



Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie



RECOVER: Manual 4

Crisis Resolution Team (CRT)

Strukturen, Interventionen und Qualitätssicherung

©Herausgeber: Prof. Dr. Martin Lambert, Dipl. Psych. Vivien Kraft

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Gefördert durch



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Impressum

Dieses Manual wurde im Original auf Deutsch veröffentlicht von Prof. Dr. Martin Lambert, Arbeitsbereich Psychosen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland, Tel.: +49 (0) 40 7410 - 24041 | Fax: +49 (0) 40 7410 - 52229 | Mail: lambert@uke.de

Ko-Autoren des Manuals sind (in alphabetischer Reihenfolge):

Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Prof. Dr. Anne Karow

Dipl. Psych. Vivien Kraft

Dr. Daniel Schöttle

aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Layout: C. Hottendorff (UKE)

Das Manual wurde als Teil von RECOVER erstellt. RECOVER ist das Synonym für ein neues Versorgungsmodell für Menschen mit psychischen Erkrankungen. RECOVER umfasst eine sektorenübergreifend-koordinierte, schweregradgestufte und evidenzbasierte Versorgung. RECOVER wird von 2017 bis 2020 durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gefördert.

Wir danken:

Frau Dr. Brynmor Lloyd-Evans, Division of Psychiatry, University College London, London, UK für die Genehmigung der Übersetzung der CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale Version 2.

Frau B.Sc. Anne Wüstner, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die Übersetzung der CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale in die deutsche Sprache.

Referenz für die CORE Skala:

Developed by Brynmor Lloyd-Evans, Sonia Johnson and the CORE Research Group. The CORE CRT Fidelity Scale constitutes independent research funded by the NIHR under its Programme Grants for Applied Research programme (Reference Number: RP-PG-0109–10078).

Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, Nolan F, Henderson C, Mason O, Goater N, Kelly K, Ambler G, Morant N, Onyett S, Lamb D, Fahmy S, Brown E, Paterson B, Sweeney A, Hindle D, Fullarton K, Frerichs J, Johnson S. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. BMC Psychiatry. 2016; 16(1): 427.

Enquiries to Brynmor Lloyd Evans – Division of Psychiatry, University College London. The CORE Programme is managed by Camden and Islington NHS Foundation Trust and University College London. Please do not use or adapt without permission from the developers.

Abkürzungsverzeichnis

ACT	– Assertive Community Treatment
CMHT	– Community Mental Health Teams
CRHT	– Crisis Resolution Home Treatment
CRHTT	– Crisis Resolution Home Treatment Team
CRT	– Crisis Resolution Team
EIS	– Early Intervention Services
FACT	– Flexible Assertive Community Treatment
ICM	– Intensive Case Management
OECD	– Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PsychVVG	– Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
RACT	– Ressource Group Assertive Community Treatment
RS	– Recovery Services
TACT	– Therapeutic Assertive Community Treatment

Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Interessierte,

Im Jahre 2016 hat die Bundesregierung mit den §§ 39 und 115d für die aktuell etwa 450 psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit regionaler Versorgungsverpflichtung die rechtlichen Grundlagen für eine „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete, multiprofessionelle Behandlungsteams“ geschaffen.

Das evidenzbasierte Behandlungsmodell bzw. das Team, welches eine solche stationsäquivalente Akutbehandlung im häuslichen Umfeld umfasst, wird als **Crisis Resolution Team (CRT)** oder **Crisis Resolution Home Treatment Team (CRHTT)** bezeichnet.

Das vorliegende Manual beinhaltet eine praktische Anleitung zur evidenzbasierten Implementierung von Crisis Resolution Teams (CRTs) in Deutschland inklusive Strukturen, Interventionen und Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung beinhaltet auch die deutsche Version der CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale Version 2, eine Qualitätssicherungsskala speziell für CRTs, die erstmals in die deutsche Sprache übersetzt wurde.

Das Manual soll Kliniken und Klinikern helfen, die stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld evidenzbasiert in das bestehende deutsche Versorgungssystem zu integrieren. Damit wird ein

Maximum an Effektivität und Effizienz erzeugt und die Sicherheit von Klienten, Angehörigen und Mitarbeitern gewährleistet.

Zur besseren Übersichtlichkeit wurde das Manual in einige wesentliche Abschnitte unterteilt: Gesetzliche Grundlagen, Definition von Crisis Resolution Teams (CRTs), Vorteile der Behandlung durch CRTs im Vergleich zur stationären Akutbehandlung, Charakteristika der Hauptzielgruppe und deren Versorgungssituation, Effektivität und Effizienz von CRTs, Indikationen und Kontraindikationen, Strukturen und Interventionen von CRTs, Information, Fortbildung und Training, sowie Qualitätssicherung.

Wir hoffen mit diesem Manual eine Hilfestellung geben zu können, um das deutsche Versorgungssystem für psychisch Kranke und ihre Familien und insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen evidenzbasierter, gemeindenaher und weniger stigmatisierend zu gestalten.

Die Autoren

Prof. Dr. Martin Lambert

Prof. Dr. Jürgen Gallinat

Prof. Dr. Anne Karow

Dipl. Psych. Vivien Kraft

Dr. Daniel Schöttle



Inhalt

Vorwort	5
1. Kapitel: Gesetzliche Grundlagen	8
2. Kapitel: Definition von Crisis Resolution Teams (CRT)	10
3. Kapitel: Vorteile von CRT	12
4. Kapitel: Charakteristika & Versorgungssituation der Hauptzielgruppe	14
5. Kapitel: Effektivität und Effizienz von CRT	17
6. Kapitel: Indikationen und Kontraindikationen für CRT	19
6.1. Indikationen	19
6.2. Kontraindikationen	19
7. Kapitel: Strukturen und Intervention von Crisis Resolution Teams	22
7.1. Strukturen	22
7.1.1. Implementierung in Klinik und Versorgungssektor	22
7.1.2. Population und Anzahl gleichzeitig zu versorgender Klienten	24
7.1.3. Der Projektmanager	24
7.1.4. Größe der CRTs und Arbeitsstrukturierung	25
7.1.5. Zusammensetzung von CRTs	25
7.1.6. Aufgaben der verschiedenen Professionen	25
7.1.7. Strukturelle Rahmenbedingungen	26
7.1.7.1. Klinische Rahmenbedingungen	27
7.1.7.2. Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagement	27
7.1.8. Schnittstellenmanagement	28
7.1.8.1. Zentrale Notaufnahme	28
7.1.8.2. Akutstationen	28
7.1.8.3. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)	29
7.1.8.4. Early Intervention Services (EIS)	29
7.1.8.5. Assertive Community Treatment (ACT) Teams	30
7.1.8.6. Andere ambulante und rehabilitative Leistungsanbieter	30

7.2. Interventionen	31
7.2.1. Das CRT-Board	31
7.2.2. Überweisung und Aufnahme	32
7.2.3. Der Untersuchungsprozess	32
7.2.3.1. Vorinformationen	32
7.2.3.2. Planung der Untersuchung	33
7.2.3.3. Durchführung und Inhalt der psychiatrischen Untersuchung	33
7.2.3.4. Durchführung und Inhalt der somatischen Untersuchung	35
7.2.4. Die Entscheidung für eine stationäre Aufnahme	36
7.2.5. Behandlung	37
7.2.5.1. Behandlungsplan und -ablauf	37
7.2.5.2. Management von Risiken	37
7.2.5.3. Management von Symptomen	38
7.2.5.4. Praktische psychosoziale Interventionen	42
7.2.5.5. Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Netzwerk	43
7.2.5.6. Förderung von Therapieinanspruchnahme und Adhärenz	45
7.2.5.7. Förderung von Gesundheit (Recovery)	47
7.2.5.8. Prävention zukünftiger Krisen	48
7.2.5.9. Entlassung aus der Crisis Resolution Behandlung	48
 8. Kapitel: Information, Fortbildung, Training	 49
8.1. Information	49
8.2. Fortbildung	49
8.3. Training	49
 9. Kapitel: Qualitätssicherung	 51
9.1. Strukturen, Interventionen und Prozesse	51
9.2. Ergebnisse	52
 Literatur	 53

Gesetzliche Grundlagen

§ 115d

2016 hat die Bundesregierung das Gesetz zur „Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) verabschiedet. Das Gesetz zielt auf die „Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen ab. Ziel ist es, die sektorenübergreifende Behandlung in der psychiatrischen Versorgung zu fördern sowie die Transparenz und die Leistungsorientierung der Vergütung zu verbessern“ (Gesetzesentwurf der Bundesregierung, 2016).

Zur Erweiterung des Akutbehandlungsangebotes für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Angehörigen wurde der Paragraph § 39 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wie folgt geändert: „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, **stationsäquivalent**, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht“.

Die stationsäquivalente Behandlung wurde wie folgt definiert: „Die stationsäquivalente Behandlung umfasst eine psychiatrische Behandlung während akuter Krankheitsphasen im häuslichen Umfeld durch mobile ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.“

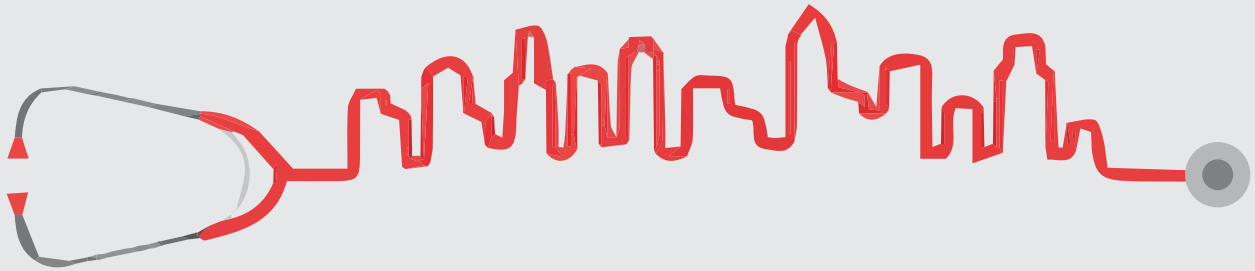
Im neu geschaffenen § 115d wird die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung genauer

definiert. Dort heißt es: „Psychiatrische Krankenhäuser mit regionaler Versorgungs Verpflichtung sowie Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungs Verpflichtung können in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen anstelle einer vollstationären Behandlung eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die erforderlichen Ärzte und nichtärztlichen Fachkräfte und die notwendigen Einrichtungen für eine stationsäquivalente Behandlung bei Bedarf zur Verfügung stehen. In geeigneten Fällen, insbesondere, wenn dies der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kann das Krankenhaus an der ambulanten psychiatrischen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer oder ein anderes zur Erbringung der stationsäquivalenten Behandlung berechtigtes Krankenhaus mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragen.“

Weiter heißt es im Gesetz: „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bis zum 30. Juni 2017:

- die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass für die stations-äquivalente psychiatrische Behandlung die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dokumentiert wird,
- die Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung,
- die Anforderungen an die Beauftragung von an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmenden Leistungserbringern oder anderen, zur Erbringung der stations-äquivalenten Behandlung berechtigten Krankenhäusern,
- Grundsätze für den Abbau nicht mehr erforderlicher Betten nach § 109 Absatz 1 Satz 6 aufgrund der Durchführung der stations-äquivalenten Behandlung.“

Definition von Crisis Resolution Teams (CRT)



Mit den Ergänzungen des § 39 und der Einführung des § 115d wurden die Voraussetzungen zur Implementierung einer **stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld** geschaffen.

Diese kann in „medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt, in akuten Krankheitsphasen...“ angewendet werden. Diese Kriterien verdeutlichen, dass es sich im Kern um eine stationsäquivalente **Akutbehandlung** im häuslichen Umfeld handelt.

Im Sinne der evidenzbasierten Medizin stellt sich damit die Frage, **welches Behandlungsmodell zur Akutbehandlung im häuslichen Umfeld die größte Evidenz aufweist**. Diese Frage ist von zentraler Bedeutung, weil

- ein evidentestes Behandlungsmodell eine größtmögliche Effektivität und zumeist auch Effizienz aufweist,
- es über etablierte Qualitätsindikatoren verfügt, die eine qualitätsgesicherte Implementierung, Zertifizierung, Auditierung, Leistungsdokumentation und Begutachtung erlauben,
- es im Bereich der Akutbehandlung im häuslichen die größtmögliche Sicherheit von Klienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen, sowie Behandlern gewährleistet.

Aufgrund der häufigen Verwendung, muss zunächst klargestellt werden, dass der Begriff des **Home Treatment** im heutigen Sinne **keine stationsäquivalente aufsuchende Akutbehandlung** mehr umfasst. Der Begriff des Home Treatment wurde in den 60er bis 80er Jahre zur Beschreibung erster aufsuchender Akutbehandlungsmodelle verwendet (Johnson & Thornicroft 2008), unterscheidet sich aber in zwei zentralen Komponenten von heutigen Formen: (1) Breitere Indikation bzgl. des Krisenschweregrads (und damit der Indikation zur stationären Behandlung) und (2) längerfristige Behandlung auch über die Akutbehandlung hinaus.

Wichtig ist zudem, dass evidenzbasierte aufsuchende Behandlungsmodelle sich nicht gegenseitig ausschließen, sondern nebeneinander bestehen und miteinander verzahnt sind (OECD 2014; Lambert et al. in Druck). Beispielsweise bewertete die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) die Qualität der Versorgung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in den OECD Ländern anhand des parallelen Bestehens von Early Intervention Services (EIS), Crisis Resolution Home Treatment Teams (CRHT), Assertive Community Treatment Teams (ACT) und sog. Recovery Services (RS) (OECD 2014).

Das Behandlungsmodell, welches eine stationsäquivalente Akutbehandlung im häuslichen Umfeld umfasst, wird am ehesten als **Crisis Resolution Team**

(CRT) oder **Crisis Resolution Home Treatment Team (CRHT oder CRHTT)** bezeichnet (McGlynn 2006, Smyth et al. 2008, Sjølie et al. 2010, Johnson 2013, Murphy et al. 2015, Wheeler et al. 2015, Paton et al. 2016). Nachfolgend wird der Begriff **Crisis Resolution Team (CRT)** verwendet.

Synonym zu CRT werden u. a. auch die Begriffe „Crisis Intervention Team“, „Crisis Assessment and Home Treatment Team“ oder „Intensive Home Treatment Team“ verwendet (Johnson & Thornicroft 2008, Paton et al. 2016). Wichtig ist aber, dass die Indikation für CRT im Gegensatz zu den meisten anderen Synonymen nicht ein weites Spektrum psychischer Krisen umfasst, sondern nur die mit Indikation zur stationären Akutbehandlung (Smyth et al. 2008, Johnson 2013).

Definition und Kernkomponente von Crisis Resolution Teams sind (Johnson & Needle 2008, Paton e:

Definition: Fachärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team mit der Aufgabe einer zeitlich begrenzten Akutbehandlung im häuslichen Umfeld für Klienten in akuten Krankheitsphasen einer psychischen Erkrankung.

CRTs haben folgende **Kernkomponenten**:

- sie arbeiten multiprofessionell,
- sie haben nur die Aufgabe der häuslichen Krisenintervention,
- sie sind einfach erreichbar, reagieren schnell auf Überweisungen und akzeptieren Überweisungen von allen Ressourcen,
- sie stehen 24 Stunden täglich an 7 Tagen der Woche zur Krisenintervention bereit,
- sie haben eine „Gatekeeping“-Funktion für alle stationären Akutaufnahmen,
- sie behandeln Klienten unabhängig von Diagnose, Erkrankungsphase und Behandlungsstatus,

- sie bieten eine intensive Krisenintervention über einen kurzen Zeitraum,
- sie stehen in engem Kontakt mit den Klienten und anderen Bezugspersonen (etwa einmal pro Schicht),
- sie bieten pharmakologische, psychologische, soziale, somatische Behandlungen bzw. koordinieren diese,
- sie behandeln solange bis die Krise beendet bzw. der Klient stabilisiert ist,
- sie sichern die Weiterbehandlung der Klienten und
- sie stehen für erneute Kriseninterventionen bereit.

Auch wenn es strukturelle und inhaltliche Überschneidungen gibt, wird CRT von längerfristigen, ebenfalls teambasierten, aufsuchend-nachgehenden Behandlungsmodellen speziell für schwere psychische Erkrankungen abgegrenzt. Hierzu gehören v. a. Assertive Community Treatment (ACT; Marshall & Lockwood 2011) mit seinen Varianten Flexible Assertive Community Treatment (FACT; Nugter et al. 2015, Lexén & Svensson 2016), Therapeutic Assertive Community Treatment (TACT; Lambert et al. 2015, 2016) und Ressource Group Assertive Community Treatment (RACT; Nordén et al. 2012) oder Intensive Case Management (ICM; Dieterich et al. 2010).

Wichtig ist auch, dass Crisis Resolution Teams zwar häufig von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen genutzt werden, die Akutbehandlung durch CRTs aber **nicht auf Menschen mit schweren psychischen Störungen begrenzt** ist. Crisis Resolution Teams behandeln Klienten mit psychischen Krisen / Notfällen, unabhängig davon, ob schon eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde (Ersterkrankung) und unabhängig von der Art der psychischen Erkrankung (diagnose-übergreifend) (Paton et al. 2016). Damit erhalten Crisis Resolution Teams eine wichtige Erstuntersuchungs-, Gate-Keeping und Weitervermittlungsfunktion.

