

Evidenz Home Treatment

Online-Weiterbildung, 11. Juni 2026

Niklaus Stulz
02. Juni 2026

Luzerner
Psychiatrie **lups.ch**
Luzern | Obwalden | Nidwalden

Beziehung im Mittelpunkt

Agenda

1. Was ist Home Treatment?
2. Weshalb Home Treatment?
3. Evidenz (Fokus: Schweiz)
4. Ausblick: Ideen für die Weiterentwicklung von aufsuchenden Angeboten
5. Fragen & Diskussion

Was ist Home Treatment?

amazon



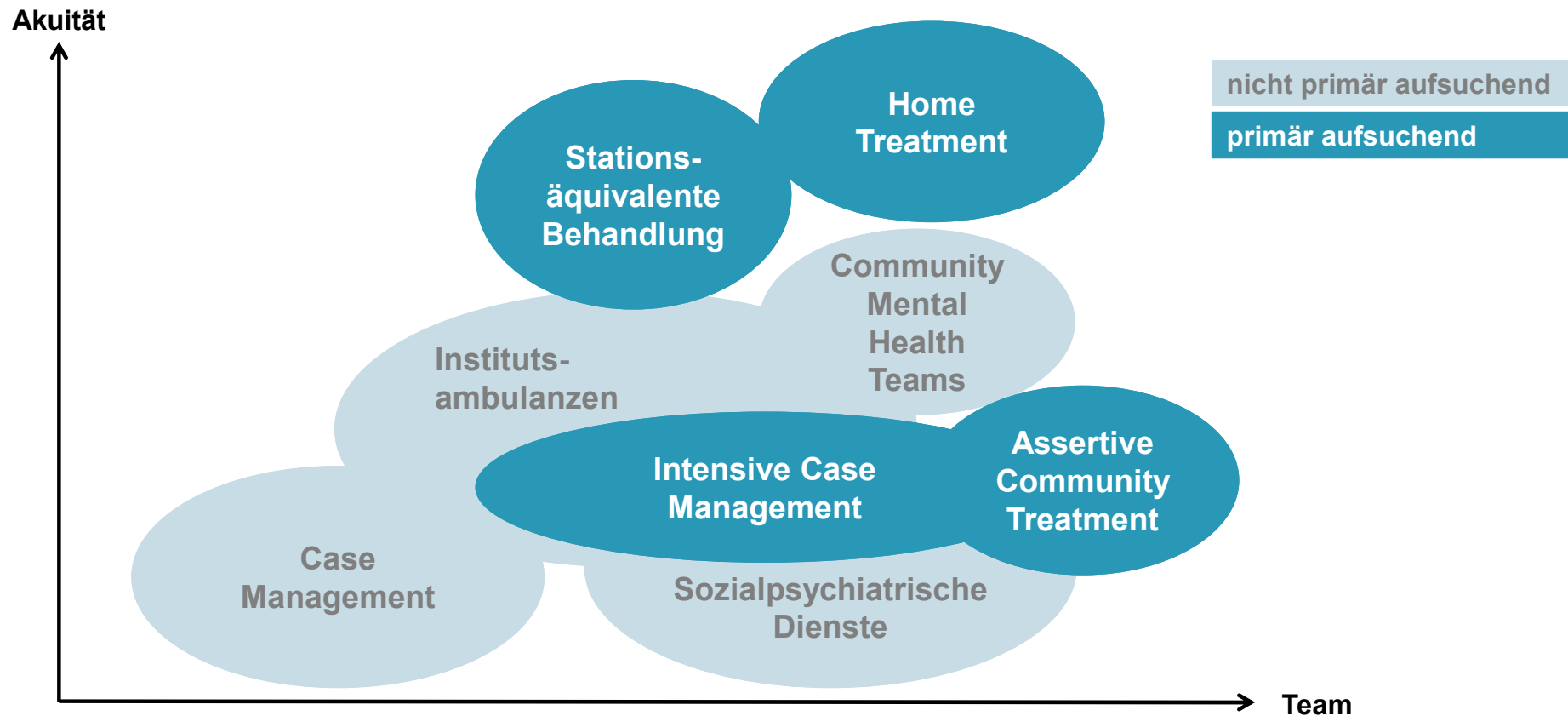
Was ist Home Treatment?



Abklärung und Behandlung von **schwer und krisenhaft** psychisch erkrankten Patient:innen im **häuslichen Umfeld** statt in der psychiatrischen Klinik durch **mobile und multi-professionelle Teams**, die rund um die Uhr verfügbar sind. Home Treatment ist eine **Alternative zur Klinikbehandlung**, erfolgt **episodisch und zeitlich begrenzt** in akuten Krankheitsphasen und sollte die Länge eines Klinikaufenthaltes nicht überschreiten.



Gemeindepsychiatrische Versorgungsangebote



DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Stuttgart: 2018

Aufsuchende Versorgungsangebote

	Home Treatment	Assertive Community Treatment (ACT)	Intensive Case Management (ICM)
Akuität der Krankheitsphase	Alternative zur stationären Klinikbehandlung in sehr akuten Krankheitsphasen	Stabilisierung und Rehabilitation in subakuten Krankheitsphasen	Stabilisierung und Rehabilitation in subakuten Krankheitsphasen
Team-basiertheit	Multiprofessionelles Team	Multiprofessionelles Team	Case Manager (Koordinator mit Caseload)
Dauer	Episodisch und zeitlich begrenzt (i.d.R. 2-6 Wochen)	Längerfristig (Monate bis Jahre)	Längerfristig (Monate bis Jahre)

Hepp & Stulz. Nervenarzt. 2017;88:983-8; Hepp & Stulz. Psychiatr. 2017;44:371-3

Home Treatment: Charakteristika und Wirkfaktoren

- Integrierte psychiatrische Behandlung mit ärztlich-psychiatrischer Beteiligung
- Symptommanagement, inklusive Medikation
- Regelmässige Hausbesuche (bei Bedarf mehrmals täglich)
- Hohe Flexibilität und permanente sowie rasche Verfügbarkeit der Mitarbeiter
- Verantwortung und Kompetenz zur Steuerung stationärer Aufenthalte bei Home Treatment-Team
- Kontinuierliche Betreuung bis zum Ende der Krise
- Gewährleistung einer psychiatrischen Nachsorge

Berhe et al. Nervenarzt. 2005;76:822-31; Burns et al. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(Suppl 429):33-5; DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Stuttgart: 2018 ; Hepp & Stulz. Nervenarzt. 2017;88:983-8; Hepp & Stulz. Psychiatr Prax. 2017;44:371-3; Wyder et al. Psychiatr Prax. 2018;45:405-11

