-centre trial. *BMC Psychiatry*, 17, 283.
- [52] Müller, H., Haag, I., Jessen, F., Kim, E., Klaus, J., Konkol, C. & Bechdolf, A. (2016). Kognitive Verhaltenstherapie und Assertive Community Treatment reduzieren die Anzahl stationärer Tage und verlängern die Zeit bis zu einer stationären Aufnahme bei schweren psychotischen Störungen. *Fortschritte der Neurologie*, 84(02), 76 – 82. DOI: 10.1055/s-0042-102055
- [53] Mujen, M., Marks, IM. & Connolly, J. (1992) The daily living programme: preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *Br J Psychiatry*, 160, 379–384.
- [54] Muskens, B., Herpers, C. M., Hilderink, C., van Deurzen, P., Buitelaar, J. & Staal, W. (2019). Intensive home treatment for adolescents in psychiatric crisis. *BMC Psychiatry*, 19, 412. DOI:10.1186/s12888-019-2407-x
- [55] Nobel, E., Pieter, J., Hoekstra, J., Brunnekreef, A., Dieneke, H., Messink-de Vries, B., Fischerm, P., Emmelkamp, M. & van den Hoofdakker, M. (2019). Home-based parent training for school-aged children with attention-deficit/hyperactivity disorder and behavior problems with remaining impairing disruptive behaviors after routine treatment: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. DOI:10.1007/s00787-019-01375-9
- [56] Pai, S. & Lapur, RL. (1983). Evaluation of home care treatment for schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*, 67,80–88.
- [57] Pauli, D., Hilti, N. & Schrärer, C. (2016). Hometreatment bei Jugendlichen mit Essstörungen. Deutsche Gesellschaft für Essstörungen e.V. (DGESS). 5. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen. Essen, 03.-05.03.2016. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House. DOI: 10.3205/16dgress017
- [58] Richter, B. & Hahn, S. (2009). Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese. *Pflege*, 22, 129–142. DOI:10.1024/1012 – 5302.22.2.129
- [59] Roos, E., Bjerkeset, O. & Steinsbekk, A. (2018). Health care utilization and cost after discharge from a mental health hospital; an RCT comparing community residential aftercare and treatment as usual. *BMC Psychiatry*, 18, 363. DOI:10.1186/s12888-018-1941-2
- [60] Schöttle, D., Ruppelt, F., Schimmelmann, BG., Karow, A., Bussopulos, A., Gallinat, J., Wiedemann, K., Luedecke, D., Rohenkohl, AC., Huber, CG., Bock, T. & Lambert, M. (2019). Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Front Psychiatry*, 10, 736. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00736.
- [61] Sundell, K., Hansson, K. & Löfholm, CA. (2008). The transportability of multisystemic therapy to Sweden: short-term results from a randomized trial of conduct-disordered youths. *Journal of Family Psychology*, 22, 550–560. DOI:10.1037/a0012790
- [62] Sytma, S., Wunderink, L., Bloemers, W., Roorda, L., & Wiersma, D. (2007). Assertive community treatment in the Netherlands: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 105–112.
- [63] Stobbe, J., Wierdsma, AI., Kok, RM., Kroon, H., Roosenschoon, BJ., Depla, M. & Mulder, CL. (2014). The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 42. DOI:10.1186/1471-244X-14-42.
- [64] Stengler, K., Riedel-Heller, S., Gühne, U. & Becker, T. (2015). Gemeindepsychiatrische Versorgung. *Thieme* (9): 113-128
- [65] Stulz, N., Wyder, L., Maeck, L., Hilpert, M, Lerzer, H., Zander, E., Kawohl, W., Grosse Holtforth, M., Schnyder, U. & Hepp, U. (2019).. Home treatment for acute mental healthcare: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 13,1-8. DOI:10.1192/bjp.2019.31
- [66] Thoegersen, MH., Morthorst, BR. & Nordentoft, M. (2019). Assertive community treatment versus standard treatment for severely mentally ill patients in Denmark: a quasi-experimental trial. *Nord J Psychiatry*, 73(2),149-158. DOI: 10.1080/08039488.2019.1576765.
- [67] Timmons-Mitchell, J., Bender, MB., Kishna, MA. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 35, 227–236. DOI:10.1207/s15374424jccp3502_6
- [68] Weinmann, S., Wiedmann, S., Breidert, T., Bohe, M., Peiffer, J., Rosenberger, E. & Bechdolf, A. (2019). Clinical Effectiveness of “FlexiTeam” (Home Treatment and Intensive Outpatient Treatment) – Comparison of a Model Project According to § 64b in Berlin with Inpatient Treatment-as-Usual. *Psychiatr Prax*, 46(05), 249-255. DOI:10.1055/a-0881-1124
- [69] Weiss, B., Han, S. & Harris, V. (2013). An independent randomized clinical trial of multisystemic therapy with non-court-referred adolescents with serious conduct problems. *J Consult Clin Psychol*, 81,1027–1039. DOI:10.1037/a0033928
- [70] Wullschleger, A., Berg, J., BERPpohl, F. & Montag, C. (2018). Can „Model Projects of Need-Adapted Care“ Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures?. *Front Psychiatry*, 1(9),168. DOI:10.3389/fpsy.2018.00168.
- [71] Ziegler, A., Antes, G. & König, R. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *Dtsch Med Wochenschr*, 136: e9–e15. DOI 10.1055/s-0031-1272978