Vorteile von CRT



Aus der Literatur lassen sich eine ganze Reihe von Vorteilen der CRT Behandlung gegenüber der stationären Akutbehandlung zusammenfassen (Johnson et al. 2008, Smyth et al. 2008, Murphy et al. 2015, Paton et al. 2016). Diese Vorteile sind nicht alle auf höchstem wissenschaftlichen Niveau in randomisiert-kontrollierten Studien nachgewiesen, stellen aber die Summe von langjährigen Erfahrungen mit diesem Behandlungsmodell dar (Smyth et al. 2008, Sjølie et al. 2010, Winness et al. 2010, Lloyd-Evans et al. 2014, Klevan et al. 2016):

- Möglichkeit von aufsuchendem Erstkontakt, Engagement und Krisenintervention für erkrankte und bis dato unbehandelte Personen;
- Möglichkeit der Akutbehandlung auch für Klienten, die eine stationäre Behandlung ablehnen;
- Möglichkeit der niederschweligen Inanspruchnahme (durch Professionelle oder durch Klienten oder Angehörige selbst);
- Möglichkeit der Verhinderung von klinischer Verschlechterung und sozialer Eskalation durch 24h/tgl. Erreichbarkeit und schneller Reaktion, auch bei neuen Klienten;
- Flexiblere Interventionen (24h/tgl., Dauer der Einzelintervention, Ort der Intervention);
- Verbessertes Verständnis über Psychopathologie, soziale Probleme, Kultur, Bedürfnisse und Schwierigkeiten durch Behandlung im häuslichen Umfeld;
- Der Kontext der Behandlung im häuslichen Umfeld verändert das Machtverhältnis zwischen Professionellen und Klienten (und Angehörigen) und erhöht die Sensitivität von Professionellen bzgl. den Bedürfnissen von Klienten;
- Regelmäßige Unterstützung, Beratung und Psychoedukation von im häuslichen Umfeld lebenden Angehörigen (Partner, Kinder, etc.);
- Verminderung von Stigmatisierung durch Krisenbewältigung im eigenen Lebensumfeld und Verhinderung von sozialer Eskalation;
- Höhere Qualität der Akutbehandlung durch Qualitätssicherungskriterien, Training, Erfahrung, sowie engmaschiger Inter- und Supervision des multiprofessionellen Crisis Resolution Teams;
- Vermeidung von stationärer Akutbehandlung;
- Frühzeitige Entlassung und damit Verkürzung stationärer Akutbehandlung;
- Verbesserung des Schnittstellenmanagements (v.a. stationär-ambulant, ambulant-stationär, aber auch zwischen ambulanten Versorgungsformen);

- Reduktion von Zwangseinweisungen;
- Verminderung des Gesamtbehandlungsabbruchs und der medikamentösen Non-Adhärenz (Risikopeak direkt nach stationärer Akutbehandlung);
- Verbesserung des Erlernens von persönlicher Krisenbewältigung im eigenen Lebensumfeld und damit Unterbrechung des Kreislaufs der stationären Drehtürpsychiatrie;
- Höhere Zufriedenheit von Klienten, Angehörigen, Betreuern und anderen Professionellen, v. a. durch schnellere, individuellere und höherqualitative Behandlung und Unterstützung, Einbezug von Angehörigen, etc.;
- Höhere Zufriedenheit von Mitarbeitern (v. a. auf Akutstationen);
- Niedrigere Kosten bezogen auf direkte Kosten einzelner Krisen und pro Jahr;
- Bessere Effizienz.

Charakteristika & Versorgungssituation der Hauptzielgruppe



Für eine erfolgreiche Implementierung von Crisis Resolution Teams ist es äußerst wichtig alle wesentlichen **Charakteristika der hauptsächlichen Nutzer** zu kennen sowie deren aktuelle Versorgungssituation.

Die wissenschaftliche Ausgangslage ist, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen die Mehrzahl aller Zwangseinweisungen und psychiatrischen Krisen und Notfälle mit Indikation zur stationären Behandlung ausmachen (Lambert et al. in Druck). Dies hat den Grund, dass sich diese Klienten häufig im Kreislauf der Drehtürpsychiatrie bewegen mit langer unbehandelter Erkrankung – Erkrankungsprogression – schlechtem Gesundheitsstatus bei Erstbehandlung – stationärer Behandlung – Rückfall – Erkrankungsprogression und erneuter stationärer Behandlung. Entsprechend sind alle intensiv-aufsuchenden Behandlungsmodelle eigentlich für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen konzipiert und erprobt (Dieterich et al. 2010, Marshall & Lockwood 2011; Murphy et al. 2015).

Eine schwere psychische Erkrankung ist im Kern durch das Bestehen einer psychischen Störung und eines schwer und dauerhaft reduzierten Funktionsniveaus definiert (Delespaul et al. 2013; Hedden et al. 2014). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung leiden in Deutschland 1% bis 2% aller Erwachsenen unter einer schweren psychischen Erkrankung, also

etwa 500.000 bis 1.000.000 Menschen (Gühne et al. 2015). Die 1-Jahresprävalenz bezogen auf alle Personen mit psychischen Erkrankungen liegt bei Erwachsenen bei 6% und bei Jugendlichen bei 8% (Bagalman & Napili 2015). Auch über die gesamte Lebensspanne sind jüngere Personen häufiger betroffen als ältere (Hedden et al. 2014). Frauen erkranken häufiger schwer als Männer (Hedden et al. 2014).

Das höchste Risiko schwer psychisch zu erkranken besteht bei psychotischen Störungen. Bei der Schizophrenie liegt das Risiko bei 90%, d.h. 9 von 10 Personen mit Schizophrenie werden oder sind schwer psychisch erkrankt (Delespaul et al. 2013). Bei Erstkontakt zum Versorgungssystem im Alter von durchschnittlich 15–25 Jahren werden 60% bis 70% der Klienten mit Schizophrenie diagnostiziert und erfüllen schon die Kriterien bzw. haben ein hohes Risiko für eine schwere psychische Erkrankung (Addington et al. 2015, Lambert et al. Epub ahead of print). Auch ein hohes Risiko besteht bei anderen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (60%) und bei der Bipolar I Störung oder schweren unipolaren Depressionen mit psychotischen Symptomen (40%). Weitere Risikogruppen sind Menschen mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (30%), Intelligenzminderung (30%) und Drogen-assoziierten Störungen (30%). Das Risiko, bei Alkohol-assoziierten Störungen, Angststörungen oder Depressionen schwer psychisch zu

erkranken, ist geringer (10%), allerdings sind diese Erkrankungen vergleichsweise häufig, so dass sie ebenfalls einen Teil der psychiatrischen Krisen/Notfälle ausmachen.

Bezogen auf 100% leiden 60% aller Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung unter einer psychotischen Störung, gefolgt von 40% mit vorwiegend emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, schweren, zumeist rezidivierenden Depressionen ohne psychotische Symptome, etc. (Delespaul et al. 2013).

Wichtig für die Akutbehandlung ist, dass diese Patienten neben diesen Haupterkrankungen häufig unter komorbiden psychischen Erkrankungen leiden. Diese können über die Verschlechterung der Haupterkrankung (z.B. Cannabismisbrauch bei Schizophrenie) oder selbst (z.B. Alkoholintoxikation) Krisen/Notfälle auslösen. Durchschnittlich bestehen bei 80% der Patienten etwa drei komorbide psychische Erkrankungen inklusive Suchtstörungen (60%) und anderen psychischen Erkrankungen (70%) (Lambert et al. 2015, 2016, in Druck).

Zudem weisen 80% der Klienten durchschnittlich zwei chronische somatische Erkrankungen auf (Lambert et al. eingereicht). Auch junge Patienten sind mit etwa 30% schon überzufällig häufig von chronischen somatischen Erkrankungen betroffen (Lambert et al. Epub ahead of print). Die Folge ist, dass Krisen auch durch körperliche Erkrankungen ausgelöst werden können (z.B. Medikamenteninteraktion) und in Krisen auch körperliche Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen, u.a. für Diagnostik, Medikation, Patientensicherheit, etc.

Weiterhin wichtig für die Krisenintervention ist der soziale Unterstützungsbedarf der Klienten. Dieser Bereich wird im ICD-10 unter Z00-Z99 kodiert und als „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ definiert (DIMDI 2016). Von besonderer Bedeutung sind hier die Be-

reiche Z55, Z56, Z59–Z65 sowie Z72 und Z73. Hier zeigen Daten bei schwer psychisch Kranken, dass nahezu alle Patienten mindestens einen Bereich aufweisen, indem eine soziale Unterstützung notwendig ist. Durchschnittlich haben sowohl junge als auch ältere Patienten z.B. mit schweren Psychosen etwa 6 Bereiche in denen es einer sozialen Intervention bedarf (Lambert et al. 2016). Einige dieser Bereiche sind direkt relevant für eine Krisenintervention (z.B. Obdachlosigkeit, Einkommen, Ernährung, fehlende soziale Unterstützung, etc.).

Neben den Nutzercharakteristika ist für die Implementierung von CRTs auch die

der Hauptnutzer von besonderer Bedeutung, also v.a. die der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Versorgungssituation ist v.a. deshalb relevant, da Zugang und Entlassung aus einer Crisis Resolution Behandlung strukturell geregelt sein müssen. Da insbesondere Entlassungen häufig schnell und ohne große Wartezeiten möglich sein müssen, wurden in anderen Ländern längerfristige evidenzbasierte Behandlungsmodelle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie z.B. Assertive Community Treatment neben CRT implementiert (Lambert et al. in Druck). Solche Modelle haben auch den Vorteil, dass nach Übergabe des Patienten an das ACT Team weitere Akutbehandlungen durch das Team selbst übernommen werden. Allerdings ist ACT oder seine Varianten Flexible Assertive Community Treatment (FACT; Nugter et al. 2015, Lexén & Svensson 2016), Ressource Group Assertive Community Treatment (Nordén et al. 2012) oder Therapeutic Assertive Community Treatment (TACT; Lambert et al. 2015, 2016) nur sehr vereinzelt in Deutschland implementiert. Entsprechend besteht bei der Implementierung von CRTs in Deutschland die Notwendigkeit, ein qualitätsgesichertes Entlassungsmanagement zu implementieren.

Das weitere Versorgungsangebot dieser Patienten besteht aktuell v.a. aus Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), niedergelassenen Psychiatern

Charakteristika & Versorgungssituation der Hauptzielgruppe

oder Integrierten Versorgungsprojekten. Die ambulante Psychotherapie eignet sich nicht zur alleinigen Weiterbehandlung, v.a. auch deshalb, weil schwere psychische Erkrankungen auch sonst nur 3–5% der Klienten in der ambulanten Psychotherapie ausmachen (Psychoreport DAK 2015) und entsprechend nicht genügend Erfahrung mit einer Postakutbehandlung besteht. Unabhängig von der Art der Weiterbehandlung verlangt CRT von dem weiterführenden Versorgungssystem ein hohes Maß an Flexibilität, v.a. durch die Notwendigkeit der Übernahme ohne Wartezeit und der Fortführung der biopsychosozialen Komplexbehandlung in der direkten Postakutphase.

Effektivität und Effizienz von CRT



Effektivität und ggf. Effizienz von CRTs sollten für folgende vier „Stadien“ bestehen (Sjølie et al. 2010, Toot et al. 2011, Murphy et al. 2015, Wheeler et al. 2015, Paton et al. 2016):

1. Zugang zu Krisenintervention zur Prävention von Kriseneskalation und Notfall: 24h / Tag, 7 Tage/Woche Krisenintervention für Personen in Krise zur Prävention von weiterer Kriseneskalation und der Entwicklung eines psychiatrischen Notfalls;
2. Sofortiger Zugang zu Krisenintervention und Notfallbehandlung: 24h / Tag, 7 Tage / Woche Behandlung von Krisen und Notfällen, identisch zur Versorgung somatischer Erkrankungen;
3. Effektivität und Effizienz von Behandlung in Krisen und Notfällen: Sichere, effektive und qualitätsgesicherte Behandlung von Krisen und Notfällen mit den Zielen der schnellen Stabilisierung und Gesundung (Effektivität) und einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis (Effizienz);
4. Förderung von Gesundung und Prävention zukünftiger Krisen: Interventionen zur Förderung von langfristiger Gesundung und Prävention zukünftiger Krisen.

Der aktuelle Stand der **Evidenz bezüglich der 4 Stadien** ist wie folgt:

Zu 1): Studien zu einer Vielzahl von psychischen Erkrankungen zeigen, dass Telefonbereitschaft und Triage (=Abklärung aller Klienten, die für eine stationäre Behandlung zugewiesen werden) zu einem schnellen Zugang, guten Überweisungsentscheidungen und minimaler Gefährdung führen. Allerdings liegen wenige Studien vor, die zeigen, dass diese beiden Krisenangebote zur Prävention von Kriseneskalation und der Entwicklung eines psychiatrischen Notfalls beitragen. Gleiches gilt auch für Training und Edukation von Hausärzten, Beratungsstellen, etc.

Zu 2): Bezüglich des sofortigen Zugangs zu Krisenintervention und Notfallbehandlung bewertet NICE (2011) folgende Maßnahmen als evident: (1) Zugang über Hotline, 24h täglich, 365 Tage im Jahr; (2) Möglichkeit der selbstständigen Inanspruchnahme durch Klienten, Angehörige, andere Bezugspersonen oder Professionelle (entsprechend ist die Informationsdistribution über Möglichkeiten der Inanspruchnahme wichtig, v.a. über Internet); (3) Vernetzung mit anderen professionellen und Selbsthilfeeinrichtungen aus dem Sektor; (4) Information, Fortbildung und Training für Professionelle und Selbsthilfeeinrichtungen.

Zu 3): CRT ist klinisch effektiv und effizient mit den Vorteilen der Verhinderung und Verkürzung stationärer Behandlung und einer größeren Zufriedenheit bei Klienten und Angehörigen gegenüber stationä-

Effektivität und Effizienz von CRT

rer Akutbehandlung. Allerdings wurde die Qualität der vorliegenden Studien nicht als hoch bewertet, da wenige randomisiert-kontrollierte Studien mit hoher Fallzahl vorliegen und eine große Implementierungsvariabilität der Behandlungsmodelle bezüglich Strukturen und Interventionen besteht. Zudem ist anzunehmen, dass Studien Klienten im höchsten Schweregradspektrum nicht eingeschlossen haben. In Kapitel 3 sind alle Vorteile zusammengefasst.

Zu 4): Bezüglich der Förderung von Gesundheit und Prävention zukünftiger Krisen wurden nicht nur Behandlungsmodelle betrachtet, sondern auch evidenzbasierte Interventionen innerhalb der Behandlungsmodelle. Als evident für eine längerfristige Gesundheit wurden folgende Interventionen bewertet: (1) Übergabe der Klienten an längerfristige intensive Behandlungsmodelle (z.B. Assertive Community Treatment (ACT)); (2) Pharmakotherapie; (3) kognitive Verhaltenstherapie; (4) Familieninterventionen; (5) dialektisch-behaviorale Therapie (DBT); (6) unterstützte Arbeit (engl. supported employment); (7) Erstellung von Krisenplänen.

Indikation und Kontraindikation für CRT



Eine möglichst genaue Indikationsstellung ist für Kliniken, Krankenkassen, Qualitätssicherung und Kontrollinstitutionen von wesentlicher Bedeutung. Der Gesetzestext im § 115d formuliert hierzu „in akuten Krankheitsphasen“, „wenn eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung vorliegt“. Im Sinne von CRTs geht es also um psychisch Erkrankte in akuten Krankheitsphasen, die ohne eine stationsäquivalente Akutbehandlung im häuslichen Umfeld stationär im Krankenhaus behandelt werden müssten.

Entsprechend ist es wichtig, eine „akute Krankheitsphase“, respektive eine „Indikation zur stationären Behandlung“ genauer zu definieren. In Ländern mit implementierten CRTs ist die Indikation bei sog. „psychischen Krisen“ gegeben. Diese definiert z.B. das Joint Commissioning Panel for Mental Health in England (2013) wie folgt: „Krisen bringen Klienten in Kontakt mit psychiatrischen Krisen- oder Notfallinstitutionen, z.B. bei einem Rückfall einer bestehenden psychischen Erkrankung. Die Krise beeinflusst wesentlich das Leben des Betroffenen und sein soziales Netzwerk“. Neben dieser Definition existieren aber auch noch viele weitere, z.B. subjektive Definitionen von Krise (z.B. durch Klienten selbst, die ihren mentalen Zustand selbst einschätzen), Risiko-fokussierte Definitionen (z.B. Risiko für Eigen- oder Fremdgefährdung) oder sog. „kollaborative“ Definitionen (z.B. gemeinsame Entscheidung von Klienten, Angehörigen und Professionellen).

Die schwerste Form der mentalen Krise wird als psychiatrischer Notfall bezeichnet, der einen unmittelbaren Handlungszwang zur Abwendung von Lebensgefahr oder von anderen schwerwiegenden Folgen mit sich bringt. In der Praxis kann CRT aber nicht auf psychiatrische Notfälle reduziert werden, da deren Kriterien häufig eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld kontraindizieren (z.B. Erregungszustände, Bewusstseinsstörungen, Intoxikationen). Darüber hinaus hängen die Indikationen und Kontraindikationen von CRTs u.a. von deren Ausgestaltung ab. Kontraindikationen sind zumeist relativ und beziehen sich v.a. auf die initiale Akutbehandlung.

6.1. Indikationen

- Alter ≥ 18 Jahren (außer es besteht eine Erweiterung auf KJP);
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung nach ICD-10-GM (DIMDI 2016);
- Bestehen einer akuten Krankheitsphase;
- Indikation zur stationären Aufnahme (z.B. Vorliegen einer fachärztlichen Einweisung);

6.2. Kontraindikationen

- Fehlende Indikation zur stationären Aufnahme;

Indikation und Kontraindication für CRT

- Akute Eigen- und /oder Fremdgefährdung, die eine sofortige Sicherung der Situation im Sinne eines psychiatrischen Notfalls bedingen;
- Akute oder schwere somatische Erkrankung(en), die eine Behandlung im Krankenhaus notwendig machen;
- Vorliegen einer gesetzlichen Unterbringung mit Anordnung einer stationären Behandlung.

Je nach Ausgestaltung der CRT-Modells, werden auch folgende Kontraindikationen genannt:

- Vorliegen einer organischen psychischen Störung (ICD-10-GM: Fo);
- Vorliegen einer primären Suchtstörung (ICD-10-GM: F1). Komorbide Suchtstörungen sind keine Kontraindikation.

Um die Arbeit von Crisis Resolution Teams auf die wesentliche Zielgruppe einzugrenzen, werden von anderen Autoren auch Ausschlusskriterien bzgl. der Fehlnutzung formuliert. Diese umfassen z. B. leichte oder mittelgradige Formen von psychischen Erkrankungen, u.a. leichte oder mittelgradige Angststörungen, Anpassungsstörungen oder Depressionen ohne Eigengefährdung, soziale Probleme ohne psychische Erkrankung oder Krisen, deren Behandlung durch die Regelversorgung geleistet werden kann.

Fallbeispiel Frau K.

Der diensthabende Arzt in der Notaufnahme ruft das CRT-Team hinzu, um die Behandlung einer Patientin mit bekannter Borderline-Störung zu besprechen. Die Patientin habe heute einen „riesigen Streit“ mit ihrem Chef gehabt, dieser habe sich „unmöglich“ verhalten. Dies habe sie so aus der Bahn geworfen, dass sie sich das Leben nehmen wolle. Auch habe sie sich oberflächlich selbst verletzt. Konkretere Gefährdungsaspekte können in der detaillierten Exploration nicht festgestellt werden. Gemeinsam mit dem CRT-Mitarbeiter und der Patientin wird besprochen, dass in dieser Situation eine

Unterstützung im häuslichen Umfeld sinnvoll ist, auch weil die Arbeitsplatzsituation geklärt werden muss und die Patientin eigentlich gern dort weiterarbeiten möchte. Die Patientin kann sich darauf einlassen, es wird ein Hausbesuch gemeinsam mit der Sozialarbeiterin für den Nachmittag verabredet und tägliche Besuche vereinbart. Die Patientin kann sich von akuter Suizidalität distanzieren und geht nach Hause. Der CRT-Mitarbeiter nimmt die Daten der Patientin auf das CRT-Board auf und wird die Patientin bei der nächsten Übergabe dem Team vorstellen.