Home Treatment: Charakteristika und Wirkfaktoren

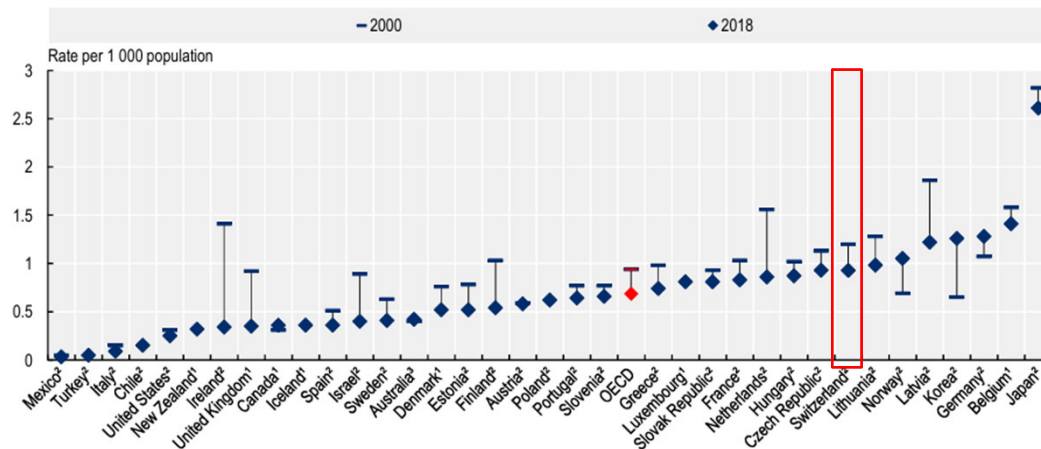
- Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse
- Dichter an der Lebenswirklichkeit als Klinikbehandlung → kein «real world transfer» von therapeutischen Lernprozessen notwendig
- Erkennen und Einbezug von Problemen und Ressourcen der Patient:innen
- Einbezug des sozialen Netzwerkes (z.B. Angehörige)
- Behandlungskontinuität an der Schnittstelle stationär – ambulant
- Weniger restriktiv und paternalistisch als vollstationäre Behandlung

Berhe et al. Nervenarzt. 2005;76:822-31; Burns et al. Acta Psychiatr Scand. 2006;113(Suppl 429):33-5; DGPPN. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Stuttgart: 2018 ; Hepp & Stulz. Nervenarzt. 2017;88:983-8; Hepp & Stulz. Psychiatr Prax. 2017;44:371-3; Wyder et al. Psychiatr Prax. 2018;45:405-11

Weshalb Home Treatment?

These: In der Schweiz werden zu viele Patient:innen zu lange stationär behandelt

Figure 3.4. Psychiatric beds per 1 000 population, 2000 and 2018 or nearest year



1. Data from 2019; 2. Data from 2018; 3. Data from 2016.

Source: OECD (2020^[45]), OECD Health Statistics 2020, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

OECD. A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health. Paris: 2021.

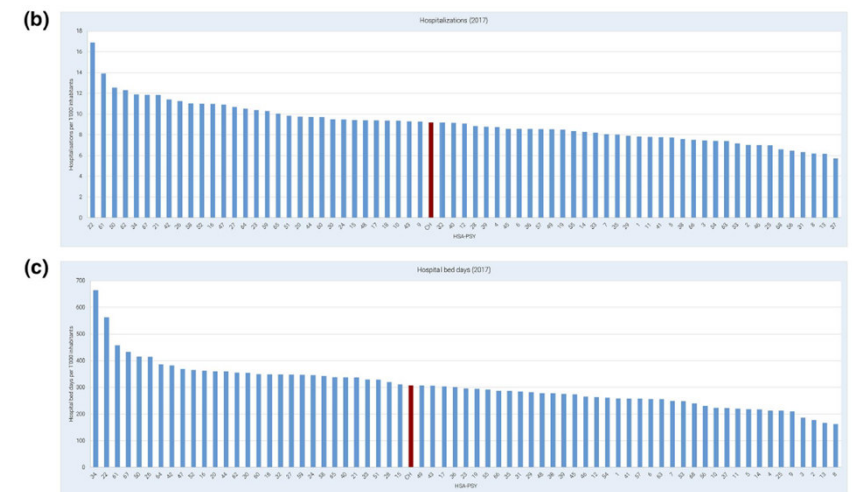


FIGURE 2 Number of (a) outpatient visits, (b) hospitalizations, and (c) hospital bed days per 1000 inhabitants and year in the 68 health service areas for psychiatric outpatient care (HSA-PSY), CH, Switzerland

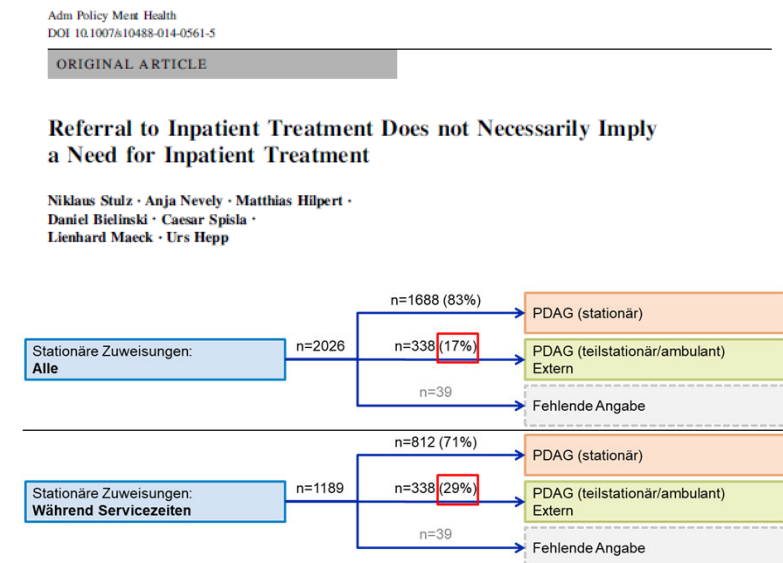
Stulz et al. Int J Methods Psychiatr Res. 2023;32:e1937

Angebotsinduzierte Effekte?
Roemer's law: «in an insured population, a hospital bed built is a bed filled»

Weshalb Home Treatment?