Fallbeispiel Frau M.

Der niedergelassene Psychiater Herr Dr. H. meldet sich bei der CRT-Hotline: Seine langjährige Patientin Frau M. sei bei ihm, es gehe ihr schlecht. Sie leidet seit 20 Jahren an einer bipolaren Störung und aktuell besteht eine manisch-psychotische Symptomatik. Wohl ausgelöst durch einen Konflikt mit dem Ehemann verstrickt sie sich in Wahngedanken. Ihr Ehemann habe es auf sie abgesehen, mit ihm könne sie nicht weiter zusammenleben. Der Arzt berichtet, dass sie mit gepackten Koffern in seiner Praxis erschienen sei. Aufgrund der häuslichen Konflikte und dem Einbezug des Ehemannes in den Wahn, schlägt der Psychiater eine stationäre Aufnahme vor.

Der Mitarbeiter der Hotline nimmt alle notwendigen Daten in dem Überweisungsformular auf und bespricht den Fall dann mit dem in dieser Schicht für Aufnahmen zuständigen Mitarbeiter. Es wird entschieden, dass die Pat. zunächst stationär aufgenommen werden soll, mit der Perspektive sie schnellstmöglich in die CRT-Behandlung zu überführen, wenn der häusliche Konflikt gelöst werden kann. Nach Rücksprache mit der Station werden der niedergelassene Psychiater und die Patientin informiert, sie kann sofort zur Aufnahme auf die Station kommen.

Fallbeispiel Herr L.

Der Vater von Herrn L. meldet sich zunächst beim

Early Intervention Service, da er bei seinem Sohn seit Monaten zunehmende Veränderungen erlebe: Seit dem Abitur vor anderthalb Jahren habe er kaum etwas auf die Reihe gebracht, schlafe bis mittags und verbringe dann viel Zeit am PC. Er interessiere sich für kaum etwas, das sei früher ganz anders gewesen. Er habe seinen Sohn immer wieder darauf angesprochen, letzte Woche habe sein Sohn ihm dann schließlich erzählt, dass er eine Stimme höre, die sein Verhalten kommentiere und dass er glaube, es lohne nicht eine Ausbildung anzufangen, das System sich gegen ihn verschworen habe und das aktuelle Gesellschaftssystem ohnehin keinen langen Bestand mehr haben werde. Sein Sohn sei nicht bereit, in die Klinik zu einem Untersuchungstermin zu kommen.

Das EIS-Team informiert das CRT-Team über diesen Fall eines vermutlich erkrankten psychotischen Patienten. Der CRT-Mitarbeiter nimmt alle Informationen in dem Überweisungsformular auf und plant in Rücksprache mit dem Vater einen Hausbesuch gemeinsam mit dem CRT-Arzt um eine direkte diagnostische Einschätzung und ggf. medikamentöse Behandlung zu ermöglichen. Vor Ort wird dann die weitere Behandlung besprochen. Sollte sich herausstellen, dass es sich nicht um eine akute Krise handelt oder diese abklingen, so wird das EIS-Team die Behandlung übernehmen.

Strukturen und Intervention von Crisis Resolution Teams



Vergleichbar zu Early Intervention Services (NHS England 2016) oder ACT-Behandlungsmodellen (van Veldhuizen & Bähler 2013) existieren auch für die Implementierung von Crisis Resolution Teams zentrale Qualitätssicherungskriterien bezüglich Strukturen und Interventionen, die in Qualitätssicherungsskalen zusammengefasst werden (z.B. die Crisis Resolution Fidelity Checklist; Paton et al. 2016; siehe Kapitel 11). Diese Skalen ermöglichen einerseits eine möglichst evidenzbasierte Implementierung und andererseits eine fortlaufende Qualitätssicherung. Dies ist deshalb von besonderer Bedeutung, da zahlreiche Studien zu CRT gezeigt haben, dass eine große Variabilität (und Qualität) bzgl. der Implementierung besteht und die Einhaltung der Qualitätskriterien insbesondere für Effektivität und Effizienz sowie die Sicherheit von Klienten, Angehörigen und Mitarbeitern essentiell ist.

Im Kapitel 9 werden die Qualitätssicherungskriterien bezüglich Strukturen, Prozessen und Ergebnissen von CRTs zusammengefasst. Im Kapitel 11 befindet sich die deutsche Version der Crisis Resolution Fidelity Checklist (Lloyd-Evans et al. 2016, Paton et al. 2016). Im Folgenden werden alle wesentlichen Strukturen und Interventionen von CRTs bezüglich ihrer qualitätsgesicherten Umsetzung erläutert.

7.1. Strukturen

7.1.1. Implementierung in Klinik und Versorgungssektor

Die strukturelle Verankerung in Klinik und Versorgungssektor ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung von Crisis Resolution Teams (Johnson & Thornicroft 2008, Johnson & Needle 2008, Bindman 2008). Dies ist deshalb von Bedeutung, weil die sektorale Implementierung von CRTs eine weitreichende Veränderung des gesamten Versorgungssystems mit sich bringt und entsprechend im Einvernehmen mit allen Institutionen und Entscheidungsträgern stattfinden sollte. Einige der folgenden Kriterien sind zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung und entsprechend Teil der Crisis Resolution Fidelity Checklist oder Voraussetzung für deren Erfüllung (siehe Kapitel 11).

- Einvernehmliche und verbindliche Zusage und Unterstützung durch Institutionen und Entscheidungsträger der Klinik;
- Beteiligung von Entscheidungsträgern und Repräsentanten des gesamten sektoralen Versorgungssystems, v.a. diejenige, mit denen **Crisis Resolution Teams** regelhaft zusammenarbeiten. Hierzu gehören:
 - Innerhalb der Klinik die Notaufnahme (siehe 7.1.8.1.), Stationen (v.a. Akutstationen, siehe 7.1.8.2.), die psychiatrische Institutsambulanz (PIA, siehe 7.1.8.3.), ggf. existie-

rende Early Intervention Services (siehe 7.1.8.4.) oder ACT Teams (siehe 7.1.8.5.);

- Außerhalb der Klinik sektorale niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten (wenn CRT auch für Jugendliche, dann auch Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten), gemeindepsychiatrische Einrichtungen, ggf. andere Institutionen sowie Verbände der Betroffenen und Angehörigen (siehe 7.1.8.6.);
- Psychiatrische Kliniken und Abteilungen anderer Sektoren;
- Notfallinstitutionen, z. B. Polizei, Sozialpsychiatrische Dienste, etc.
- Bezüglich der Betroffenen- und Angehörigenverbände empfiehlt sich eine enge Kooperation, v. a. bezüglich der Mitarbeit von Peers in Crisis Resolution Teams, zur Verbesserung der selbstständigen Inanspruchnahme und zur möglichst breiten Unterstützung der Veränderung des Versorgungssystems;
- Die sektorale Implementierung von CRTs sollte durch ein Lenkungsteam („Steering group“) geleitet und begleitet werden. Dieses besteht üblicherweise aus dem Projektmanager (siehe 7.1.3.), der fachärztlichen Teamleitung, Teammanagern, Vertretern beteiligter Akutstationen und ggf. durch Repräsentanten beteiligter Institutionen und Leistungserbringer. Die Aufgaben des Lenkungsteams umfassen v. a. die evidenzbasierte Implementierung, fortlaufende Qualitätssicherung, sowie Information, Fortbildung und Training;
- Die Implementierung von CRTs, d.h. Strukturen (siehe 7.1.) und Interventionen (siehe 7.2.), sollte ausschließlich auf evidenzbasierten Qualitätssicherungskriterien basieren (Paton et al. 2016; siehe Kapitel 9 und 11). Nur so wird die Effektivität und Effizienz von CRTs gewährleistet und Fremd- und Eigengefährdung von Klienten, Dritten und Mitarbeitern des Teams

auf ein Minimum reduziert (Murphy et al. 2015, Paton et al. 2016);

- Vor Implementierung eines CRTs sollte die sektorale Populationsgröße (siehe 7.1.2.) und die Charakteristika der Hauptzielgruppe und deren aktuelle Versorgungssituation betrachtet werden (siehe Kapitel 6), bestenfalls mit tatsächlichen Daten aus dem zu versorgenden Sektor;
- Eine wesentliche Voraussetzung zur CRT Implementierung ist die Einstellung eines sog. Projektmanagers (siehe 7.1.3.);
- Zunächst sollte ein zeitlicher und inhaltlicher Implementierungsplan erstellt und mit Entscheidungsträgern und Repräsentanten abgestimmt werden. Dies erlaubt eine gestufte Erprobung mit rückkoppelnder Verbesserung;
- Um den Zugang so niedrigschwellig wie möglich zu gestalten, sollte das CRT-Behandlungsangebot über Flyer, Website und Informationsveranstaltungen im Sektor bekannt gemacht werden;
- Wichtige innerklinische und außerklinische Schnittstellen sollten formalisiert werden (siehe 7.1.8.). Dies beinhaltet u.a. eine Formalisierung der Zusammenarbeitsrichtlinien (z. B. klar definierte Kriterien für eine stationäre Aufnahme oder eine Dauer bis zur Übernahme des Klienten nach CRT Behandlung im Versorgungssystem) oder vertragliche Vereinbarungen bzgl. der Inanspruchnahme von ambulanten Leistungserbringern. Folgende Schnittstellen sollten insbesondere formalisiert werden: Notaufnahme, Akutstationen, PIA, ggf. EIS und ACT Teams, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten und Schnittstellen zur Gemeindepsychiatrie. Insbesondere in Metropolregionen, in denen Kliniken immer auch mit Klienten aus anderen Versorgungssektoren belegt sind, sollten auch andere Kliniken über die Implementierung

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

eines Crisis Resolution Teams informiert werden. Auch hier sollten Regeln der Zusammenarbeit formalisiert werden;

- Die Implementierung sollte fortlaufend durch Information, Fortbildung und Training im sektoralen Versorgungssystem begleitet werden (siehe Kapitel 8). Hierzu sind regelmäßige Veranstaltungen und Qualitätszirkel zu empfehlen.
- Die Implementierung von CRTs sollte anhand von Qualitätssicherungskriterien mittels Zertifizierung umgesetzt werden (siehe Kapitel 9 und 11). Die fortlaufende Qualität der CRT-Behandlung bezüglich Strukturen, Interventionen und Ergebnissen sollte mittels regelmäßiger Audits geprüft werden.

7.1.2. Population und Anzahl gleichzeitig zu versorgender Klienten

Der erste Implementierungsschritt ist ein Review des zu versorgenden Sektors bzgl. Populationsgröße, Bevölkerungsstruktur, bestehenden Versorgungsangeboten und der aktuellen Versorgungssituation von insbesondere schwer psychisch Erkrankten (siehe Kapitel 6: McGlynn 2006, Smyth et al. 2008). Anhand dieser Informationen wird die Größe des Teams und die mögliche Anzahl gleichzeitig zu versorgender Patienten bemessen (engl. „workload and caseload“). Hierbei gelten folgende Richtgrößen:

- Durchschnittlich versorgt ein CRT eine Population von 150.000 Einwohnern. Durchschnittlich kann ein CRT 20–30 Patienten gleichzeitig behandeln;
- Die Größe der versorgbaren Population variiert nach Demographie des Versorgungssektors: innerstädtische Teams behandeln aufgrund der höheren Anzahl von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen normalerweise kleinere Populationen von 40.000–60.000 Einwohnern während in ländlichen Regionen

Populationsgrößen von 200.000 Personen als versorgbar eingeschätzt werden.

- Ein grobes Maß der versorgbaren Population ist der Versorgungssektor, für den die Klinik stationäre Akutbetten vorhält. Die Populationsgröße pro CRT sollte aber 150.000 nicht übersteigen;
- Das Arbeitspensum beinhaltet nicht nur die aktiven Fälle, sondern auch die Notwendigkeit, unmittelbar für neue Klienten inklusive Erstuntersuchung und Krisenintervention zur Verfügung zu stehen.

7.1.3. Der Projektmanager

Vergleichbar mit der stationären Akutbehandlung ist es üblich einen sog. Projektmanager den CRTs zuzuordnen (Smyth et al. 2008). Dieser hat folgende Kernaufgaben:

- Implementierung der strukturellen Rahmenbedingungen (siehe 7.1.7);
- Zusammenarbeit mit Entscheidungsträgern und Repräsentanten bzgl. Implementierung und Qualitätssicherung der Crisis Resolution Behandlung;
- Rekrutierung der Mitarbeiter und Organisation von Fortbildung und Training;
- Zusammenarbeit und Schnittstellenmanagement mit innerklinischen und außerklinischen Partnern;
- Information, Fortbildung und Training für innerklinische und außerklinische Partner;
- Monitoring des Teams und dessen Arbeit durch fortlaufende Qualitätssicherung;
- Implementierung weiterer CRTs bis zur vollen Abdeckung der Population des Versorgungssektors nach Richtlinien (siehe 7.1.2.).

7.1.4. Größe der CRTs und Arbeitsstrukturierung

Die Größe von Crisis Resolution Teams reflektiert ein Schichtdienstmodell mit Diensten und Bereitschaftsdienst (Smyth et al. 2008). Hierbei gelten folgende Regeln:

- Die meisten CRTs operieren in zwei Schichten: Frühschicht 8.00 bis 16.00Uhr und Spätschicht 13.00 bis 21.00Uhr mit jeweils 6 Mitarbeitern;
- Zwei Personen der Spätschicht übernehmen den Bereitschaftsdienst, der von 21.00 bis 8.00 Uhr reicht;
- Am Wochenende ist jede Schicht mit zwei Mitarbeitern besetzt;
- Die Anzahl der Mitarbeiter pro Schicht muss flexibel sein und bei höherer Arbeitsbelastung durch mehr Mitarbeiter adaptierbar sein;
- Die minimale Anzahl von Mitarbeitern pro Crisis Resolution Team ist 12 Vollkräfte. Mit 12 Mitarbeitern ist jeder Mitarbeiter 4–6mal innerhalb einer 4-wöchigen Arbeitsperiode dem nächtlichen Bereitschaftsdienst zugeteilt.

7.1.5. Zusammensetzung von CRTs

Bezüglich der Zusammensetzung von Crisis Resolution Teams gelten ebenfalls einige Empfehlungen (Smyth et al. 2008):

- In Crisis Resolution Teams arbeiten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Assistenzärzte, Psychologen, Pflegemitarbeiter, Sozialarbeiter und Peer-Berater multiprofessionell zusammen;
- Hauptberufsgruppe sind Mitarbeiter der Pflege (etwa 2/3 bis 3/4 des Teams);
- Eine typische Zusammensetzung ist: ein Teammanager (0,5 Pflege), 1 Facharzt (1,0), 2 Assistenzärzte (jeweils 0,5 oder höher),

8 Pflegemitarbeiter (jeweils 1,0), 2 Psychologen (jeweils 0,5), 2 Sozialarbeiter (jeweils 0,5) und 2 Peer-Gesundheitsbegleiter (jeweils 0,5). Diese Zusammensetzung ist optional;

- Effektivität und Effizienz von CRTs können durch einen höheren Anteil von Ärzten verbessert werden. Ebenfalls wirksam sind hier ein maximaler Anteil von Vollzeitstellen;
- Folgende Fähigkeiten sollten alle Mitarbeiter mitbringen: energiereich, teamfähig, Fähigkeit, Klienten in Kontakt und Therapie einzubinden, Verständnis für spezifische Bedürfnisse bezogen auf kulturellen Hintergrund, Alter, Geschlecht, etc.

7.1.6. Aufgaben der verschiedenen Professionen

Im Gegensatz zu vielen anderen Behandlungsformen ist CRT ein teambasiertes Modell, d.h. die Aufgabenbereiche der einzelnen Professionen sind weit weniger getrennt als sonst üblich (Smyth et al. 2008). Mitarbeiter aller Professionen werden also als Fallmanager für einzelne Klienten eingesetzt, wobei Ärzte und Sozialarbeiter niedrigere „Caseloads“ haben, da sie für Klienten anderer Mitarbeiter übergreifende Aufgaben übernehmen (z. B. körperliche Untersuchungen, Pharmakotherapie, Sozialarbeit). Grundsätzlich gilt, dass Effektivität und Effizienz von CRTs mit dem Wissen und der Erfahrung aller Berufsgruppen steigt. Darüber hinaus sind eine hochqualitative Kommunikation und Intervention zentrale Komponenten für die Qualität von CRTs. Die spezifischen Aufgaben der verschiedenen Professionen sind wie folgt:

- Teammanager: Der Teammanager entspricht in etwa der pflegerischen Stationsleitung einer stationären Behandlungseinheit. Allerdings ist er nicht nur für Pflegemitarbeiter, sondern auch für andere Berufsgruppen organisatorisch tätig. Er ist Teil des Leitungsteams. Seine Aufgaben umfassen im Wesentlichen alle organisatorischen Maßnahmen zur Funk-

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

tionalität des Crisis Resolution Teams, z. B. Dienstpläne, Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Funktionalität struktureller Rahmenbedingungen.

- **Peer-Genesungsbegleiter:** Peer-Begleiter gehen aktiv auf Klienten zu und bleiben mit ihnen in Kontakt. Ihre Aufgaben umfassen Informationen über Genesung und Rehabilitation, über die Rechte des Klienten und Erfahrungswissen in Bezug auf Genesungsprozesse und Formen der Behandlung und Betreuung. Peer-Begleiter arbeiten auf eine Vielzahl von Arten, sie können bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung und in Motivationsprozessen eine Rolle spielen. Sie erreichen den Klienten mit ganz anderen Lebenserfahrungen.
- **Pflegepersonal:** Sie stellen die Hauptgruppe der Mitarbeiter dar und haben entsprechend eine äußerst wichtige Position in CRTs. Sie arbeiten selbstständig und selbstbewusst mit anderen Berufsgruppen zusammen. Ihre Aufgaben sind weiter gefasst als dies in Deutschland bisher üblich ist, da sie prinzipiell alle Interventionen beherrschen müssen, v. a. telefonische und Face-to-Face Krisenintervention, Diagnostik, psychosoziale Untersuchung, Notfallmanagement, Pharmakotherapie-Management, Psychoedukation, Familienintervention, Therapieorganisation, etc.
- **Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie:** Der Facharzt leitet das Team ärztlich, ist ebenfalls Teil des Leitungsteams und entspricht in seinen Aufgaben einem Oberarzt. Der Unterschied ist aber, dass er im Team mitarbeitet, d.h. er ist regelhaft in tägliche Aufgaben eingebunden. Zu seinen wichtigsten Aufgaben gehören fachärztliche Leitung des Teams, der ärztlichen Aufgaben und 24h/tgl. Supervision aller Interventionen;
- **Assistenzärzte:** Ärzte in Crisis Resolution Teams haben die spezifischen Aufgaben der somatischen Untersuchung und Behandlung sowie der Pharmakotherapie mit allen dazugehörigen Einzelkomponenten (siehe unten).
- **Psychologen:** Psychologen in CRTs haben ebenfalls einige spezifische Aufgaben, v. a. die Durchführung von standardisierten diagnostischen Interviews, psychologische Unterstützung von Klienten und Familien, Psychoedukation, etc. Da die Behandlungszeit in Crisis Resolution Teams kurz ist, geht es weniger um die Durchführung von Psychotherapien, sondern vielmehr um die Vorbereitung weiterführender Psychotherapien inklusive Organisation, Aufklärung, etc. Psychologen mit Weiterbildung in kognitiver Verhaltenstherapie sind zu bevorzugen.
- **Sozialarbeiter:** Im Kapitel 6 ist u. a. der soziale Unterstützungsbedarf der Hauptgruppe an Klienten zusammengefasst. Entsprechend der häufig vielfältigen Probleme sind Sozialarbeiter eine äußerst wichtige Berufsgruppe in CRTs. Eine besondere Herausforderung ist dabei, in einer relativ kurzen Zeit häufig komplexe soziale Probleme möglichst weitgehend zu lösen. Da diese Klienten nicht automatisch von sozialen Folgen ihrer psychischen Erkrankung / Krise berichten ist ein Screening aller Klienten ein wesentlicher Bestandteil der Aufgaben. Zudem ist anzuraten, einen Sozialarbeiter mit spezieller Expertise in Arbeits(re)integration im Team zu haben (siehe Kapitel 11).

7.1.7. Strukturelle Rahmenbedingungen

Bezüglich der strukturellen Rahmenbedingungen werden zwei Bereiche unterschieden: klinische Rahmenbedingungen, die zur klinischen Arbeit benötigt werden (z. B. Website, Telefone, Räume, Autos) und Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagementsystem (z. B. Aufnahme, Aufenthaltsstatus, Leistungsdokumentation, Abrechnung).

7.1.7.1. Klinische Rahmenbedingungen

Die klinischen Rahmenbedingungen werden vom Leitungsteam festgelegt und durch den Projektmanager umgesetzt. Sie umfassen:

- CRTs benötigen einen ausreichend großen „Team-Raum“, in dem mehrere Arbeitsplätze (mindestens drei) mit Computern zur klinischen und Leistungsdokumentation vorhanden sind. In dem Raum befindet sich auch das sog. CRT-Board (siehe 7.2.1.). Darüber hinaus werden noch zwei bis drei weitere kleinere Räume für Einzelgespräche benötigt. Die Räume müssen in der Ambulanz der Klinik möglichst nah an der Akutstation, aber nicht auf der Akutstation lokalisiert sein;
- Im Team-Raum sollten mindestens 3 Telefone stehen, über die das CRT 24h/tgl. erreichbar ist. Die Telefone sind mit einer Hotline-Telefonnummer mit Warteschleife zu erreichen. Bei Abwesenheit aller Mitarbeiter wird die Hotline auf den Mitarbeiter umgeschaltet, der in der Schicht über die Annahme von Überweisungen entscheidet (siehe 7.2.2.);
- Jeder CRT Mitarbeiter benötigt zudem ein Diensthandy um auch jederzeit mobil erreichbar zu sein;
- CRTs benötigen ein sog. CRT-Board. Ein CRT-Board ermöglicht eine teambasierte integrierte Behandlung der Klienten, da es ständig von allen CRT Mitarbeiter genutzt und aktualisiert wird. Dies optimiert Kommunikation und Intervention. Es beinhaltet alle wesentlichen Informationen zu dem Klienten, v.a. bzgl. Krise, Gefährdungsmomente, Diagnostik, Interventionen und deren Outcome, etc. (siehe 7.2.1.). Das Board sollte elektronisch als Teil des Krankenhaus-IT-Systems geführt werden.
- Es sollten Tablet-PCs oder Laptops für jeden Mitarbeiter bereitgestellt werden. Diese können folgendermaßen genutzt werden:

- Mobile Einsicht in das CRT-Board: Mitarbeiter können auch mobil das CRT-Board einsehen und bearbeiten;
- Mobile Dokumentation (Klinik und Leistungen): Damit können Zeiten bei dem Klienten und Fahrzeiten direkt zur Dokumentation genutzt werden. Entsprechende datensichere Schnittstellen zum Krankenhaus-IT-System sollten hergestellt werden;
- Anwendung von e-Health Lösungen: Über Tablet-PCs oder Laptops können e-Health Lösungen auch vor Ort in die Therapie eingebunden werden (z.B. online Psychoedukation);
- Notwendig sind auch mindestens 3 Autos. Um die Kosten gering zu halten, können beispielsweise Elektroautos im Leasingverfahren angeschafft werden;
- Darüber hinaus muss eine regelmäßige externe Supervision etabliert werden;
- Auch regelmäßige Fortbildungen und Trainings sind notwendig (siehe Kapitel 8).

7.1.7.2. Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagement

Die Rahmenbedingungen im Krankenhausmanagementsystem umfassen:

- Implementierung eines vollstationären Status der Klienten während der CRT-Behandlung. Dieses Vorgehen hat folgende Vorteile:
 - Mögliche Nutzung bestehender IT-Systeme zur klinischen Dokumentation, Leistungsdokumentation und Abrechnung;
 - Mögliche Nutzung von Institutionen der somatischen Medizin zur Diagnostik und Therapie komorbider somatischer Erkrankungen;

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

- Um die Dokumentation des Teams zu erleichtern und bis dato nicht vorhandenen Leistungstypen abzubilden, sollte im IT-System ein spezifischer Bereich für das CRT entwickelt werden.

7.1.8. Schnittstellenmanagement

Crisis Resolution Teams arbeiten an verschiedenen Schnittstellen des Versorgungssystems. Für die wichtigsten existieren einige folgende Richtlinien (Smyth et al. 2008).

7.1.8.1. Zentrale Notaufnahme

Zentrale Notaufnahmen sind eine wesentliche Quelle für Patienten mit psychischen Krisen und Notfällen. CRTs sollten mit zentralen Notaufnahmen so zusammenarbeiten, dass ihre Gatekeeping-Funktion bzgl. stationärer Aufnahmen und die Übernahme neuer Patienten etabliert sind. Es ist aber effizienter, wenn der psychiatrische Dienst in der Notaufnahme weiter seine Erstuntersuchungsfunktion ausübt, da viele Krisen/Notfälle entweder keine Indikation für eine CRT-Behandlung darstellen (z. B. milde Angststörungen) oder eine direkte Indikation zur stationären somatischen (z. B. Überdosis, Alkoholin- toxikation) oder psychiatrischen (z. B. Alkoholdelir) Behandlung besteht. Eine direkte Funktion von CRTs in zentralen Notaufnahmen würde zu einem hohen Anteil unpassender Erstuntersuchungen und Erstinterventionen führen, welche die Kapazitäten von CRTs binden und sie in ihrer eigentlichen Aufgabe einschränken.

7.1.8.2. Akutstationen

Die enge Zusammenarbeit mit den Stationen der Akutpsychiatrie und mit den Stationen, die Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen behandeln, ist für eine evidenzbasierte und erfolgreiche Implementierung von CRTs äußerst wichtig. Hierbei gelten folgende Richtlinien:

- CRTs und o.g. Stationen haben überlappende Funktionen in der Untersuchung und Behandlung von Krisen/Notfällen. Deshalb sind Regeln der Zusammenarbeit, eine gute Kooperation und Kommunikation sowie eine gemeinsame Behandlungsphilosophie von wichtiger Bedeutung;
- Zur Umsetzung der Gatekeeping-Funktion von CRTs gehört, dass jede stationäre Akutaufnahme durch das Team gescreent wurde und eine Aufnahme ohne Screening oder Rücksprache mit dem Team nicht möglich ist. Wenn Klienten ohne Einhaltung dieses Prozederes aufgenommen wurden, sollte der Teammanager die Gründe klären und Rücksprache mit den betreffenden Institutionen / Personen halten;
- CRTs haben regelhaft Zugriff auf Betten einer Akutstation, d.h. sie können selbstständig Klienten aufnehmen (nach Rücksprache mit der Station). Es ist auch zu empfehlen, hierfür stationäre Akutbehandlungsplätze bereit zu stellen;
- Bei jeder stationären Aufnahme sollte nach 1–2 Tagen ein regelmäßiges Screening beginnen, wann die Fortführung der Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, d.h. eine Entlassung, möglich ist. Dies kann folgendermaßen etabliert werden: Mitarbeiter des CRT nehmen an bestimmten Tagen an Übergaben auf der Station teil oder zwei Pflegemitarbeiter der Station screenen regelmäßig alle Patienten und kommen zu Übergaben des CRTs;
- Die o.g. Stationen sollten in allen Belangen des Klienten und anderer Bezugspersonen integriert mit dem CRT zusammenarbeiten. Hierzu gehören z.B. Übergaben an den Schnittstellen Aufnahme und Entlassung, Behandlungsplanung, regelhafte gemeinsame Kontakte zum Klienten und zu anderen Bezugspersonen bei wichtigen Gesprächen (z. B. mit Betreuer, Entlassungsplanung, etc.). Die Integration von CRTs und Akutstationen kann durch Mitar-

beiter, die in beiden Bereichen arbeiten, oder gemeinsame Trainings für die CRT Behandlung weiter unterstützt werden.

7.1.8.3. Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Aufgrund des gesättigten ambulanten Versorgungssystems in Deutschland mit langen Wartezeiten kommt der PIA eine besondere Rolle innerhalb eines CRT-Versorgungssystems zu, v.a. dann, wenn Assertive Community Treatment für schwer psychisch Kranke nicht etabliert ist. Da PIAs in Ländern mit etablierten CRTs nicht existieren (sondern sog. Community Mental Health Teams; CMHT), bestehen aber keine etablierten Richtlinien bzgl. der Zusammenarbeit. Trotzdem lassen sich folgende Eckpunkte benennen:

- PIAs können bei Krisen ihrer Klienten und Indikation zur stationären Behandlung das CRT zur Krisenintervention nutzen. Hier gelten die gleichen Indikationen und Kontraindikationen und ebenfalls die Gatekeeping-Funktion wie in der Zusammenarbeit mit Akutstationen;
- PIAs sollten mit CRTs eng zusammenarbeiten, v.a. deshalb, weil CRTs kurzfristig Klienten aus der CRT-Behandlung in die PIA überweisen können müssen. Da CRTs maximal 30 Klienten zur gleichen Zeit behandeln können und deshalb häufig ein Druck zur Weitervermittlung der Klienten besteht, müssen PIAs kurzfristig Klienten übernehmen können. Häufiger als üblich besteht deshalb auch die Notwendigkeit, eine komplexe Postakutbehandlung anbieten zu können;
- Für PIAs inklusive häufig existierender Spezialambulanzen bedeutet die Implementierung von CRTs deshalb eine Änderung des Versorgungssystems mit schnellerer Reaktion, Reduzierung von Wartezeiten und ebenfalls zum Teil eine deutliche Veränderung ihrer Arbeitsweise hin zur Versorgung von schwerer erkrankten Klienten.

- PIAs und darin inkludierte Spezialambulanzen sollten für Klienten in der CRT-Behandlung ambulante Angebote zur Verfügung stellen, z. B. störungsspezifische Gruppen, tagesstrukturierende Angebote, Angehörigengruppen, etc.

7.1.8.4. Early Intervention Services (EIS)

Obwohl in Deutschland nur vereinzelt und häufig nicht evidenzbasiert implementiert, gehören sog. Early Intervention Services (EIS) zu einem evidenzbasierten, ambulanten Versorgungssystem für schwere psychische Erkrankungen (OECD 2014, NHS England 2016). Dieses Servicemodell folgt ebenfalls evidenzbasierten Implementierungsrichtlinien (NHS England 2016) und weist zahlreiche Schnittstellen zu CRT und ACT auf. EIS haben das Ziel, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen v.a. im Altersspektrum zwischen 12–29 Jahren früh zu erkennen und früh zu behandeln. Entstanden sind diese Zentren im Rahmen der Früherkennung von psychotischen Störungen, sie sind aber heute vereinzelt für alle psychischen Erkrankungen etabliert. Die enge Kooperation zwischen EIS und CRTs ist deshalb notwendig, da Klienten in EIS mit schon manifester Erkrankung häufig lange unbehandelt und deshalb im schlechten psychosozialen Status bei Erstkontakt sind (siehe Kapitel 6). Entsprechend benötigen viele dieser Klienten ebenfalls eine Akutbehandlung durch CRTs. Strukturell kann diese Zusammenarbeit folgendermaßen etabliert werden:

- Das CRT übernimmt regelhaft die aufsuchende Früherkennung und Erstbehandlung für den Early Intervention Service;
- Kommt ein Ersterkrankter nach Erstbehandlung wieder in eine Krise, kann der Klient erneut durch das CRT behandelt werden;
- Wird die Indikation zur CRT-Behandlung auf Jugendliche ausgeweitet, sollte das CRT durch Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Psychiater und Psychotherapeuten, Erzieher, Pädagogen etc.) ergänzt werden;

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

- Werden im Versorgungssystem auch Jugendliche mit schweren psychischen Erkrankungen behandelt, muss auch das ACT Team durch Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrie ergänzt werden.

7.1.8.5. Assertive Community Treatment (ACT) Teams

Obwohl in Deutschland nur vereinzelt implementiert, gehört Assertive Community Treatment (ACT) zu den evidenzbasierten langfristigen Behandlungsmodellen für Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen (siehe Kapitel 4). Das ACT-Modell existiert im Wesentlichen in drei Varianten: FACT, TACT und RACT (siehe Kapitel 4). Wichtig ist auch, dass CRT und ACT sich nicht ausschließen, sondern eng zusammenarbeiten können und sollten. Diese Zusammenarbeit orientiert sich an folgenden Richtlinien:

- Während CRTs Klienten in Krisen unabhängig von der Art der psychischen Erkrankung behandeln, sind ACT Teams auf Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen spezialisiert;
- ACT Teams unterscheiden sich von CRTs in der Zusammensetzung der Professionen dergestalt, dass in ACT Teams ein höherer Anteil von Psychiatern und Psychologen arbeitet. Dies hat den Grund der notwendigen pharmakotherapeutischen und psychotherapeutischen Interventionen zur Gesundung der Klienten;
- CRTs haben für ACT Teams bezüglich neuer Klienten eine Gatekeeping-Funktion. Wird ein neuer Klient als schwer psychisch erkrankt vom CRT diagnostiziert, wird er nach der CRT-Behandlung zu dem ACT Team überwiesen;
- Nach Übernahme der Klienten durch das ACT Team, ist das ACT Team für möglichst alle weiteren Kriseninterventionen selbstständig verantwortlich. Nur bei der Notwendigkeit einer intensiven Krisenintervention kann das

CRT erneut temporär involviert werden. Hier können Konflikte zwischen beiden Teams bzgl. der Gatekeeping-Funktion des CRT entstehen. Entsprechend sollten klare Kriterien für die Involvierung des CRT durch das ACT Team bestehen;

- Bei gleichzeitigem Bestehen von CRT und ACT können sich beide Teams den Bereitschaftsdienst teilen. Dies spart Ressourcen und schafft eine engere „Corporate Identity“.
- Ebenso gilt dies für therapeutische Angebote (z. B. in der Ambulanz), die von den Klienten gemeinsam genutzt werden können;
- Fortbildung und Training bzgl. CRT und ACT sollte in enger Kooperation und gemeinsam stattfinden;
- Qualitätssicherungskriterien und deren Monitoring sollten eng miteinander abgestimmt werden.

7.1.8.6. Andere ambulante und rehabilitative Leistungsanbieter

Neben PIAs sollten die CRTs auch mit anderen Institutionen und Personen des sektoral-ambulanten und rehabilitativen Versorgungssystems kooperieren. Hierzu gehören u.a. der Sozialpsychiatrische Dienst, Hausärzte, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten, Institutionen der Gemeindepsychiatrie oder arbeitsrehabilitative Einrichtungen. Bei der Kooperation zwischen ambulantem Sektor und CRT geht es einerseits um die Inanspruchnahme des CRTs durch Klienten des Sektors und andererseits um die Weiterbehandlung nach der CRT-Behandlung. Zudem sollten auch Kooperationen zwischen CRT und Institutionen der Ausbildungs- und Arbeits(re)integration bestehen. Folgende Richtlinien sollten hier umgesetzt werden:

Ebenso wie die PIA können Leistungsanbieter für Klienten aus dem Sektor das CRT nutzen. Der Zugang sollte über die Hotline erfolgen;

- Ebenso wie die PIA sollten sich Leistungsanbieter, welche das CRT nutzen, auch zur Mitarbeit und Weiterbehandlung verpflichten und zwar unter den gleichen Bedingungen wie die PIA, d.h. kurze Wartezeiten, Übergaben, möglichst intensive Postakutnachsorge nach Behandlungsplan, Umsetzung des Krisenpräventionsplans, etc.
- Alle Kooperation mit dem ambulanten Sektor sollten möglichst formalisiert werden, z. B. durch Beitrittserklärungen oder vertragliche Zusammenarbeit.

7.2. Interventionen

7.2.1. Das CRT-Board

Die CRT-Board (zumeist eine Excel Tabelle) ist eine elektronische Datenbank, mit der die Crisis Resolution Behandlung koordiniert wird. Sie befindet sich auf einem datensicheren Computer, kann von jedem Teammitglied bearbeitet werden und wird zu Teambesprechungen via Beamer oder Whiteboard an die Wand projiziert. Teambesprechungen (Intervisionssitzungen) mit Nutzung des Boards finden jeden Morgen und zu jeder Schichtübergabe statt. Hier werden v.a. alle klinisch relevanten Informationen zum Klienten und zu Interventionen eingetragen und fortlaufend aktualisiert.

Die Aufnahme auf das CRT-Board erfolgt sobald eine Überweisung stattfindet. Dies gilt auch für Klienten, die nach initialer Klärung durch das Team abgelehnt und wieder vom Board genommen werden. Auch für diese Klienten sind detailliert Gründe der Ablehnung sowie Informationen zu weiterführenden Interventionen zu dokumentieren.