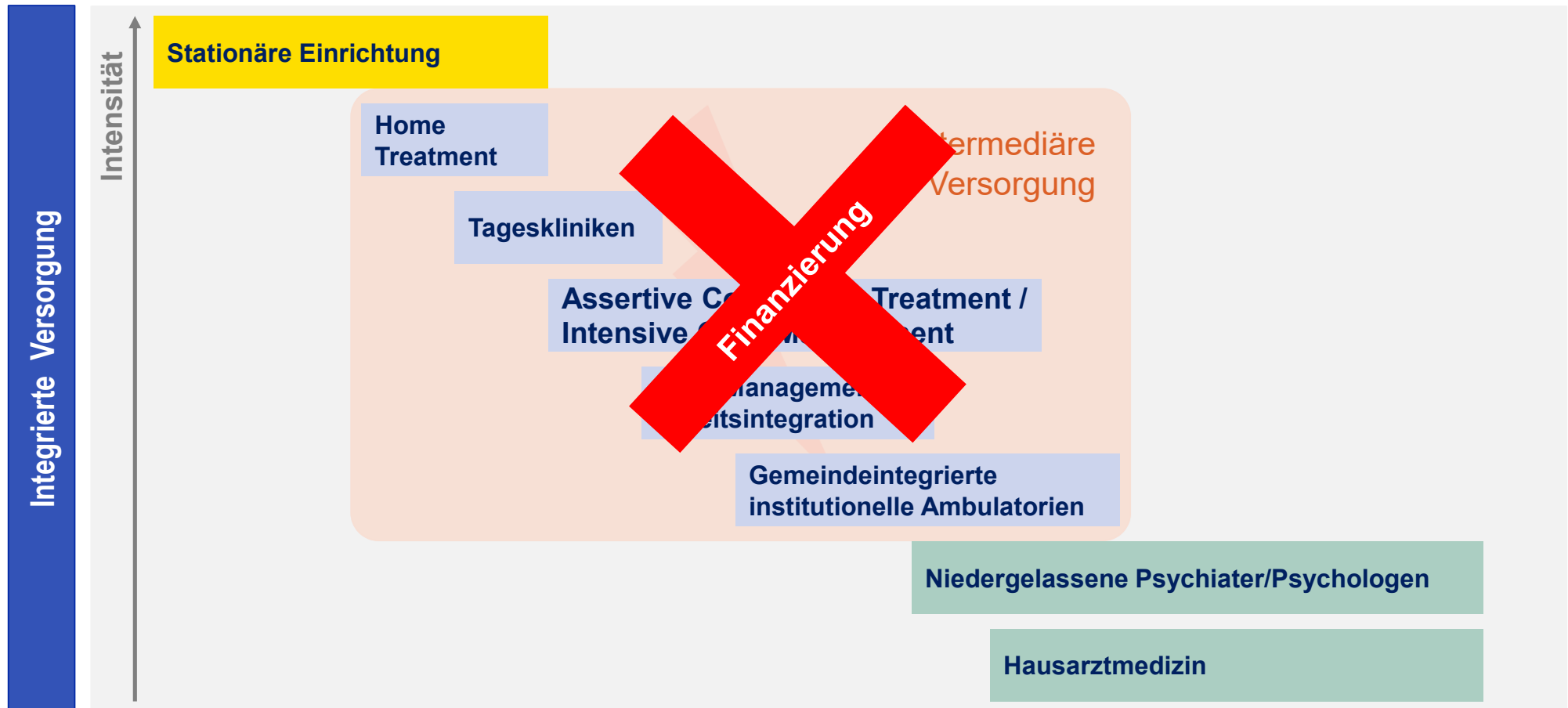
These: In der Schweiz werden zu viele Patient:innen zu lange stationär behandelt

- **Triagestelle** zur Steuerung der stationären Zuweisungen:
Durch eine gut organisierte, vorgelagerte Aufnahme- und Triagestelle können 17-29% stationären Behandlungen (Erwachsenenpsychiatrie) nachhaltig «vermieden» werden.
- **Fachkräftemangel:**
Können wir uns personalintensive vollstationäre Versorgung bei Patient:innen, die nicht zwingend über Nacht bleiben müssen, künftig überhaupt noch leisten?



Stulz et al. *Adm. Policy Ment. Adm Policy Ment Health*. 2015;42(4):474-83.

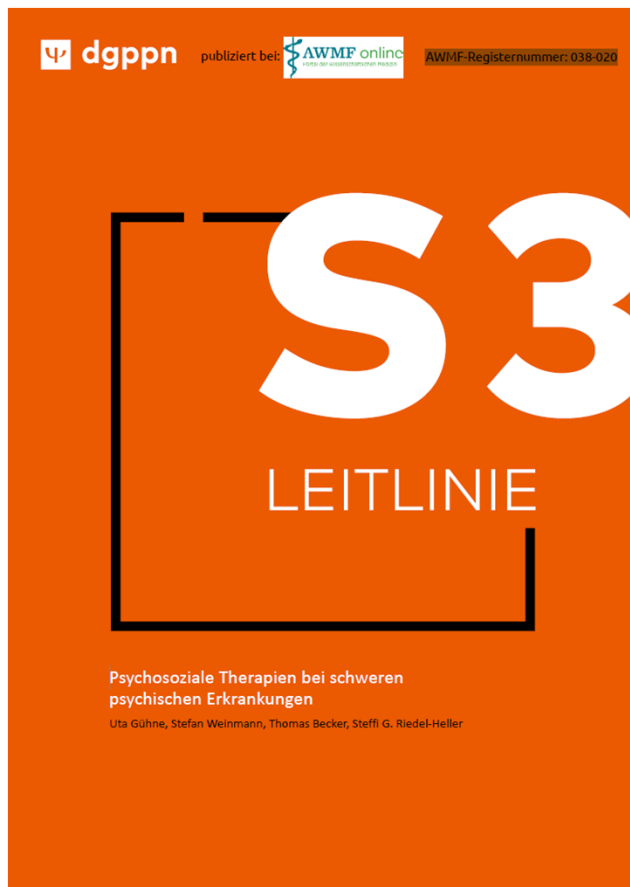
Psychiatrische Versorgungsangebote



BAG. Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bern: 2016

- **Duales Finanzierungssystem**
 - Stationär: TARPSY ($\geq 55\%$ Kanton, $\leq 45\%$ KV)
 - Ambulant: TARDOC (100% KV) (... plus GWL ...)
- **Innovative und intensive intermediäre Versorgungsangebote** (z.B. Akut-Tageskliniken oder Home Treatment) sind über TARDOC nicht finanzierbar und auf **Sonderfinanzierungen** angewiesen (~26 Varianten in der Schweiz)
- **Herausforderungen bleiben** wohl auch **unter EFAS** bestehen

Evidenz für Home Treatment



3. Auflage (November 2025)

Empfehlung 14 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.