Für Klienten in der Crisis Resolution Behandlung werden folgende Informationen im CRT-Board üblicherweise erfasst (Smyth et al. 2008):

- Datum d. Überweisung, Datum der Aufnahme;

- Personenbezogene Daten des Klienten (Name, Adresse, Telefon, Handy, Mail, etc.);
- Personenbezogene Daten von Angehörigen, Behandlern, Betreuer, etc. (Name, Adresse, Telefon, Handy, Mail, etc.);
- Rechtsstatus bei Aufnahme (gesetzliche Betreuung mit Wirkungskreisen);
- Informationen aus der Überweisung (siehe 7.2.2.);
- Name des zuständigen Fallmanagers;
- Aufnahmegrund (bestenfalls in Kategorien und im Detail);
- Wichtige Ergebnisse der Erstuntersuchung (siehe 7.2.3.);
- Vorbestehende psychische und somatische Erkrankungen (Diagnosen);
- Risikofaktoren für Fremd- und Eigengefährdung (Kategorien);
- Geplante Interventionen (werden bei jeder Übergabe aktualisiert);
- Termine für Hausbesuche (1–2 pro Tag, wie viele Male pro Woche)
- Aktuelle Medikation (wird fortlaufend aktualisiert);
- Spezifische Termine (Medikation, Datum der Depotinjektion);
- Andere Details, wie zum Beispiel Termine beim Hausarzt, Blutentnahmen, somatische Untersuchungstermine;
- Übergabe zur weiterführenden Therapie (an wen, wann);
- Datum der Beendigung der CRT Behandlung.

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

7.2.2. Überweisung und Aufnahme von Klienten

Die Überweisung zu Crisis Resolution Teams ist 24h/tgl. 7 Tage/Woche möglich. Die Überweisung sollte via Telefon oder Face-to-Face geschehen (Smyth et al. 2008). Überweisungen von Klienten, die nicht vom Überweiser persönlich gesehen wurden, sollten nur im Falle von ersterkrankten und bis dato unbehandelten Klienten akzeptiert werden. Überweisungen sollten zunächst in einem sog. Überweisungsformular dokumentiert werden, unabhängig davon, ob die Überweisung via Telefon oder Face-to-Face stattfindet. Auch möglich ist, dass das Überweisungsformular durch den Überweiser ausgefüllt wird.

Wichtige Bestandteile des Überweisungsformulars sind:

- Zeitpunkt der Überweisung;
- Informationen zum Überweiser: Name, Adresse, Kontaktdaten, Beziehung zum Klienten;
- Dringlichkeit der Zeitspanne bis zum Beginn der Interventionen;
- Erwartungen des Überweisenden;
- Eine Zusammenfassung der Krankheitsvorgeschichte inklusive:
 - die Gründe für die Überweisung;
 - die Art des hauptsächlichen Problems;
 - Ereignisse, die zur Überweisung führten;
 - Psychische Erkrankungen des Klienten;
 - Symptome
 - Vorgeschichte zum Gebrauch von Alkohol und /oder Drogen
 - Aktuelle und frühere Eigen- und /oder Fremdgefährdung
 - Aktuelle Medikation

- Soziale Unterstützung mit Kontaktdaten aller Personen und Institutionen

Bezüglich der Aufnahme neuer Klienten existieren in jeder Schicht delegierte Mitarbeiter, die für die An- und Aufnahme neuer Klienten verantwortlich sind. Falls dieser Mitarbeiter auf Hausbesuch ist, muss er via Telefon kontaktiert und der Fall besprochen werden. Sobald der neue Klient angenommen ist, werden zwei Mitarbeiter delegiert, die den initialen Untersuchungsprozess initiieren. Zudem wird der Klient mit einer Reihe von Informationen in das CRT-Board aufgenommen (siehe 7.2.1.).

7.2.3. Der Untersuchungsprozess

7.2.3.1. Vorinformationen

Vor der Untersuchung des neuen Klienten erfolgt eine Zusammenschau aller erhältlichen Vorinformationen zum Klienten und der aktuellen Krise, v. a. dann, wenn der Erstkontakt im häuslichen Umfeld stattfinden soll (Hoult & Cotton 2008). CRTs stehen oft vor dem Problem der möglichst schnellen Krisenreaktion vs. dem vorherigen Zusammentragen und Bewerten von Vorinformationen. Wann immer möglich, sollte dieser Prozess aber durchgeführt werden. Hier können Telefonate mit Angehörigen, Behandlern oder Betreuern, Informationen aus der (IT-)Akte bzgl. psychischer Erkrankungen, Medikationen sowie Art und Management vorheriger Krisen helfen. Vor dem Erstkontakt sollten diese Informationen im Team oder zumindest durch die verantwortlichen Mitarbeiter diskutiert werden.

Folgende Vorinformationen sollten bestenfalls erhoben werden:

- Was sind Grund und Inhalt der aktuellen Krise?
- Wer wird bei der Untersuchung zugegen sein? Können Angehörige, Behandler oder andere Bezugspersonen anwesend sein? Gibt es irgendwelche Konflikte zwischen Klienten und

Bezugspersonen, die für die Untersuchung bedeutsam sind?

- Gibt es wichtige aktuelle Stressoren?
- Ist der Klient beziehungsweise dessen Angehörige über die Untersuchung informiert? Sind Klient bzw. Angehörige bereit zu kooperieren? Was wurde ihnen bis dato mitgeteilt?
- Wer ist von der Krise betroffen? Sind auch Bezugspersonen betroffen (z. B. Eltern, Partner, Kinder)?
- Hat der Klient eine psychiatrische Vorgeschichte?
- Welche Symptome und Verhaltensauffälligkeiten hat er gezeigt? Wie schwer waren diese?
- Hat der Klient eine schwere psychische Erkrankung (z. B. Schizophrenie, bipolare Störung)?
- Konsumiert der Klient regelmäßig Alkohol und/oder Drogen? Spielen bei der aktuellen Krise Alkohol und/oder Drogen eine Rolle?
- Existieren somatische Vorerkrankungen?
- Welche Medikationen sollte der Klient aktuell nehmen? Hat er diese abgesetzt oder unregelmäßig eingenommen?
- Was sind die aktuellen sozialen Probleme?
- Existieren Risikofaktoren für Eigen- und/oder Fremdgefährdung?

7.2.3.2. Planung der Untersuchung

Die meisten Krisenerstkontakte finden bei dem Klienten zuhause oder an anderen Orten außerhalb der Klinik statt (Angehörige, Freunde, Polizei, etc.). Normalerweise wird eine Erstuntersuchung durch zwei Mitarbeiter und einen Psychiater durchgeführt. In der täglichen Praxis sind es den meisten Fällen zwei Teammitglieder. Der Einbezug von Angehörigen, Bezugspersonen und Behandlern ist für die Untersuchung äußerst wünschenswert, v.a.

bzgl. der Qualität der Untersuchung und des entsprechenden Behandlungsplans, aber auch für die notwendige Zustimmung von Bezugspersonen zum Behandlungsplan. Am Ort der Untersuchung sollte eine entsprechende Umgebung für eine möglichst ruhige und sichere Untersuchung gewählt werden. Zu klären ist auch, ob irgendwelche Risiken bestehen, auch für die Sicherheit der Mitarbeiter.

7.2.3.3. Durchführung und Inhalt der psychiatrischen Untersuchung

Durchführung und Inhalt der Untersuchung entsprechen in vielen Teilen einer regulären psychiatrischen Exploration. Allerdings existieren auch einige wesentliche Unterschiede.

Die Untersuchung beginnt mit der Nennung der Namen der Mitarbeiter und dem Grund der Untersuchung. Manchmal verweigert der Klient ein Interview. Deshalb sind ausreichende Vorinformationen besonders wichtig. Hilfreich ist auch, wenn der Überweiser in dieser Situation anwesend ist und vermittelt.

Wie bei jeder Untersuchung ist es wichtig zu klären, was das Hauptproblem ist. Nicht selten hat nicht der Klient, sondern der Überweiser (z. B. Angehörige) ein Problem mit der aktuellen Situation (insbesondere bei der Manie).

Wichtige Inhalte der Exploration sind eine Schnittmenge der Punkte, die unter 7.2.1 bis 7.2.3.1. genannt wurden. Genauso wie bei dem Überweisungsbogen, empfiehlt es sich hierfür einen Untersuchungsbogen (elektronisch oder analog) herzustellen, so dass in der Untersuchungssituation keine wichtigen Details vergessen werden.

Neben der allgemeinen psychiatrischen Exploration ist die Erhebung von Risikofaktoren für Fremd- und/oder Eigengefährdung ein wichtiger Teil der Untersuchung. Dies sollte standardisiert erfolgen, da viele Klienten diese nicht ohne Nachfragen

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

berichten und sie rechtliche Relevanz haben. Bei der Beurteilung geht es darum, eine klinische Gesamtbeurteilung vorzunehmen:

1. Risikofaktoren für Eigengefährdung

- Vorliegen einer Krisensituation:
 - Aktuelle Verlust- und /oder Kränkungs-erlebnisse;
 - Lebenskrisen mit Veränderungsanspruch;
 - Traumatische Krisen;
 - existenzbedrohende Situationen;
- Vorliegen aktiver Suizidtendenzen:
 - Beschäftigung mit Ruhewünschen, Sterben, Tod oder Suizid (je konkreter, desto gefährlicher);
 - Suizidversuch oder Suizidabsichten vor der Aufnahme beziehungsweise innerhalb der letzten zwei Wochen;
- Im Rahmen des Psychopathologiebefundes:
 - Hoffnungslosigkeit, Resignation;
 - Ängstigende und bedrohlich erlebte Wahninhalte;
 - Schwere Schuld- und Versagensgefühle;
 - Zunehmende Einengung auf suizidale Gedanken;
 - Quälend erlebte und andauernde Schlafstörungen, Unruhe;
 - Hilflosigkeitserleben;
 - Wertlosigkeitserleben;
 - Panikzustände;
- Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung erscheint/ist unmöglich;
- Befunde/Einflussfaktoren mit erhöhtem Risiko:

- Suizidversuche/Suizidabsichten in der Vorgeschichte, insbesondere Suizidversuch unter stationären Bedingungen;
- Schwerwiegende, selbstschädigende Handlungen in der Vorgeschichte;
- Suizide/Suizidversuche bei nahen Angehörigen und /oder Bezugspersonen;
- Soziale Isolation/Zugehörigkeit zu einer Randgruppe;
- Traumatisierende Lebensereignisse in der Vorgeschichte;
- Störungen der Impuls- und Aggressionskontrolle;
- Potenziell riskante Jahrestage.

2. Risikofaktoren für Fremdgefährdung

- Gegenwärtige Gefährdung bei:
 - Vorwarnzeichen wie Drohungen, Gewalt gegen Sachen;
 - Intoxikationen;
 - Akutes psychotisches und /oder manisches Zustandsbild (v.a. Dysphorie);
 - Allgemeiner, offensichtlicher Verlust der Impulskontrolle verbunden mit Ärger und Feindseligkeit;
- Zusätzliche Kriterien zur Abschätzung der gegenwärtigen Gefährdung:
 - Halluzinationen und Wahn sowie entsprechende Beeinträchtigungen, verbunden mit ausgeprägter Wahndynamik;
 - Drohungen gegenüber einem klar bezeichneten Opfer sowie Zugang zu diesem potenziellen Opfer;
 - Konkreter Plan und Schritte zu dessen Umsetzung (z.B. Waffenkauf);

- Befunde/Einflussfaktoren mit erhöhtem Risiko:
 - Frühere Fremdgefährdung bei psychiatrischer Behandlung;
 - Gewaltanamnese;
 - Soziale Schicht und Ausbildung;
 - Verbindung zu gewaltbereiter Subkultur;
 - Persönlichkeitsstörungen, insbesondere dissoziale Persönlichkeitsstörung;
 - Schizophrenie und bipolare affektive Störungen;
 - Alkohol- und /oder Drogenmissbrauch/Abhängigkeit;
 - Komorbidität (psychische Störung plus Substanzmissbrauch!);
 - Hirnorganische Störungen.

3. Faktoren, welche Fremd- und /oder Eigengefährdung beeinflussen:

- Verzögerung zwischen Beginn der Krise und deren Behandlung;
- Willen des Klienten behandelt zu werden und Medikation einzunehmen;
- Willen des Klienten im eigenen Wohnraum zu bleiben und nicht stationär aufgenommen zu werden;
- Zu mobilisierende soziale Unterstützung;
- Fähigkeit und Kapazitäten des CRT die Behandlung zu überwachen;
- Medikamentöse Adhärenz.

Wesentliche Unterschiede zwischen einer regulären psychiatrischen Untersuchung und der durch CRTs sind:

- Sie finden immer im Rahmen einer Krise statt, d.h. sie sind beeinflusst durch die mentale

Krise des Klienten und häufig auch durch den damit einhergehenden Stress bei Bezugspersonen;

- Sie finden regelhaft nicht im klinischen Umfeld statt, d.h. sie sind stärker beeinflusst von Sicherheitsaspekten und anderen aufsuchenden Einflussfaktoren;
- Sie verlangen eine größere Flexibilität. Beispielsweise kann der Klient nicht zuhause sein und die Mitarbeiter müssen die Untersuchung auf einen späteren Zeitpunkt verlegen. Manchmal müssen Mitarbeiter Klienten auch dringlicher zum Einlass bewegen. Auch eine zeitliche Flexibilität ist notwendig, da Untersuchung und Intervention manchmal mehrere Stunden dauern;
- Der sofortige und umfassende Einbezug des sozialen Netzwerks gehört bei häuslichen Untersuchungen und Interventionen zur Regel;
- Die Erhebung von Risikofaktoren muss standardisiert und mit äußerster Sorgfalt erfolgen, da viele Sicherheitsaspekte einer klinischen Umgebung nicht bestehen;
- Unter Sicherheitsaspekten ist auch die Pro-Contra-Abwägung bezüglich einer notwendigen stationären Behandlung vor Ort komplexer. Bei Unsicherheit sollte hierzu immer ein Facharzt hinzugezogen werden.

7.2.3.4. Durchführung und Inhalt der somatischen Untersuchung

Wie in Kapitel 4 zusammengefasst sind körperliche Erkrankungen bei Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen häufig. Dies gilt für junge unbehandelte Ersterkrankte ebenso wie für mehrfach erkrankte ältere Klienten. Hinzu kommt, dass viele Klienten in Krisen zuvor ihre Medikamente abgesetzt bzw. unregelmäßig eingenommen haben und ein erneuter Beginn der Pharmakotherapie notwendig ist. Entsprechend gehören folgende Un-

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

tersuchungen zu den meisten Kriseninterventionen dazu (Davies & Taylor 2010, Lambert et al. erreicht):

- Ersterkrankung, medikamentös unbehandelt:
 - Internistische und neurologische körperliche Untersuchung;
 - Blutuntersuchungen;
 - EKG;
 - EEG (nach Abklingen der Krise möglich, wenn ohne besondere Indikation);
 - cMRT (nach Abklingen der Krise möglich, wenn ohne besondere Indikation);
 - ggf. Liquor-Punktion (nach Abklingen der Krise möglich, wenn ohne besondere Indikation);
- Mehrfacherkrankung, medikamentös behandelt oder unbehandelt:
 - Blutuntersuchungen;
 - EKG;
 - EEG, cMRT, Liquor-Punktion (alle bei besonderer Indikation).

Diese Untersuchungen können im ambulanten Versorgungssystem durchgeführt werden (z.B. Hausarzt, Psychiater, PIA) oder in der Klinik, wenn der Klient während der Crisis Resolution Behandlung im vollstationären Status geführt wird (siehe 7.1.7.2.). Letzteres ist zu bevorzugen, da dann alle Behandler auf die Informationen zurückgreifen können.

7.2.4. Die Entscheidung für eine stationäre Aufnahme

Auch in Versorgungssystemen mit etablierten CRTs werden Klienten stationär aufgenommen (Smyth et al. 2008, Weich et al. 2014). Auch ist es nicht außergewöhnlich, dass das CRT mit der Behandlung

beginnt und erst im Verlauf eine stationäre Aufnahme initiiert. Grundlegend ist dabei wichtig, dass in Ländern mit etablierter Akutbehandlung im häuslichen Umfeld Crisis Resolution die Standardprozedur ist und eine stationäre Akutbehandlung nur bei Erfüllen bestimmter Kriterien möglich ist. Darüber hinaus ist die Indikation auch von der Erfahrung abhängig: je mehr Erfahrung mit der häuslichen Akutbehandlung besteht, desto höher wird erfahrungsgemäß die Schwelle für eine stationäre Behandlung. Hierbei spielen auch die stationären Kapazitäten eine Rolle, welche ggf. zugunsten einer häuslichen Akutbehandlung reduziert sind.

Es existieren keine expliziten Richtlinien für eine stationäre Aufnahme innerhalb von CRT-Versorgungssystemen. Allerdings gibt es einige Umstände, die erfahrungsgemäß eine stationäre Aufnahme notwendig machen können (vergleiche Kapitel 6). Hierzu gehören:

- Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls, der eine stationäre Aufnahme notwendig macht (z.B. Intoxikationen, Delir, Bewusstseinsstörungen, akute Eigengefährdung, akute Fremdgefährdung);
- Stationär zu behandelnde komorbide somatische Erkrankungen;
- Ausgeprägte Präferenz des Klienten oder der Angehörigen;
- Fehlende Unterstützung durch Angehörige und andere Bezugspersonen;
- Fortgesetzter Konsum von Alkohol und/oder Drogen;
- Ausgeprägte Konflikte mit anderen Personen (z.B. Nachbarn);
- Unzureichende regelmäßige Erreichbarkeit (z.B. bei Obdachlosigkeit).

Im Falle der Notwendigkeit einer stationären Aufnahme wird diese für den Klienten organisiert und

begleitet durchgeführt. Dies gilt auch für die Aufnahmen gegen den Willen des Patienten. Während der stationären Aufnahme bleibt der Fallmanager im regelmäßigen Kontakt zu dem Klienten und organisiert alles Notwendige für dessen bald möglichste Entlassung.

Theoretisch wäre es auch wünschenswert das Ausmaß der Krise und damit die Aufnahmeindikation mittels standardisierter Interviews messen zu können. Hier existiert z.B. die Crisis Triage Rating Scale (CTRS; Turner & Turner 1991), welche die Aufnahmeindikation objektiv mit drei Kategorien bewertet: Gefährlichkeit, Unterstützungssystem, Kooperationsfähigkeit. Range 3–25 Punkte, Werte ≤ 10 = stationäre Behandlung, Werte ≥ 11 Behandlung im eigenen Lebensumfeld. Die Anwendung solcher Skalen in der täglichen Praxis scheitert aber häufig an der Variabilität der Krisen und Notfälle.

7.2.5. Behandlung

7.2.5.1. Behandlungsplanung und -ablauf

Crisis Resolution ist ein teambasiertes Behandlungsmodell, entsprechend sind mehrere Mitarbeiter an der Behandlung beteiligt. Um diese und ihre Interventionen zu koordinieren, sind einige Regularien wichtig:

- Jedem Klienten wird ein sog. Fallmanager zugeordnet. Er koordiniert die Behandlung, ist aber gleichzeitig auch Hauptansprechpartner für den Klienten, seine Angehörigen und Behandler. Er organisiert alle notwendigen Interventionen, zieht Mitarbeiter zur spezifischen Behandlung hinzu, macht einen Behandlungsplan, hält Kontakt, wenn der Klient stationär behandelt wird und organisiert die Nachsorge.
- Jeder Klient wird während der gesamten Crisis Resolution Behandlung im CRT-Board geführt. Bei Überweisung wird der Klient in das digitale Board aufgenommen, während der Behand-

lung werden alle Kontakte, Behandlungen, Entlassungsplanungen, etc. dort ständig aktualisiert;

- Jeden Morgen und bei jeder Schichtübergabe finden sog. Interventionen der Teammitglieder statt. Hierzu wird das digitale CRT-Board an die Wand projiziert und alle Klienten gemeinsam besprochen. Bei der morgendlichen Intervention werden die Interventionen des Tages festgelegt und terminiert;
- Bei Aufnahme neuer Klienten werden diese vom Fallmanager vorgestellt. Hierzu gehören alle wesentlichen Punkte, wie sie im Überweisungsformular festgehalten wurden. Speziell werden hier auch Risiken und Risikomanagement besprochen.

7.2.5.2. Management von Risiken

- Es existieren einige wichtige Strategien hinsichtlich des Risikomanagements (Brimblecombe 2008, Smyth et al. 2008):
- Alle Mitarbeiter sind über Qualitätssicherungsrichtlinien zu Prävention, Umgang und Behandlung von psychiatrischen Notfällen und insbesondere akute Eigen- und / oder Fremdgefährdung informiert (z. B. in welchen Situationen die Polizei oder Ordnungsamt hinzugezogen werden sollte);
- Alle Mitarbeiter haben bzgl. psychiatrischer Notfälle und insbesondere Eigen- und / oder Fremdgefährdung Fortbildung und Training erhalten, z. B. haben sie ein Aggressions-Management-Training absolviert. Sie kennen Risikofaktoren für Eigen- und / oder Fremdgefährdung (siehe 7.2.3.3.), können diese bzgl. ihres Risikos bewerten und kennen Maßnahmen bzgl. Prävention und Behandlung;
- Alle Mitarbeiter sind zu medikamentösen Krisen- und Notfallbehandlungsmöglichkeiten informiert und darin trainiert;

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

- Der Fallmanager untersucht kontinuierlich Risiken und Status bzgl. Eigen- und /oder Fremdgefährdung (von verschiedenen Quellen). Diese werden in den Interventionen im Team diskutiert und bewertet;
- Jede Art der Eigen- und /oder Fremdgefährdung muss im CRT-Board dokumentiert werden, so dass alle Teammitglieder ständig über Risiken informiert sind. Diese Dokumentation ist rechtlich relevant und sollte äußerst sorgfältig geführt werden;
- CRTs haben Zugang zu tagesstrukturierenden, psycho- und soziotherapeutischen Angeboten (z. B. in der PIA), die sie zur Prävention und Behandlung von Eigen- und /oder Fremdgefährdung nutzen können;
- Regelmäßig bietet ein Peer-Begleiter präventiv Begleitung für die Klienten an;
- Bei jedem neuen Klienten sowie bei Verdacht auf Eigen- und /oder Fremdgefährdung werden Interventionen im häuslichen Umfeld immer zu zweit oder zu dritt durchgeführt. Ebenso sollte mindestens einer der Mitarbeiter männlichen Geschlechts sein;
- Jede Krisenintervention mit dringendem V. a. auf Eigen- und /oder Fremdgefährdung muss sorgfältig geplant werden. Hier sollten ggf. auch Dritte (z. B. Polizei, Ordnungsamt) von Anfang hinzugezogen werden;
- Die Sicherheit von Klienten, Dritten und Mitarbeitern ist immer das oberste Gebot der Behandlung. Wenn diesbezüglich eine Unsicherheit im Team besteht, ist eine (kurze) stationäre Aufnahme zur Herstellung von Sicherheit immer eine adäquate Option.

7.2.5.3. Management von Symptomen

Crisis Resolution Teams müssen eine große Vielfalt von Symptomen in allen Schweregraden behandeln können (Hoult & Nolan 2008). Diese umfassen nicht

nur störungsspezifische Symptome, sondern v. a. auch Agitation und Suizidalität. Entsprechend werden nachfolgend einige Richtlinien bzgl. Behandlung und Monitoring von verschiedenen Symptomen erläutert, die in Krisensituationen eine besondere Rolle spielen. Diese Richtlinien entsprechen weitestgehend denen störungsspezifischer Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (siehe DGPPN: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>). Praktisch empfiehlt es sich das Symptommanagement in drei Phasen einzuteilen:

1. Die initiale Akutphase:

- Schwerpunkt der Behandlung liegt auf Agitation und /oder Suizidalität inklusive Verhaltensauffälligkeiten, Emotionen, aggressivem Verhalten, suizidalen Gedanken oder Plänen, Schlafstörungen, etc.;
- Herstellung einer therapeutischen Beziehung;
- Sicherung aller notwendigen Voraussetzungen für eine häusliche Akutbehandlung inklusive wohnen, essen, Kontakt zum CRT, Vorgehen bei Verschlechterung, Reduktion von Stressoren, Aufklärung von Bezugspersonen, Klärung der Inanspruchnahme psychosozialer Interventionen, ggf. Erstkontakt zum Peer-Genesungsbegleiter wenn nicht sowieso schon involviert, etc.;
- Aufklärung und Edukation des Klienten und seiner Angehörigen, ggf. Dritte.
- Eine medikamentöse Behandlung ist fast ausnahmslos notwendig. Eine Krisenintervention ohne eine medikamentöse Therapie erhöht die Gefahr für Eigen- und /oder Fremdgefährdung und eine prolongierte Krise bzw. deren Eskalation bis hin zum psychiatrischen Notfall! Einige Klienten benötigen sogar eine medikamentöse Therapie zur Herstellung der Explorationsfähigkeit. In der Akutphase empfiehlt sich beispielsweise Lorazepam 1–2 mg Wafer, ggf. in Kombination mit einem sofort

wirksamen Antipsychotikum (z. B. Olanzapin Wafer 5–10 mg). In den meisten Fällen ist eine kombinierte medikamentöse Therapie notwendig, z. B. Antipsychotika plus Benzodiazepine zur Behandlung einer psychotischen Episode mit Wahn, Angst und Schlafstörungen (siehe unten). Die medikamentöse Therapie folgt den Richtlinien der Notfalltherapie (siehe z. B. Benkert und Hippus: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie).

- Bzgl. der medikamentösen Therapie muss das CRT in der akuten Behandlungsphase noch folgende Dinge zusätzlich beachten:
 - Mitnahme von (Notfall-)Medikation zu jedem Hausbesuch;
 - Beginn der Therapie unter den Augen der Behandler;
 - Ggf. muss vor Ort auf die Wirksamkeit der Medikation gewartet werden;
 - In der akuten Behandlungsphase ist in den meisten Fällen eine fortgesetzte Adaptation der Medikation notwendig;
 - Blutentnahmen zum Monitoring der Medikation ggf. zuhause durchführen;
 - Sicherung der medikamentösen Adhärenz, z. B. durch Angehörige, Dritte oder Pflegedienste, etc.;
 - Monitoring der Wirksamkeit am gleichen oder folgenden Tag.

2. Die mittelfristige Akutphase:

Innerhalb von Tagen beginnt bei den meisten Klienten eine Stabilisierung. Agitation, suizidale Gedanken und Symptome verbessern sich, der Klient schläft wieder regelmäßiger. Weiterhin besteht aber eine hohe Gefahr von erneuter Verschlechterung. Wenn nicht vorbekannt, wird in dieser Phase die Art der psychischen Erkrankung (Diagnose) häufig klarer und damit die Behandlung spezifischer.

Folgende Richtlinien sind in dieser Phase wichtig:

- Festigung der therapeutischen Beziehung;
- Genaue Klärung der krisenauslösenden Faktoren;
- Genaue Evaluation von Hauptdiagnose, psychischer komorbider Diagnosen, somatischer Diagnosen und Bereichen des sozialen Unterstützungsbedarfs;
- Fortgesetzte Aufklärung und Edukation des Klienten und seiner Angehörigen, ggf. Dritte;
- Fortgesetzte Sicherung der medikamentösen Adhärenz, z. B. durch Angehörige, Dritte oder Pflegedienste, etc.;
- Wenn nicht notwendig aufgrund von Nebenwirkungen sollte die Pharmakotherapie wie in den Tagen davor fortgesetzt und adaptiert werden, ggf. sogar erhöht, wenn die Symptome weiter instabil sind;
- Ggf. Durchführung somatischer Untersuchungen;
- Weitere Klärung und Koordination der zusätzlichen Inanspruchnahme psychosozialer Therapien (z. B. durch Hinzuziehen bestimmter CRT-Mitarbeiter oder in der PIA).

3. Die späte Akutphase:

Die späte Akutphase wird ebenfalls durch einige wichtige Richtlinien bestimmt. Diese beinhalten v. a. die weitere Stabilisierung des Klienten, Interventionen zur Verbesserung von genereller Gesundheit, Prävention zukünftiger Krisen und Überleitung in die Regelversorgung respektive in die Versorgung für Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen, z. B. Assertive Community Treatment (siehe 7.1.8.5.):

- Auch in der späten Akutphase besteht weiterhin eine erhöhte Gefahr für eine erneute Verschlechterung, deshalb sollten die Medikamente, wenn überhaupt, langsam reduziert werden;

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

- Wichtig ist, den höchsten Grad an Gesundheit schon während der Akutphase herzustellen. Hierbei gilt das Motto „je gesünder der Klient, desto unwahrscheinlicher eine erneute Krise“. Bei fast allen schwereren psychischen Erkrankungen besteht die höchste Chance auf eine Gesundheit bei einer längerfristigen Kombination aus Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie. CRTs haben dabei hauptsächlich die Aufgabe der initialen Behandlung und der Organisation weiterführender Therapien;
- Die Prävention erneuter Krisen ist eines der wichtigsten Therapieziele in der späten Akutphase. Für jeden Klienten sollte entsprechend ein Krisenplan erstellt werden. Dieser beinhaltet eine ganze Reihe von Informationen, u.a. Art und Inhalt früherer Krisen, potentielle Gefährdungssituationen und Auslöser, erfolgreiche medikamentöse Strategien in vergangenen Krisen, Kontaktmöglichkeiten zum CRT bei erneuter Krise, etc.;
- Der letzte Schritt ist die Überleitung in die weiterführende Behandlung. Dies sollte mittels einer persönlichen Übergabe (Telefon oder Face-to-Face) geschehen (siehe 7.2.5.9.).

Neben den allgemeinen Vorgehensweisen gehören zum Management von Symptomen auch der Umgang und die Behandlung bestimmter Symptome, die in Krisen gehäuft vorkommen:

- **Agitation:** Zur Behandlung von Agitation gehört eine möglichst gute Vorbereitung des Kontaktes, insbesondere dann, wenn dieser im häuslichen Umfeld stattfindet. Möglichst viele Vorinformationen sollten davor zusammengetragen und bewertet werden. Am Wohnort sollte mit angemessener Vorsicht vorgegangen werden ohne sich diese anmerken zu lassen. Ein ruhiges Auftreten ohne Konfrontationen ist ebenso wichtig. Für Untersuchung und Intervention braucht man Zeit. Man

sollte erklären wer man ist, wer den Kontakt hergestellt hat und was das Ziel der Untersuchung ist. Keine Details sollten verheimlicht werden. Man sollte eine lange Erhebung durchführen, mit allen wichtigen Details. Dies führt dazu, dass man die aktuelle Situation richtig versteht und beruhigt den Klienten. Bei dem Kontakt immer weitersprechen, notfalls Angehörige oder Dritte in die Konversation miteinbeziehen. Langsam beginnt sich ein Krisenplan herauszubilden, bestenfalls aus der Diskussion mit dem Klienten. An einem Punkt muss der Krisenplan dem Klienten und dessen Bezugspersonen mitgeteilt werden. Manchmal ist es hilfreich, wenn das Team sich davor alleine kurz bespricht. Es kann passieren, dass die einzige Option ist, Medikamente vor den Augen des Teams zu nehmen oder stationär aufgenommen zu werden. Diese Konfrontation kann zu erhöhtem Druck führen, ist aber unausweichlich wenn eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld gelingen soll. Wenn der Klient eine Medikation akzeptiert, sollte diese sofort gegeben werden. Management bezieht sich nie alleine auf Medikamente. Wenn die Medikation genommen wurde, bleibt das Team bei dem Klienten, wartet die Wirkung ab, und bespricht andere wichtige Punkte der initialen Akutphase.

- **Suizidalität:** Suizidalität ist bei existierender CRT Behandlung keine strikte Indikation zur stationären Aufnahme. Fast jeder suizidale Klient ist bereit sich auf Kontakt, Hilfe und Therapie einzulassen. Fast alle suizidalen Klienten sind in irgendeiner Weise depressiv. Die Hauptgruppe, welche zu CRTs überwiesen wird, sind Klienten aus der Notaufnahme mit unipolaren Depressionen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen (siehe unten). Wie immer ist der Startpunkt eines guten Managements eine detaillierte Untersuchung des Klienten. Das Team muss wissen, warum dem Klienten Suizid als einzige Lösung

erscheint, wie stark die Suizidabsichten sind, ob Pläne bestehen, wie lösbar die Probleme des Klienten sind und welche Ressourcen mobilisiert werden können. Am Ende der Untersuchung sollte immer gefragt werden, ob der Klient „wirklich sterben oder seine Probleme gelöst haben wolle“. Die meisten Klienten wollen ihre Probleme gelöst haben. Dies ist der Zugang zu Krisenintervention, Hilfe, Unterstützung und Hoffnung. Mobilisierung von sozialer Unterstützung ist eine weitere wesentliche Hilfe. Zudem können auch Medikamente zur Distanzierung von suizidalen Gedanken und zur Schlafförderung eingesetzt werden. Ein rascher Beginn der spezifischen Pharmakotherapie der Grunderkrankung, z. B. Antidepressiva bei unipolarer Depression, ist ebenso wichtig.

- **Schwere depressive Symptome:** Eine Person mit schwerer Depression ist entweder agitiert, antriebsgemindert oder beides im Wechsel. Auch psychotische Symptome können manifest sein. Suizidalität sollte immer geprüft werden, ebenso das Vorliegen eines nihilistischen Wahns oder andere psychotische Symptome. Die naheliegende Medikation ist eine Kombination aus Antidepressiva, Medikamente zur Schlafförderung und ggf. Antipsychotika. Da Angst häufig auch eine Rolle spielt, sind angstlösende Medikamente ebenso indiziert. Bestehende Suizidalität sollte ernst genommen werden, v. a. bei Klienten mit nihilistischem Wahn und speziell bei antriebsgeminderten Klienten mit fortbestehender schwerer Depression, bei denen Antidepressiva zunächst zur Antriebsverbesserung führen.
- **Psychotische Symptome:** 60% aller psychiatrischen Krisen/Notfälle betreffen Klienten mit psychotischen Störungen. Psychotische Symptome, die in Krisen hauptsächlich eine Rolle spielen sind Halluzinationen, Wahn und /oder Desorganisation, die dann zu Agitation

und /oder Suizidalität führen. Dabei handelt es sich entweder um junge unbehandelte Klienten, die aufgrund ihrer langen Dauer der unbehandelten Psychose in einem schlechten psychischen Zustand in Kontakt mit CRTs kommen oder um Mehrfacherkrankte mit Rückfällen, meist aufgrund von medikamentöser Non-Adhärenz. Häufig spielen auch Alkohol und /oder Drogen bei der Krise eine Rolle. Ein zentrales Problem der Akutbehandlung stellt häufig auch die mangelnde Krankheitseinsicht dar. Akute psychotische Symptome sollten sofort und umgehend medikamentös behandelt werden. Geschieht dies nicht, kommt es zumeist zur Eskalation der Situation mit der Gefahr der Notwendigkeit der Behandlung gegen den Willen des Klienten. Zumeist ist eine kombinierte medikamentöse Therapie bestehend aus Antipsychotika und Benzodiazepinen notwendig. Hier sollten frühere positive Erfahrungen mit bestimmten Medikamenten dieser Typen genutzt werden.

- **Manische Symptome:** Manische Symptome treten bei Personen mit bipolaren oder schizoaffectiven Störungen auf, beide gehören überzufällig häufig zu den schweren psychischen Erkrankungen (siehe Kapitel 4). Viele Klienten mit manischen Symptomen kooperieren mit CRTs und willigen in eine häusliche Akutbehandlung ein. Das Problem ist aber, dass sie überschüssige Energien haben, viel unterwegs sind und das CRT häufig Schwierigkeiten hat, die Klienten anzutreffen und medikamentös zu behandeln. Deswegen sollten die Klienten so schnell wie möglich mit vorwiegend sedierenden Medikamenten behandelt werden. Antimanische Medikamente (Lithium oder Valproat) in Kombination mit Antipsychotika sollten sofort begonnen werden. Auch eine medikamentöse Schlafförderung ist indiziert. Das Team sollte die Einnahme überwachen und auf eine initiale Wirkung warten. Der Klient muss nach ein

Strukturen und Interventionen von Crisis Resolution Teams

paar Stunden erneut aufgesucht werden. Der weitergehende Behandlungsplan muss ein engmaschiges Monitoring beinhalten, zumeist mehrmals tägliche Kontakte zuhause oder in der Klinik.