Systematische Übersichtsarbeiten

Tabelle 21: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aggregierte Evidenz)

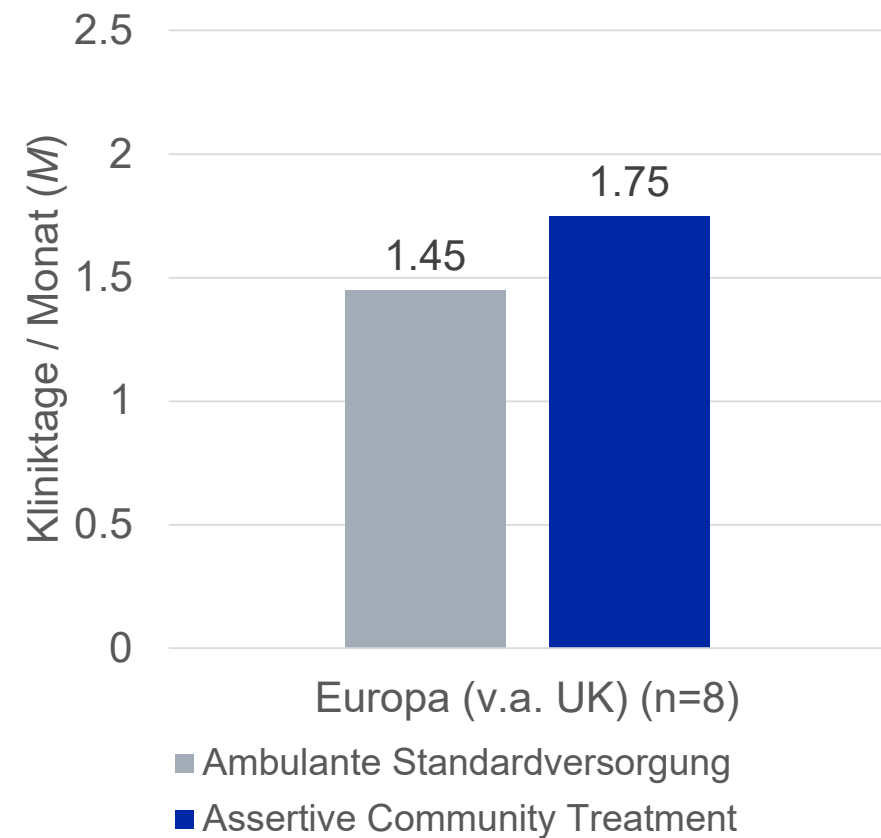
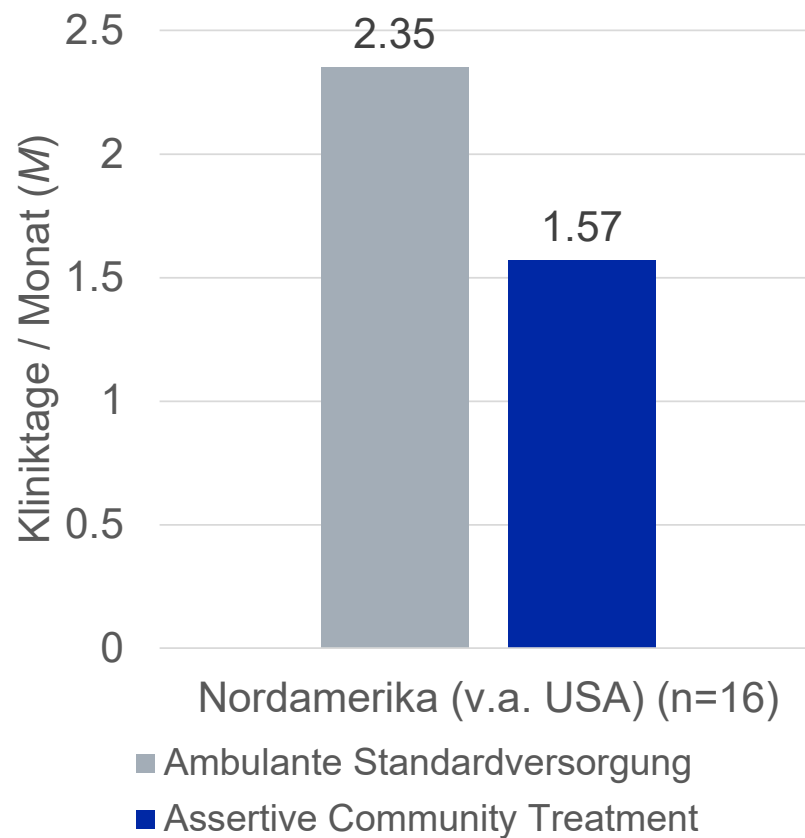
	Metaanalyse NICE-Leitlinie Schizophrenie	Metaanalyse Cochrane Review
	NICE 2014	Murphy 2015
Merkmale klinischer Recovery		
↓ Sterbefälle		~
↓ Symptomschwere		++ ¹
↑ Allgemeinzustand		~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery		
↑ soziale Funktionen		~
↑ Beschäftigungssituation		~
↓ Wohnungslosigkeit		~
↓ Haftstrafen, Gewaltaktivitäten		~
↑ Lebensqualität		~
Behandlungsassoziierte Merkmale		
↓ stationäre Wiederaufnahmeraten (ohne initiale Aufnahme)	++	++ ¹
↓ stationäre Behandlungszeiten		++ ¹
↓ Behandlungsabbrüche		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Patient:innen	++ ¹	++ ¹
Angehörigenbezogene Merkmale		
↓ erlebte Belastungen, Angehörige		++
↑ Behandlungszufriedenheit, Angehörige		++ ¹
Kosteneffektivität		
↑ Kosteneffektivität		++ ¹

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; ¹ basiert auf Ergebnissen aus einer RCT

- Evidenz für Home Treatment i.e.S. (d.h. als stationsäquivalente Alternative zur Klinikbehandlung)
 - limitiert,
 - inkonklusiv,
 - grösstenteils alt (≥25 Jahre) und
 - aus englischsprachigem Raum

→ Sind diese Befunde auf die Schweiz mit ihren gegenwärtigen Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen übertragbar?

Kontextabhängigkeit: ACT



Burns et al. Br J Psychiatr. 2002;181:375-82

Aktuelle Einzelstudien (RCTs)

Tabelle 23: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aktuelle Einzelstudien)

	Cornelis et al. 2022; Barakat et al. 2021	Stulz et al. 2020	Johnson et al. 2005; McCrone et al. 2009*
Merkmale klinischer Recovery			
Psychische Symptombelastung	~	~	~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery			
Psychosoziales Funktionsniveau		~	~
Lebensqualität	~		~
Selbstwirksamkeitserleben	~		
Behandlungsassoziierte Merkmale			
Reduktion stationäre Behandlungszeiten	++	++	++
Anzahl stationäre Aufnahmen		~	++
Behandlungszufriedenheit	~	~	~
Unerwünschte Ereignisse			
Mortalität	~	~	~

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; *in Übersichtsarbeiten enthalten

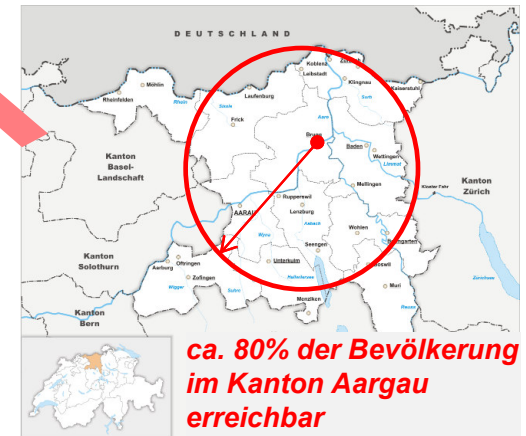
Home Treatment der Psychiatr. Dienste Aargau AG

Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG)

- Psychiatrische Akut- und Grundversorgung im Aargau (ca. 650'000 E.)
- Psychiatrische Klinik (128 Akutbetten für Erwachsene)
- Ambulatorien und Tageskliniken

Home Treatment

- seit 2015
- Gemeinden, die mit PKW inner 30 Minuten erreichbar sind
- 12 Behandlungsplätze
- Multiprofessionelles Team (Psychiaterin, Psychologinnen, Pflege, Sozialarbeit, Therapeutinnen; 10.6 FTE)
- i.d.R. ein Hausbesuch pro Tag (ggf. auch mehrere)
- 24/7-Erreichbarkeit (Bereitschaftsdienst zwischen 22.00-08.00 Uhr)
- Individuell angepasste Behandlungsstrategie



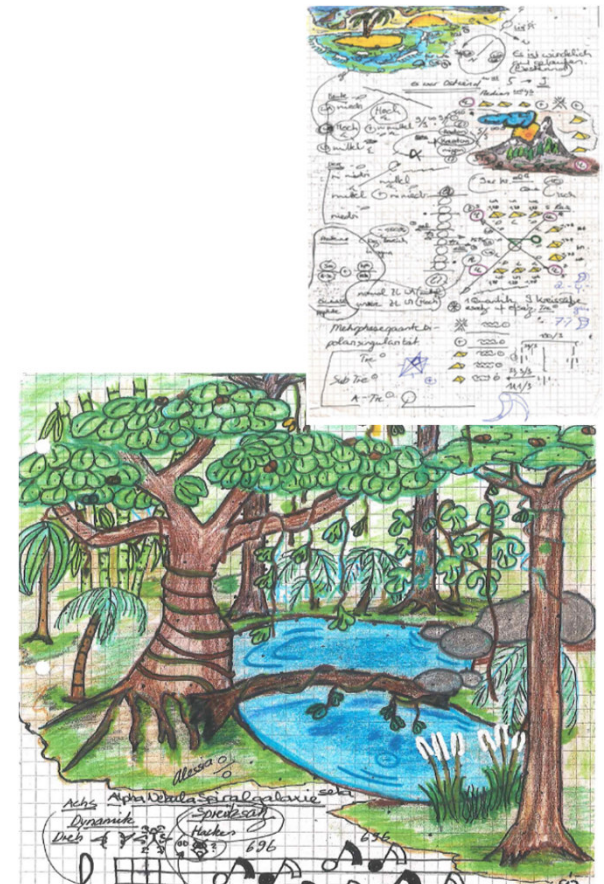
Home Treatment PDAG: Sonderfinanzierung

- Dreijähriges Pilotprojekt «Home Treatment» (01.2015 - 12.2017)
- Fixbetrag pro Pflgetag (Kanton: 55%; Krankenkassen: 45%)
- Bedingung: Evaluation und Nachweis, dass Home Treatment die stationäre Versorgung ohne Mengenausweitung substituieren kann

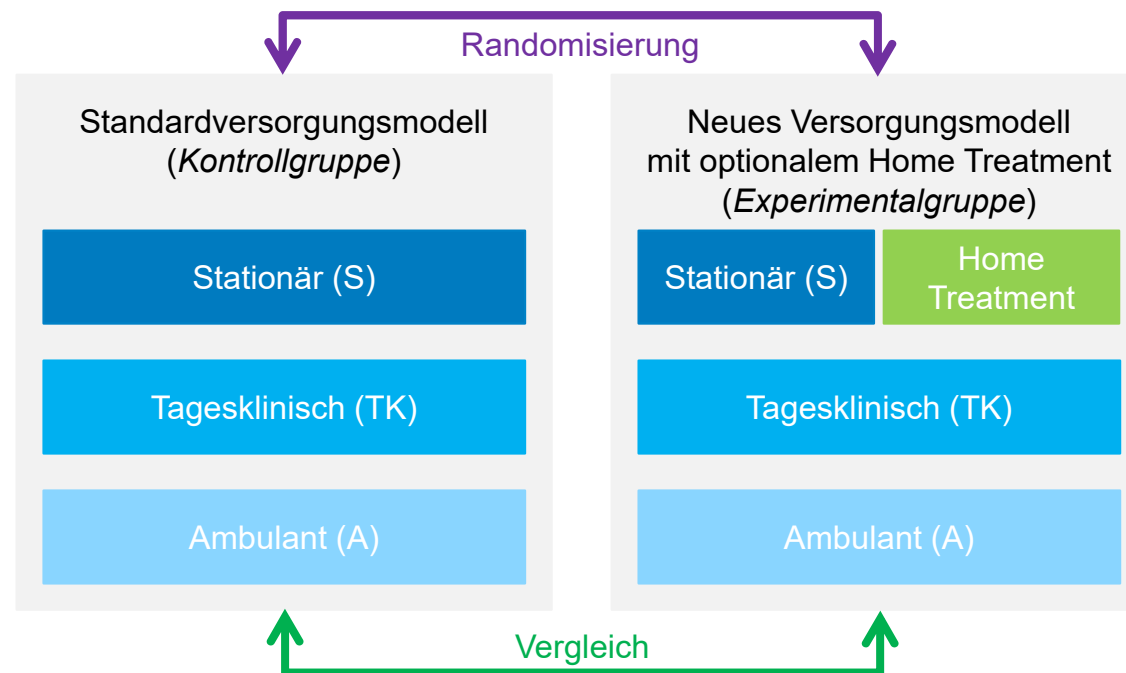
*Führt das Home Treatment
ohne Qualitätseinbussen zu einer
Reduktion des stationären Behandlungsbedarfs
und der direkten Behandlungskosten
bei **schwer psychisch kranken Menschen**
mit **stationärer Behandlungsindikation**?*

Einschlusskriterien (vereinfacht)