- **Borderline-Persönlichkeitsstörungen:** Ein gutes CRT kann die meisten Krisenklienten mit einer Borderline-Störung im häuslichen Umfeld behandeln. Der initiale Kontakt zu diesen Klienten findet zumeist in Notaufnahmen nach selbstverletzendem Verhalten statt. Hier sagen die Klienten häufig, dass sie sich erneut selbstverletzen werden, wenn man sie nicht stationär aufnimmt. Entsprechend beinhaltet das Management vieles was unter Suizidalität schon zusammengefasst wurde. Allerdings ist die kontinuierliche Androhung von Selbstverletzung/Suizid für viele unerfahrene Professionelle eine Quelle ständiger Sorge. Die erste Aufgabe umfasst eine ausführliche Exploration der aktuellen Stressoren, die zu diesem Verhalten geführt haben und früherer Episoden von Selbstverletzung inklusive ihres Ergebnisses. Diese detaillierte Erhebung ist schon eine Therapie. Es entwickelt sich eine therapeutische Beziehung, Unstimmigkeiten lösen sich auf und Ideen, wie man die Krise gemeinsam meistern könnte, kommen in den Blick. Häufig bitten diese Klienten inständig um eine stationäre Aufnahme und zumeist haben sie schon zahlreiche in der Vorgeschichte mit nur wenig Erfolg am Ende der Behandlung. Häufig liegt der Trigger der Episode in interpersonellen Konflikten. Hier kann das Aufzeigen von möglichen Lösungen des Konfliktes ein Schritt zur Stabilisierung der Episode sein. Trotzdem existieren Klienten, die fortlaufend eine stationäre Aufnahme einfordern. Hier muss das Team zwischen Drohung und tatsächlichem Risiko abwägen. Für Klienten, dies sich für eine CRT Behandlung entscheiden, können auch Medikamente hilfreich sein. Hier müssen aber Überdosierungen verhindert werden.

Antipsychotika, Antidepressiva und / oder Benzodiazepine können eingesetzt werden. Die Klienten sollten so kurz wie möglich in der CRT Behandlung bleiben. Je mehr Zeit und Anstrengung investiert wird, desto mehr eskalieren häufig die Ansprüche. Eine Weiterbehandlung in einer spezifischen integrierten Versorgung für Borderline-Störungen ist wünschenswert.

7.2.5.4. Praktische psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen sollten sich weitestgehend an publizierten störungsspezifischen Leitlinien und dem Standard einer stationären Akutbehandlung orientieren. Folgende Aufgaben und Interventionen sind innerhalb der CRT-Behandlung wichtig (Bindman & Flowers 2008, Rigby et al. 2008):

- Psychologische Diagnostik (ggf. anhand eines strukturierten klinischen Interviews) zur Klärung der Art der krisenauslösenden psychischen Erkrankungen inklusive Haupterkrankung und komorbider psychischer Störungen und ggf. Unterstützung bei der Organisation weiterführender Psychotherapien;
- Störungsspezifische Psychoedukation zur Förderung von Aufklärung und Wissen bei Klienten, Angehörigen und Bezugspersonen;
- Psychologische Interventionen zur Förderung der Motivation zur Alkohol- und / oder Drogentherapie;
- Stressmanagement und Förderung von Problemlösefähigkeiten;
- Sozialarbeit zur Klärung und Lösung sozialer Probleme, v.a. in den Bereichen:
 - Wohnen (z.B. Obdachlosigkeit, Kündigungsandrohung, Mietzahlung, Einrichtung vorhanden und in ausreichendem Zustand, Hinweis auf Risikoverhalten, Notwendigkeit betreuten Wohnens);

- Finanzen (z. B. Schulden, unbezahlte Rechnungen, Einkommen);
- Gesundheitsfürsorge (Ernährung, Sport, Adipositas, Behandlung von somatischen Erkrankungen, Vorhandensein eines Hausarztes)
- Schule, Ausbildung, Arbeit, Beschäftigung (z. B. Krankmeldung, Ausbildungssuche, Unterstützung beim Studium, schrittweise berufliche Reintegration, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Jobsuche);
- Beziehungen, soziale Kontakte, Kommunikation (z. B. familiäre Beziehungen, regelmäßige Sozialkontakte, Konflikte)
- Spezifische Probleme von Migranten und Flüchtlingen (z. B. Aufenthaltsstatus, Verständigung, Integrationshilfen)
- Kinder psychisch kranker Eltern (z. B. Haushaltshilfen, Erziehungshilfen, Klärung eigener Hilfebedarf).

Da kombinierte soziale Probleme häufig sind (siehe Kapitel 4) und die CRT-Behandlungsphase eher kurz, muss häufig eine Übergabe an die weiterführenden Behandler erfolgen. In äußerst komplexen Problemlagen sollte auch ein gesetzlicher Betreuer zur längerfristigen Unterstützung beantragt werden.

7.2.5.5. Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Netzwerk

Im Rahmen der Akutbehandlung durch CRTs werden Angehörige und das soziale Netzwerk deutlich regelhafter in die Therapie miteinbezogen als bei der Behandlung im Krankenhaus. Studien haben gezeigt, dass dies zu einer geringeren Stigmatisierung psychisch Erkrankter beiträgt. Darüber hinaus wird der Klient nicht aus seinen sozialen Bezügen gerissen, sondern kann in diesen verbleiben und sie sogar an dem Gesundungsprozess beteiligen. Dies ist von besonderer Bedeutung für Schule, Ausbildung, Studium und Beruf, bei denen lange Fehlzeiten häufig

negative Konsequenzen haben. Ein zentraler Vorteil der Vermeidung von Hospitalisierungen und der häuslichen Akutbehandlung ist, dass Klienten und ihre sozialen Netzwerke Bewältigungsstrategien und Problemlösefähigkeiten verbessern lernen können. Dies wirkt kommenden Krisen entgegen und erklärt, warum Familien keine größere Belastung bei häuslicher im Vergleich zu stationärer Akutbehandlung berichten.

Die Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Netzwerk ist ein essentieller Bestandteil der CRT-Behandlung. Dabei ist die Wahrung der „Vertraulichkeit“ ein wichtiger Punkt, der eine besondere Betrachtung benötigt. Vertraulichkeit betrifft v. a. drei Informationsbereiche (Bridgett und Gijssman 2008):

- Die Information, dass der Klient ein Patient mit einer psychischen Erkrankung und in Behandlung ist, kann Bedenken bei anderen Personen auslösen;
- Informationen von anderen Personen über den Klienten;
- Persönliche Informationen, die der Klient über sich berichtet hat.

In der täglichen Praxis ist es wichtig, mit dem Klienten Vor- und Nachteile strikter oder weniger strikter Vertraulichkeit zu besprechen und mit ihm klare Regeln festzulegen, wer und wie dieser in den Gesundungsprozess miteinbezogen werden soll. Die Erfahrung zeigt hier, dass die meisten Klienten ebenso wie ihre Bezugspersonen großen Wert auf den Einbezug legen. Eine weitere Strategie ist, dass im Verlauf der Behandlung die „Vertraulichkeitsdosis“ gesteigert wird, z. B. wenn der Einbezug erster Bezugspersonen von dem Klienten positiv erlebt wurde können nachfolgend auch weitere einbezogen werden.

Viele Klienten werden von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen zu CRTs überwiesen. Hier stellt sich sofort die Frage der Vertraulichkeit von

Strukturen und Intervention von Crisis Resolution Teams

Informationen. Zu diesem Zeitpunkt ist aber nicht der eigentlich Betroffene der Klient, sondern die hilfeschuchende Bezugsperson. Abhängig von den Umständen ist es auch akzeptabel, Informationen von weiteren Bezugspersonen und Dritten einzuholen, da dies zur größeren Sicherheit und Effektivität der Behandlung beiträgt. Wenn es das erste Interview mit dem Klienten zulässt, sollten diese Verbindungen und entsprechende Informationen offen besprochen und geklärt werden. Dies erhöht die Chance des Einbezugs von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen von Anfang an.

Während der Behandlung fragen speziell Angehörige häufig nach Informationen über den Klienten. Hier sollten Regeln im Umgang mit Informationen persönlich zwischen Klienten und Angehörigen unter Moderation und Beratung durch Behandler besprochen werden, auch für die zukünftige Behandlung und mögliche zukünftige Krisen. Ein möglichst offener Umgang zwischen Klienten und Angehörigen bezüglich Problemen und Sorgen kann die Beziehung stärken und Stress im Umgang miteinander reduzieren.

Wichtig ist auch, dass Umstände eintreten können, in denen auch entgegen des Wunsches des Klienten Informationen von Dritten benötigt werden:

- Wenn Bedenken wegen der Sicherheit des Klienten bestehen (Eigengefährdung);
- Wenn Bedenken im Sinne der Fremdgefährdung bestehen;
- Wenn die mentale Fähigkeit durch die Erkrankung so stark beeinträchtigt ist, dass eine Zustimmung nicht mehr möglich ist;
- Wenn bei bestehender Notwendigkeit hierzu keine Alternative existiert.

Bezüglich der Arbeit mit Angehörigen und dem sozialen Netzwerk bestehen ebenfalls einige wichtige Ausgangslagen:

- Es ist davon auszugehen, dass bei Angehörigen und dem sozialen Netzwerk (genauso wie bei dem Klienten) wenig Aufklärung und Wissen über psychische Erkrankungen bestehen (Jorm et al. 2012). Dies betrifft vor allem die Bereiche:
 - Erkennung psychischer Erkrankungen;
 - Versorgungsstrukturen und evidenzbasierte Behandlung;
 - Effektive präventive und Selbsthilfestrategien;
 - Hilfe und Unterstützung erkrankter Personen.
- Eine partizipative Entscheidungsfindung ist ohne Aufklärung und Wissen nicht möglich. Psychoedukation und Beratung durch geschulte Angehörige verbessern Aufklärung und Wissen und damit die Kompetenz zur adäquaten Unterstützung;
- Angehörige und das soziale Netzwerk tragen eine große Last, nicht nur bei Krisen von Klienten, aber vor allem in Krisen. Entsprechend benötigen sie Hilfe bei der Krisenbewältigung, aber auch Unterstützung für sich selbst.

Der Vorteil der Behandlung im eigenen Wohnraum ist, dass Angehörige und das soziale Netzwerk regelhaft in die Behandlung mit eingebunden werden können. Folgende Vorgehensweisen und Interventionen sind spezifisch in der CRT-Behandlung:

- Wenn immer möglich, sollten Angehörige und andere Bezugspersonen regelhaft und kontinuierlich mit eingebunden werden. Dies fördert eine kompetente Unterstützung der Krisenbehandlung durch das CRT;
- CRTs müssen sich darauf einstellen, dass nicht nur der Klient, sondern auch Angehörige, Mitbewohner, etc. eine besondere Aufklärung und Hilfe bedürfen, v.a. deshalb, weil der

Klient während der Krisenbewältigung im Wohnraum bleibt. Bezüglich Psychoedukation brauchen Angehörige und andere Bezugspersonen spezifische Informationen;

- Ablauf und Details der Krisenintervention durch das CRT sollten ruhig und wiederholt allen Beteiligten gemeinsam erklärt werden. Hier ist auch zu klären, wie Bezugspersonen den Klienten konkret unterstützen können;
- Die Kommunikation zwischen Angehörigen, anderen Bezugspersonen und dem Klienten sollte gefördert werden. Konflikte sollten angesprochen und Missverständnisse aufgeklärt werden;
- Wenn nicht schon beteiligt, sollte das soziale Netzwerk aktiviert werden. Wer kann wie bei der Krisenbewältigung helfen? Hier geht es vor allem auch um ganz praktische Hilfen: Kann jemand den Klienten in die Klinik begleiten? Wer hilft ihm beim Einkaufen oder ggf. beim Aufräumen? Wer kann mit ihm spazieren gehen?
- Angehörige und andere Bezugspersonen sollten regelhaft motiviert werden, Selbsthilfeangebote zu nutzen, z. B. Selbsthilfegruppen oder Begleitung durch geschulte Angehörige;
- Bei Hinweisen auf einen über die Krisensituation hinausgehenden Hilfebedarf der Familie, sollten nachfolgend Familieninterventionen genutzt werden.

7.2.5.6. Förderung von Therapieinanspruchnahme und Adhärenz

Therapieinanspruchnahme (engl. ‚engagement‘) und Therapieadhärenz (engl. ‚treatment adherence‘) sind zugleich zentrale Aufgaben und essentielle Erfolgsfaktoren für die Arbeit von CRTs (Tacchi & Scott 2008). Die Initiierung oder Verbesserung von Therapieinanspruchnahme und Therapieadhärenz ist nicht nur zur Bewältigung der aktuellen Krise,

sondern insbesondere auch bezüglich der Verhinderung von zukünftigen Krisen essentiell.

„Engagement“ umfasst aus Sicht der aufsuchenden Behandlung sechs verschiedene Komponenten:

- Einhaltung von Terminen;
- Interaktion zwischen Klient und Behandler;
- Kommunikation;
- Offenheit;
- Therapieteilnahme;
- Medikamentöse Adhärenz.

„Engagement“ wird insbesondere bei der Arbeit von CRTs als multidimensionales Konzept verstanden, bei dem es explizit nicht um „Alles-oder-nichts“ geht. Vielmehr können bei dem Engagement-Prozess auch kleine Teilerfolge bei einzelnen Engagement-Komponenten einen großen Fortschritt darstellen, z. B. Klienten, die zwar noch keine Therapie akzeptieren, aber Termine einhalten und offen über ihre Krise berichten.

Bezüglich „Engagement“ existieren einige verhin- dernde und fördernde Faktoren:

- Verhindernde Faktoren:
 - Negative Vorerfahrungen mit psychiatrischer Behandlung, speziell Behandlungen gegen den Willen;
 - Die Meinung, dass die Behandlung nicht hilft;
 - Die vom Klienten als unangemessen wahrgenommene Behandlung, speziell der zu starke Fokus auf Symptome und auf eine alleinige medikamentöse Behandlung;
 - Symptome, die den Prozess behindern, z. B. fehlende Krankheitseinsicht, Desorganisation;

Strukturen und Intervention von Crisis Resolution Teams

- Negative Ansichten und Verhalten von Mitarbeitern;
- Kulturelle Barrieren;
- Fördernde Faktoren:
 - Entwicklung einer guten therapeutischen Allianz;
 - Arbeit mit Klienten in ihrer eigenen Umgebung;
 - Zeit mit Klienten;
 - Hochgradige Flexibilität und Kreativität im Umgang mit dem Klienten der Krisenintervention.
- Alleine lebend;
- Komorbide Suchtstörung;
- Medikamentöse Non-Adhärenz in der Vorgeschichte;
- Fehlende Krankheitseinsicht;
- Kognitive Störungen und/oder formale Denkstörungen;
- Subjektive Erfahrungen von Nebenwirkungen;
- Kompliziertes Medikamentenregime;
- Individuelle- und Beziehungsfaktoren:
 - „High expressed emotion“ in der Familie
 - Fehlende Krankheitseinsicht bei der Familie;
 - Schlechte therapeutische Allianz;
 - Negative Erwartungen oder Einstellungen zur Behandlung;
 - Angst vor Nebenwirkungen;
 - Negative Einstellung gegenüber Medikamenten.

Speziell die Entwicklung einer guten therapeutischen Allianz ist von außerordentlicher Bedeutung. Hierzu existieren ebenfalls fördernde Faktoren:

- Freundlicher und respektvoller Umgang mit dem Klienten;
- Empathische und hoffnungsvolle Einstellung der Mitarbeiter bzgl. des Erfolgs der Behandlung und entsprechende Vermittlung;
- Zeit, dem Klienten zuzuhören und sein Problem zu verstehen;
- Geduldige und detaillierte Aufklärung und Wissensförderung von Klienten und deren Bezugspersonen;
- Gemeinsame Diskussion und Entscheidung bzgl. Hilfen und Behandlung;

Darüber hinaus existieren zahlreiche Faktoren, die mit einer unzureichenden Therapieinanspruchnahme und medikamentöser Non-Adhärenz assoziiert sind. Auch deren Kenntnis kann helfen, in Krisensituationen adäquate Einschätzungen und Behandlungsschritte vorzunehmen:

- Demographische, Krankheits- und Behandlungsfaktoren:

Neben den genannten Faktoren existieren auch noch spezifische Vorgehensweisen von CRTs um den Engagement-Prozess zu fördern:

- Der erste Engagement-Schritt betrifft die Verhandlung mit dem Klienten bzgl. der Organisation des Hausbesuchs, u.a. Zeitpunkt, Anzahl aufsuchende Mitarbeiter, Geschlecht der Mitarbeiter, besondere kulturelle Umstände. Hier sollten Wünsche des Klienten erfragt und möglichst erfüllt werden;
- Ebenfalls förderlich ist der möglichst frühzeitige (sofortige) Einbezug von Angehörigen, anderen Bezugspersonen, Betreuer, etc. Durch den Einbezug entstehende Aspekte zur Vertraulichkeit sind unter 7.2.5.5. dargestellt.

Bezugspersonen können in der CRT-Behandlung wichtige Interventionen unterstützen, z. B. bei der Einnahme der Medikation helfen. Allerdings ist es wichtig, mit den Bezugspersonen die Grenzen der Verantwortlichkeit zu klären und klare Hinweise bzgl. des notwendigen Einbezugs des CRTs festlegen;

- Eine fortlaufende Untersuchung von Risiken unterstützt ebenfalls den Engagement-Prozess. Bei jedem Kontakt sollte eine Eigen- und Fremdanamnese von Risiken stattfinden. Dies erzeugt Sicherheit für alle Beteiligten (Klienten, Bezugspersonen und Mitarbeiter). Hier sollte auch immer wieder darauf hingewiesen werden, dass 24 h/tgl. eine Hilfe via Bereitschaftstelefon möglich ist;
- Einer der wichtigsten förderlichen Faktoren für Engagement und Adhärenz ist Zeit. Eine gute therapeutische Allianz und eine ausführliche Risikountersuchung brauchen Zeit und Geduld, v. a. dann, wenn der Klient akut erkrankt ist. Insbesondere beim Erstkontakt ist Zeit einer der wichtigsten Prädiktoren für eine gute therapeutische Allianz. Ist eine gute therapeutische Allianz hergestellt, werden alle Beteiligten während der Krisenintervention davon profitieren;
- Engagement und Adhärenz sind maßgeblich auch von der Klient-Behandler-Beziehung abhängig. Entsprechend sollte auch bei der CRT-Behandlung versucht werden, hier eine möglichst gute Passung herzustellen. Ist der Klient mit bestimmten Teammitgliedern in gutem Kontakt, sollten diese versuchen, kontinuierlich während der gesamten Behandlung zuständig zu sein.
- Die medikamentöse Adhärenz kann durch Anwendung des Adhärenz-Therapie-Modells (Kemp et al. 1998) gefördert werden;

7.2.5.7. Förderung von Gesundheit (Recovery)

Die beste Prävention zukünftiger Krisen ist ein möglichst hoher Grad an Gesundheit (Recovery). Aufgrund der eher kurzen Behandlungsphase kommen CRTs hier v. a. folgende Aufgaben zu:

- Diagnostische Klärung bzgl. Haupterkrankung, komorbide psychische und somatische Erkrankungen, sozialer Unterstützungsbedarf;
- Aufklärung und Edukation für Klienten, Angehörige und andere Bezugspersonen und Entwicklung eines entsprechenden langfristigen Behandlungsplans im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung;
- Einstellung des Klienten auf eine möglichst effektive und verträgliche Pharmakotherapie mit der höchsten Wahrscheinlichkeit der zukünftigen kontinuierlichen medikamentösen Adhärenz. Dies ist insbesondere wichtig, da komplette und partielle medikamentöse Non-Adhärenz weitaus die stärksten Prädiktoren für einen Rückfall darstellen;
- Herstellung eines bestmöglichen Gesundheitsgrades des Klienten bzgl. Symptomen, Funktionsniveau und Lebensqualität;
- Lösung möglichst vieler sozialer Probleme, bei denen der Klient Unterstützungsbedarf hat. Wenn nicht alle Probleme gelöst werden können, Übergabe aller weiteren notwendigen Interventionen an langfristige Behandler;
- Erstellung eines Krisenplans (siehe 7.2.5.8.) und entsprechende Edukation für Klienten, Angehörige und Bezugspersonen;
- Organisation einer Anschlussbehandlung und Übergabe des Klienten, bestenfalls in einem Face-to-Face Treffen unter Anwesenheit von Klienten und wichtigen Bezugspersonen.

Strukturen und Intervention von Crisis Resolution Teams

7.2.5.8. Prävention zukünftiger Krisen

Die Prävention zukünftiger Krisen ist ebenfalls eine zentrale Aufgabe von CRTs. Das Ziel wird mittels eines Rückfallpräventionsplans, kurz Krisenplan, umgesetzt. Hierzu gehören folgende Komponenten, die auf dem Krisenplan eingetragen werden (Smyth et al. 2008):

- Identifizierung und Verschriftlichung von individuellen Faktoren, die einen Rückfall begünstigen (z. B. Absetzen der Medikation, Missbrauch von Alkohol/Drogen);
- Aktuelle Medikation inklusive Einnahmezeitpunkten, Dosierung und fortlaufende Aktualisierung;
- Individuelle Frühwarnzeichen;
- Maßnahmen bei Auftreten von Frühwarnzeichen;
- Alle Kontaktdaten, die bei Auftreten von Frühwarnzeichen genutzt werden sollten, u. a. Hotline des CRTs;
- Aufklärung und Edukation von Klienten, Angehörigen und anderen Bezugspersonen zu Inhalt und Nutzung des Krisenplans.

- Übergabe des Klienten, bestenfalls in einem Face-to-Face Meeting, unter Anwesenheit von Klienten und wichtigen Bezugspersonen. Hier sollte den weiteren Behandlern v. a. die Krisensituation, Frühwarnzeichen und die erfolgreichen individuellen Interventionsmöglichkeiten des Klienten mitgeteilt werden;
- Klienten mit schweren psychischen Erkrankungen sollten durch ein Assertive Community Treatment Team weiterbehandelt werden.
- Klienten sollten zuletzt die Möglichkeit erhalten, ihre Sichtweisen über die positiven und negativen Aspekte der CRT-Behandlung zu äußern.

7.2.5.9. Entlassung aus der Crisis Resolution Behandlung

Die Entlassungsplanung beginnt schon zu Beginn der CRT-Behandlung. Dies ist v. a. in Deutschland notwendig, da lange Wartezeiten bestehen und evidenzbasierte langfristige Behandlungsmodelle für schwer Erkrankte kaum implementiert sind. Zu einer adäquaten Entlassung aus einer CRT-Behandlung gehören folgende Komponenten (Smyth et al. 2008):

- Vor der Entlassung sollte das Team sicherstellen, dass Klient, Angehörige und andere Bezugspersonen den weiterführenden Behandlungsplan verstanden haben;

Information, Fortbildung, Training



Information, Fortbildung und Training sind wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementierung und Qualität der Crisis Resolution Behandlung (siehe auch Kapitel 9).

8.1. Information

Information betrifft die Population des zu versorgenden Sektors, im Sektor arbeitende professionelle Institutionen und Personen, Kliniken mit Schnittstellen zum Versorgungssektor und Betroffenen- und Angehörigenverbände. Hierbei spielt die flächendeckende Verbreitung von Informationen über das CRT-Behandlungsangebotes mit allen wichtigen Informationen zur adäquaten Nutzung und Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Diese können über Websites, Flyer, etc. der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

8.2. Fortbildung

Fortbildung beinhaltet im Wesentlichen zwei Bereiche:

- Fortbildung zur CRT-Behandlung für Professionelle, v. a. für Institutionen in der Klinik (z. B. Akutstationen, PIA, etc.) und ambulante Leistungserbringer (z. B. niedergelassene Psychiater, Gemeindepsychiatrie). Die Inhalte entsprechen in etwa den Inhalten des vorliegenden Manuals.

- Regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeiter von CRTs, v. a. zu den Themen psychiatrische Notfälle und deren Behandlung, Pharmakotherapie, störungsspezifische evidenzbasierte Behandlung, Förderung von Engagement, Adhärenz-Therapie, etc.

8.3. Training

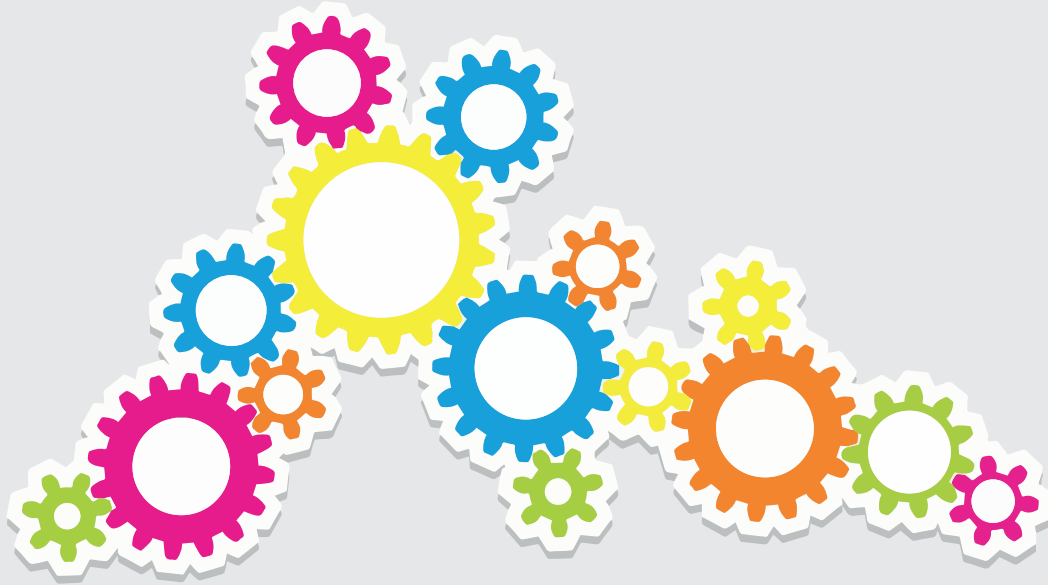
Training umfasst die Ausbildung neuer CRTs, respektive neuer Mitarbeiter. Es folgt ebenfalls dem vorliegenden Manual, ist aber deutlich ausführlicher und detaillierter als o.g. Fortbildungen. Es fokussiert wichtige Strukturen, Prozesse, klinische Interventionen, etc. Von besonderer Bedeutung sind zudem die Themen Identität, Werte und Vision des Teams, Kommunikation, Rollendefinition, sowie Angst- und Stressbewältigung. Das Training dauert etwa drei bis fünf Tage und kann als eine Art Zertifizierung für Teams und Mitarbeiter angesehen werden (siehe Kapitel 9). Dazu gehören auch ein Aggressions-Management-Training und für neue Teams normalerweise auch Hospitationen bei schon bestehenden CRTs. Folgende übergreifende Themengebiete gehören zu dem Training:

- Das Modell der Crisis Resolution Teams (CRT);
- Teambildung und -Identität;
- Charakteristika der Hauptzielgruppe und deren Versorgungssituation;

Information, Fortbildung, Training

- Effektivität und Effizienz von CRT;
- Indikationen und Kontraindikationen für CRT;
- Strukturen und Interventionen von CRT;
- Qualitätssicherung von CRT.

Qualitätssicherung



Die Qualitätssicherung von Crisis Resolution Teams beinhaltet drei übergeordnete Bereiche: Strukturen, Interventionen und Prozesse, sowie Ergebnisse. Strukturen, Interventionen und Prozesse sollten eingangs zertifiziert und regelmäßig auditiert werden. Ergebnisse dienen der fortlaufenden Verbesserung der Qualität der Behandlung.

9.1. Strukturen, Interventionen und Prozesse

Zur Implementierung von CRTs und deren fortlaufender Qualitätssicherung wurden verschiedene Qualitätssicherungsskalen konzipiert. Die neueste Version einer solchen Skala ist die **CORE Crisis Resolution Team Fidelity Scale Version 2** (Lloyd-Evans et al. 2016, Paton et al. 2016). Sie wurde für dieses Manual erstmals in die deutsche Sprache übersetzt und ist im Kapitel 11 dargestellt.

Mit der Skala können folgende zwei Qualitätssicherungsmaßnahmen umgesetzt werden:

1. Qualitätsgesicherte Implementierung der CRTs bezüglich Strukturen, Interventionen und Prozesse (Zertifizierung);
2. Fortlaufende Qualitätssicherung durch wiederholte Überprüfung der Einhaltung der Qualitätskriterien (Auditierung).

Die CORE-Skala hat 39 Qualitätskriterien mit definierten Bewertungskriterien abgestufter Qualität. Alle Qualitätskriterien sollten bei der CRT-Behandlung adressiert werden. Sie umfassen folgende Qualitätsbereiche:

- Zugang und Überweisung
- 24 h / tgl. Erreichbarkeit und Intervention
- Gate-Keeping Funktion
- Verhinderung und Verkürzung stationärer Aufnahmen
- Kooperation mit dem Versorgungssystem
- Modelltreue
- Aufsuchende Intervention
- Information und Edukation
- Arbeit mit Angehörigen und soziales Netzwerk
- Pharmakotherapie
- Psychologische Interventionen
- Soziale Interventionen
- Körperliche Gesundheit
- Flexibilität der Interventionen
- Zusammensetzung und Kapazitäten des Teams
- Prävention zukünftiger Krisen

Qualitätssicherung

- Organisation und Überleitung zur fortführenden Behandlung

Neben der Anwendung der CORE-Skala sollten auch alle Prozesse qualitätsgesichert implementiert werden. Hier bietet sich die Anfertigung eines Workflows an, in dem alle Prozesse benannt und definiert sind. Zudem sollten wesentlichen Dokumentationen formalisiert und standardisiert werden, v.a. die Inhalte des CRT-Boards, Überweisungsformular, Erstuntersuchungsformular, klinische Dokumentation, Krisenplan, Überweisung zur Nachbehandlung, Leistungsdokumentation und Arztbrief.

9.3. Ergebnisse

Eine rückkoppelnde Qualitätssicherungsevaluation bzgl. der Ergebnisse der CRT-Behandlung ist für die Qualität der Arbeit von CRTs außerordentlich wichtig. Solche Evaluationen betrachten die Stärken, aber auch das Verbesserungspotential der Behandlung. Im Prinzip geht es darum, ein lernendes System zu implementieren. Die Evaluation sollte möglichst unabhängig durchgeführt werden und kann folgende Details enthalten:

- Modelltreue der CRTs
(z. B. Werte in der CORE-Skala);
- Demographische und diagnostische Daten der Klienten;
- Typen von Krisen und Notfällen;
- Notwendigkeit stationärer Behandlung
(Aufnahmen, Behandlungstage, Zwangseinweisungen);
- Behandlungserfolg
(z. B. Symptome, Funktionsniveau, Lebensqualität, Arbeitsunfähigkeitszeiten);
- Zufriedenheit mit der Behandlung
(Klienten, Bezugspersonen).

Literatur

Addington J, Heinssen RK, Robinson DG, Schooler NR, Marcy P, Brunette MF, et al. Duration of Untreated Psychosis in Community Treatment Settings in the United States. *Psychiatr Serv.* 2015; 66: 753–6.

Bagalman E, Napili A. Prevalence of Mental Illness in the United States: Data Sources and Estimates. Congressional Research Service 7–5700 www.crs.gov/R43047, 2015.

Benkert O., Hippus H.: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Springer, 2016.

Bindman JP. The crisis resolution team within the community service system. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 85–96.

Bindman JP, Flowers M. Practical psychosocial interventions. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 137–150.

Bridgett C, Gijssman H. Working with families and social networks. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 151–164.

Brimblecombe N. Assessment and management of risk. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 111–120.

Davies P, Taylor J. Getting the medicines right 2: medicines management in mental health crisis resolution and home treatment teams. National Mental Health Development Unit, 2010.

Delespaul PH; de consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe

mental illness and the number of such persons in the Netherlands. *Tijdschr Psychiatr.* 2013; 55: 427–38

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Deutsche Modifikation (ICD-10-GM), 2016.

DGPPN-Leitlinien: <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html>

Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 6: CD007906.

Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809528.pdf>.

Glover G, Johnson S. The crisis resolution team model: recent developments. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 23–34.

Gühne U, Becker T, Salize H, Riedel-Heller S. Wie viele Menschen sind in Deutschland schwer psychisch krank? *Psych Prax* 2015; 42: 415–423.

Hedden SL, Kennet J, Lipari R, Medley G, Tice P. Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.htm#id-textanchor000>

Hoult J, Cotton M-A. Assessment of crisis. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 97–110.

Literatur

Hoult J, Nolan F. Symptom management. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 121–136.

Johnson S, Thornicroft G. The classic home treatment studies. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 37–50.

Johnson S, Needle J. Crisis resolution teams: rationale and core model. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, 2008; pp. 67–84.

Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Ad Psych Treat* 2013; 19: 115–123.

Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for Commissioners of Acute Care – Inpatient and Crisis Home Treatment. London: Joint Commissioning Panel for Mental Health; 2013.

Jorm et al. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol.* 2012 Apr;67(3):231–43.

Kemp et al. Kirov G. Everitt P. et al (1998) Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 172, 413–419.

Klevan T, et al. “We are different people”: a narrative analysis of carers’ experiences with mental health crisis and support from crisis resolution teams. *Social Work in Mental Health*. 2016; 14: 658–675.

Lambert M, Schöttle D, Ruppelt F, Lüdecke D, Sariakaya G, Schulte-Markwort M, Gallinat J, Karow A. Integrated care for patients with first and multiple episodes of severe psychotic illnesses: 3-year results of the Hamburg model. *Bundesgesundheitsblatt*

Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2015; 58: 408–19.

Lambert M, Ruppelt F, Rohenkohl A, Karow A, Wiedemann K. Langzeittherapie in der Schizophrenie – Erfolgreiche psychosoziale Re-Integration durch Integrierte Versorgung. *Psychopharmakotherapie* 2016; 23: 58–66.

Lambert M, Schöttle D, Sengutta M, et al. Early detection and integrated care for adolescents and young adults with severe psychotic disorders: rationale and design of the Integrated Care in Early Psychosis study (ACCESS III). *Early Interv Psychiatry* 2016 [Epub ahead of print].

Lambert M, Karow A, Deister A, Gallinat J. Steuerung psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. In *Krankenhausmanagement in Psychiatrie und Psychotherapie: Strategien, Konzepte und Methoden*, Sektion Organisationsformen psychiatrischer Versorgung; Deister A, Pollmächer T, Falkai P, Erk K (Hrsg.). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, in Druck.

Lambert M, Siem A-K, Rohenkohl A, Daubmann A, Correl UC, Gallinat J, Karow A, Schöttle D, Karow A, Ruppelt F. Somatic comorbidity in serious psychotic disorders and their influence on 4-year outcome in integrated care (ACCESS II study). *Schizophr Res*, eingereicht.

Lexén A, Svensson B. Mental health professional experiences of the flexible assertive community treatment model: a grounded theory study. *J Ment Health*. 2016; 25: 379–384.

Lloyd-Evans B, Johnson F. Crisis resolution teams: how are they performing? *Ment Health Today*. 2014; 5–6: 18–9.

Lloyd-Evans B, Bond GR, Ruud T, Ivanecka A, Gray R, Osborn D, Nolan F, Henderson C, Mason O, Goater N, Kelly K, Ambler G, Morant N, Onyett S, Lamb D,

Fahmy S, Brown E, Paterson B, Sweeney A, Hindle D, Fullarton K, Frerichs J, Johnson S. Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC Psychiatry*. 2016; 16(1): 427.

Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 4: CD001089.

McGlynn P (ed.). *Crisis resolution and home treatment: a practical guide*. Sainsbury Centre for Mental Health, 2006.

Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 3: CD001087.

National Institute for Health and Care Excellence. *Quality Standard for Service User Experience in Adult Mental Health*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011.

NHS England, the National Collaborating Centre for Mental Health and the National Institute for Health and Care Excellence. *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance*; 2016.

Nordén T, Malm U, Norlander T. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012; 8:144–51.

Nugter MA, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Ment Health J*. 2015 [Epub ahead of print]

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, OECD Health Policy Studies 2014, OECD Publishing, 2014.

Paton F, Wright K, Ayre N, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess*. 2016; 20: 1–162.

Psychoreport 2015 (2015) Deutschland braucht Therapie. Herausforderungen für die Versorgung. https://www.dak.de/dak/download/Charts_zum_DAK-Psychoreport-1718868.pdf

Rigby L, Pattison R, Pilkington C, Winstanley F. Psychosocial interventions during crisis resolution. *Ment Health Today*. 2008; 28: 29–31.

Sjølie H, Karlsson B, Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17: 881–92.

Smyth M, Heffernan K, Rowland A. *Crisis Resolution and Home Treatment*. National Institute for Mental Health England, NIMHE West Midlands, 2008. <http://bcu.ac.uk/Download/Asset/50450b3b-d18c-4900-b985-5218b3b13afb>

Tacchi MJ, Scott J. Strategies for promoting engagement and treatment adherence. In: Johnson S, Needle J, Bindman JP, Thornicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge University Press, 2008; pp. 85–96.

Toot S, Devine M, Orrell M. The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011; 26: 1221–30.

Turner PM, Turner TJ. Validation of the crisis triage rating scale for psychiatric emergencies. *Can J Psychiatry*. 1991; 36: 651–4.

Literatur

Van Veldhuizen JR, Bähler M. Manual Flexible Assertive Community Treatment. <http://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2015/06/FACT-Manual-ENG-LISH-2013.pdf>

Weich S, McBride O, Twigg L, Keown P, Cyhlarova E, Crepaz-Keay D, et al. Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: a cross-sectional, multilevel analysis. *Health Serv Deliv Res* 2014; 2: 49.

Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, Paterson B, Zugaro CG, Johnson S. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2015; 15: 74.

Winness MG, Borg M, Kim HS. Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *J Ment Health*. 2010; 19: 75–87.