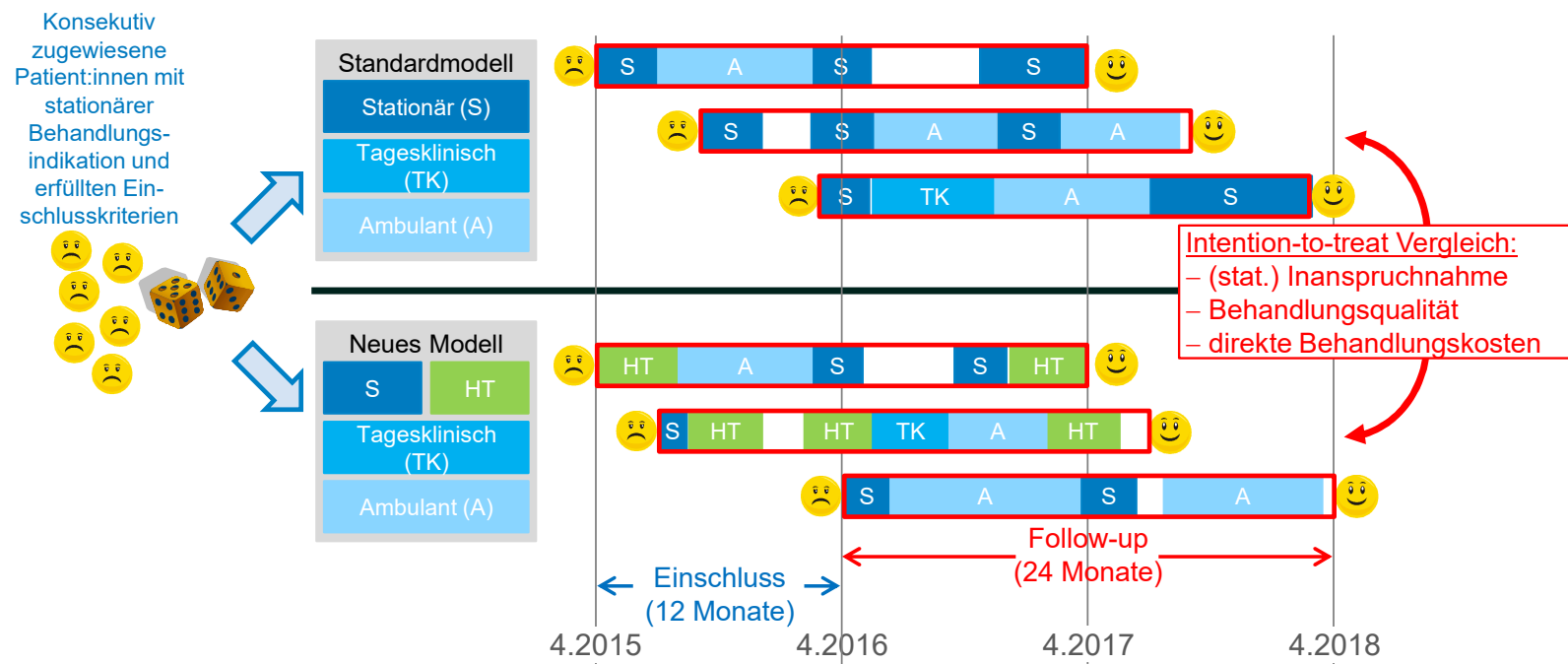
- Alter: 18-64 Jahre
- Indikation für stationäre Behandlung (gemäss zentraler Aufnahme- und Triagestelle)
- Fester Wohnsitz im Kanton Aargau mit Auto innert 30 Minuten erreichbar
- Hauptdiagnose (ICD-10): F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9
- Keine schwere Abhängigkeitserkrankung (F1x.2),
hirnorganische Störung (F0) oder Intelligenzminderung (F7)



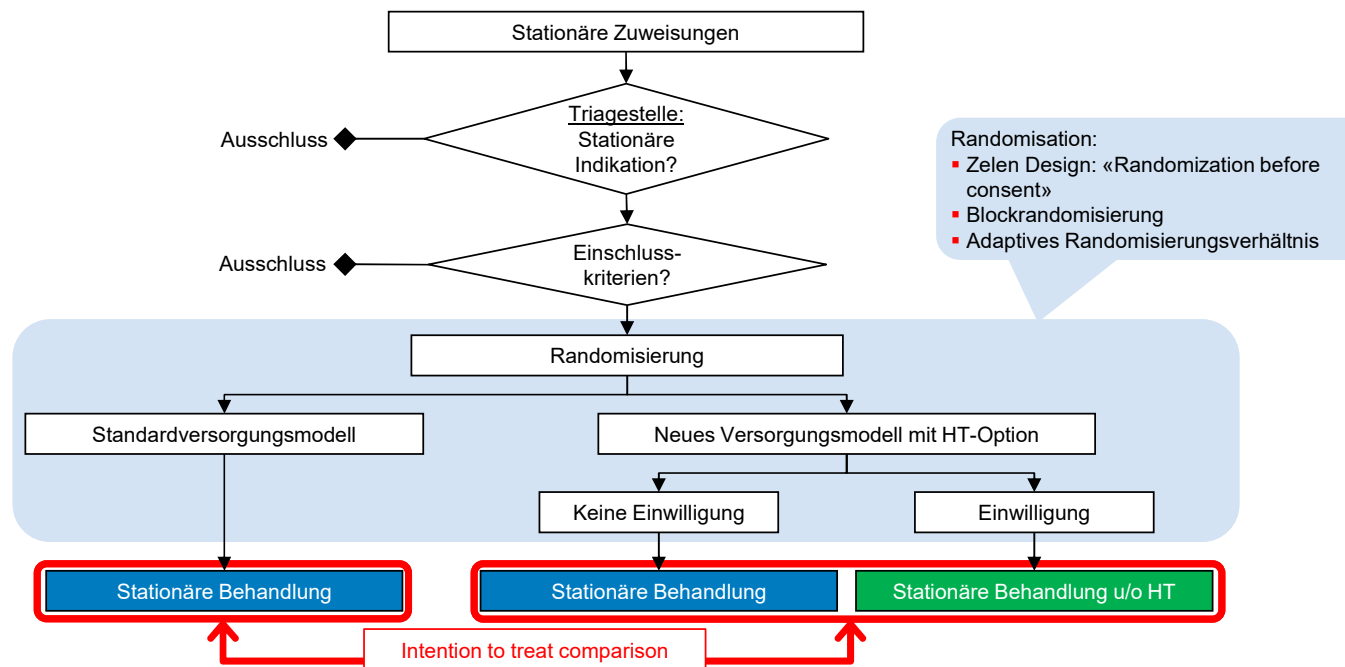
Systemintervention: Vergleich v. Versorgungsmodellen



RCT: Vergleich zweier Versorgungsmodelle



Zelen design: «Randomisation before consent»



Flowchart: Patient:innen und Fälle

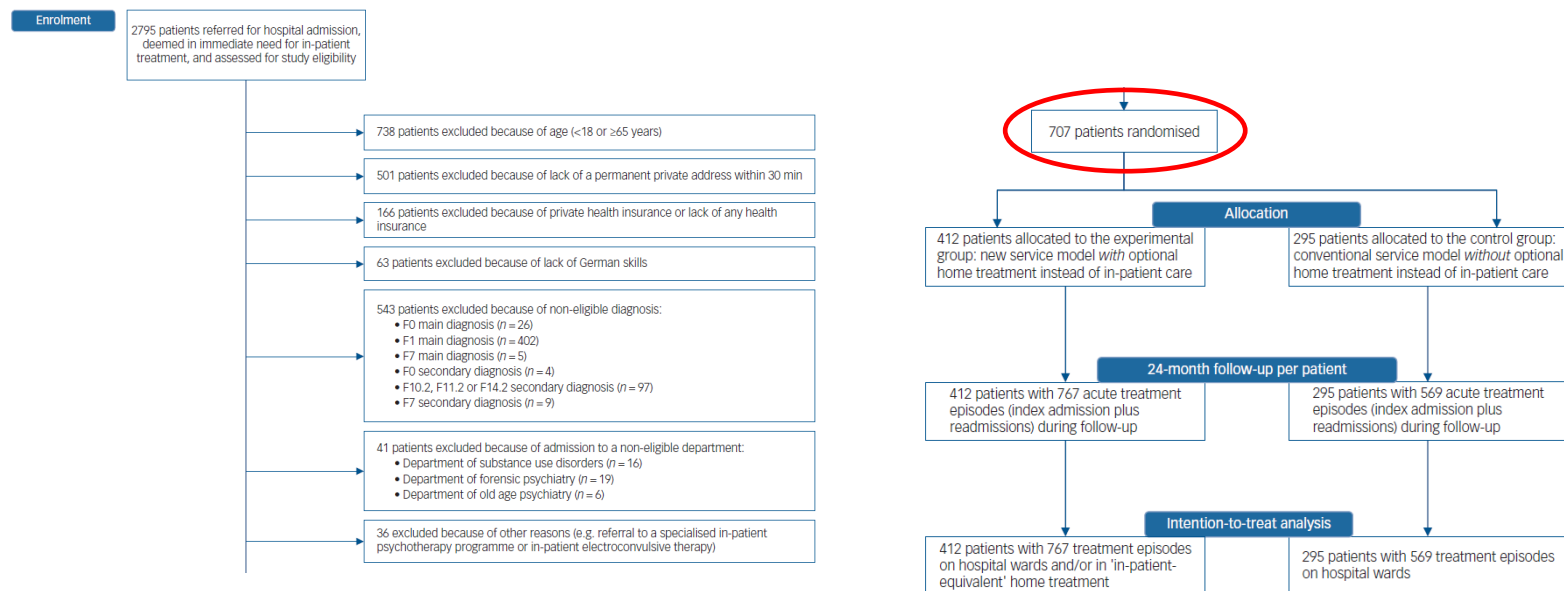


Fig. 1 Patient flow.

Stulz et al. Br J Psychiatry. 2020 Jun;216(6):323-330.

Samples

Characteristic	Experimental group (n = 412)	Control group (n = 295)	P
Men, n (%)	176 (42.7)	145 (49.2)	0.090 ^a
Age, years: mean (s.d.)	39.3 (12.5)	39.7 (12.9)	0.675 ^b
Single, divorced or widowed, n (%)	276 (67.0)	189 (64.1)	0.419 ^a
Swiss citizenship, n (%)	331 (80.3)	237 (80.3)	0.999 ^a
Living alone, ^c n (%)	127 (31.4)	80 (27.9)	0.314 ^a
Education, ^d n (%)			0.399 ^a
No school graduation	9 (3.4)	15 (6.7)	
Mandatory schooling	49 (18.8)	43 (19.2)	
Vocational training	177 (67.8)	147 (65.6)	
University or other higher education	26 (10.0)	19 (8.5)	
Employed in open market or pursuing education, ^e n (%)	189 (47.5)	128 (44.6)	0.454 ^a
Compulsory admission, n (%)	88 (21.4)	74 (25.1)	0.245 ^a
Primary clinical diagnosis (ICD-10), n (%)			0.338 ^a
F2 (Schizophrenia or schizoaffective disorder)	107 (26.0)	93 (31.5)	
F30/F31 (Bipolar affective disorder)	35 (8.5)	26 (8.8)	
F32/F33 (Unipolar affective disorder)	154 (37.4)	88 (29.8)	
F4 (Anxiety, stress-related or somatoform disorder)	85 (20.6)	66 (22.4)	
F6 (Personality disorder)	23 (5.6)	14 (4.7)	
Other disorder (F5/F8/F9/Z)	8 (1.9)	8 (2.7)	
Number of secondary diagnoses, mean (s.d.)	0.48 (0.77)	0.43 (0.98)	0.019 ^f
Comorbid personality disorder (F6), n (%)	26 (6.3)	17 (5.8)	0.764 ^g
Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) at admission, mean (s.d.) ^h			
Total score	13.9 (6.5)	14.2 (7.1)	0.655 ^b
Behavioural problems	2.1 (2.3)	2.3 (2.3)	0.266 ^b
Impairment	1.2 (1.5)	1.1 (1.5)	0.615 ^b
Symptomatic problems	5.8 (2.1)	5.6 (2.2)	0.232 ^b
Social problems	4.9 (3.6)	5.1 (4.0)	0.361 ^b
Brief Symptom Inventory (BSI) at admission, mean (s.d.) ^h			
Global Severity Index	1.55 (0.75)	1.58 (0.84)	0.665 ^b

If there were multiple admissions per patient in the 24 months after the psychiatric crisis that necessitated immediate in-patient care, the figures relate to the first admission (index case).

a. χ^2 -test.
b. Independent-samples t-test.
c. Data on living situation were missing for n = 8 patients in the experimental group and n = 8 patients in the control group.
d. Data on education were missing for n = 151 patients in the experimental group and n = 71 patients in the control group.
e. Data on employment were missing for n = 14 patients in the experimental group and n = 8 patients in the control group.
f. Mann-Whitney test.
g. Data on the HoNOS were missing for n = 26 patients in the experimental group and n = 20 patients in the control group.
h. Data on the BSI were missing for n = 206 patients in the experimental group and n = 127 patients in the control group.

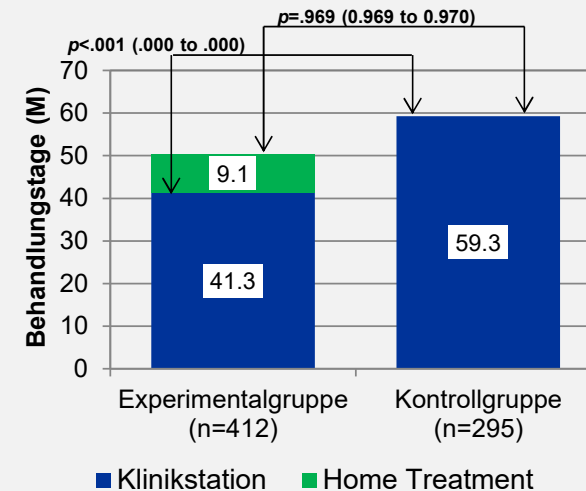
Stulz et al. Br J Psychiatry. 2020 Jun;216(6):323-330.

Primäre Endpunkte: Psychiatrische Inanspruchnahme

- n=707 Patient:innen
- n=1336 Behandlungsepisoden (Klinikstation und/oder Home Treatment)
- Experimentalgruppe:
 - 52.9% mit Home Treatment
 - lediglich 4.6% ausschliesslich in der häuslichen Umgebung behandelt

- Reduktion der Kliniktage um 30.4% bei Home Treatment-Option
- Gesamtbehandlungsdauer vergleichbar

ITT-Analyse: Durchschnittliche Anzahl Behandlungstage pro Patient (in den 24 Monaten nach Indexkrise mit stationärer Behandlungsindikation)



Note: Mann-Whitney test (95% CIs for P-values were estimated using Monte Carlo methods based on 1 000 000 samples).

Sekundäre Endpunkte: Rehospitalisationen & direkte Behandlungskosten

Table 2 Use of mental health services and costs of treatment in the 24 months after the psychiatric crisis that necessitated immediate in-patient care

Use of mental health services/costs of treatment	Experimental group (n = 412)	Control group (n = 295)	P (95% CI)
Bed days on hospital wards			
Mean (s.d.)	41.3 (53.8)	59.3 (73.4)	<0.001 (<0.001 to <0.001) ^a
Median (IQR)	19.8 (5.1,3)	35.0 (7.0,0)	
Days in home treatment			
Mean (s.d.)	9.1 (12.3)	–	–
Median (IQR)	5.3 (1.4,5)	–	–
Bed days on hospital wards plus days in home treatment			
Mean (s.d.)	50.4 (54.8)	59.3 (73.4)	0.969 (0.969 to 0.970) ^a
Median (IQR)	31.0 (5.3,0)	35.0 (7.0,0)	
Admissions to hospital wards/home treatment (including index admission)			0.523 ^b
1, n (%)	239 (58.0)	171 (58.0)	
2, n (%)	94 (22.8)	64 (21.7)	
3, n (%)	35 (8.5)	27 (9.2)	
4, n (%)	19 (4.6)	15 (5.1)	
5, n (%)	9 (2.2)	4 (1.4)	
6, n (%)	10 (2.4)	4 (1.4)	
7, n (%)	1 (0.2)	6 (2.0)	
8, n (%)	2 (0.5)	1 (0.3)	
9, n (%)	1 (0.2)	1 (0.3)	
11, n (%)	2 (0.5)	1 (0.3)	
15, n (%)	0 (0.0)	1 (0.3)	
Mean (s.d.)	1.86 (1.47)	1.93 (1.69)	0.885 (0.884 to 0.886) ^a
Median (IQR)	1 (1)	1 (1)	
Days in day hospitals			
Mean (s.d.)	9.9 (22.7)	7.9 (18.6)	0.542 (0.541 to 0.543) ^a
Median (IQR)	0 (2)	0 (1)	
Treatment costs (in Swiss francs), ^c mean (s.d.)			
In-patient care,	26 814 (34 947)	38 533 (47 691)	<0.001 ^d
Home treatment	3739 (5058)	–	–
Day hospital care	3846 (8839)	3076 (7243)	0.198 ^d
Out-patient care	2171 (3654)	1784 (3463)	0.153 ^d
All services	36 570 (39 258)	43 393 (50 044)	0.051 ^d

a. Mann-Whitney test (95% CIs for P-values were estimated using Monte Carlo methods based on 1 000 000 samples).
b. χ^2 -test.
c. Direct treatment costs for health insurance and the health department were calculated based on fixed daily rates for in-patient care (CHF 650 or GBP 500 per day), home treatment (CHF 410 or GBP 315), and day hospitals (CHF 390 or GBP 300) in the Federal State of Aargau. Out-patient services were reimbursed on a performance-related basis.
d. Non-parametric bootstrap t-test with 10 000 samples.

Stulz et al. Br J Psychiatry. 2020 Jun;216(6):323-330.

Sekundäre Endpunkte: klinische Outcomes & Zufriedenheit

Table 3 Clinical and social outcomes and patient satisfaction with care at discharge

Outcome	Experimental group (n = 412)		Control group (n = 295)		Within-group differences between baseline and discharge				Between-group differences at discharge (experimental versus control groups)			
	Experimental group		Control group		Experimental group		Control group		Unadjusted		Adjusted ^a	
	n	Baseline, mean (s.d.)	Discharge, mean (s.d.)	n	Baseline, mean (s.d.)	Discharge, mean (s.d.)	Mean difference (95% CI)	P	Mean difference (95% CI)	P	Mean difference (95% CI)	P
HoNOS ^b												
Total score	399	14.4 (5.8)	9.9 (5.3)	281	14.4 (6.3)	9.7 (5.5)	-4.5 (-5.0 to -4.0)	<0.001	-4.7 (-5.4 to -4.0)	<0.001	0.2 (-0.7 to 1.0)	0.679
Behavioural problems	399	2.3 (2.1)	1.4 (1.6)	281	2.4 (2.2)	1.3 (1.7)	-1.1 (-1.3 to -0.9)	<0.001	-1.1 (-1.3 to -0.9)	<0.001	-0.1 (-0.4 to 0.1)	0.316
Impairment	399	1.3 (1.4)	1.0 (1.1)	281	1.3 (1.5)	0.9 (1.2)	-0.3 (-0.4 to -0.2)	<0.001	-0.3 (-0.5 to -0.2)	<0.001	0.0 (-0.2 to 0.2)	0.779
Symptomatic problems	399	5.8 (1.9)	3.9 (1.7)	281	5.5 (1.9)	3.6 (1.8)	-1.9 (-2.1 to -1.7)	<0.001	-1.9 (-2.2 to -1.7)	<0.001	0.3 (0.0 to 0.6)	0.038
Social problems	399	5.1 (3.3)	3.9 (3.0)	281	5.3 (3.5)	4.0 (3.0)	-1.2 (-1.5 to -0.9)	<0.001	-1.3 (-1.7 to -1.0)	<0.001	-0.1 (-0.5 to 0.4)	0.789
BSI ^c												
Global Severity Index	263	1.49 (0.73)	1.12 (0.77)	189	1.54 (0.81)	1.19 (0.83)	-0.37 (-0.43 to -0.30)	<0.001	-0.36 (-0.45 to -0.27)	<0.001	-0.06 (-0.21 to 0.09)	0.407
PoC-18												
Total score	262	—	0.78 (0.22)	166	—	0.80 (0.18)	—	—	—	—	-0.02 (-0.06 to 0.02)	0.242

HoNOS, Health of the Nation Outcome Scales; BSI, Brief Symptom Inventory; PoC-18, Perception of Care 18.
If there were multiple treatment cases (readmissions) per patient in the 24 months after the psychiatric crisis that necessitated immediate in-patient care, scores were aggregated across all completed treatment episodes of the patient to avoid artificially inflating the sample size by analysing multiple assessments per patient.
a. Adjusted for baseline scores on the respective scale (ANCOVA).
b. HoNOS: modified intention-to-treat with last observation carried forward (LOCF). Analyses included all patients with available HoNOS intake ratings by staff. Missing values at discharge were substituted using LOCF procedures.
c. BSI: modified intention-to-treat with LOCF. Analyses included all patients with available BSI self-ratings at intake. Missing values at discharge were substituted using LOCF procedures.

Stulz et al. Br J Psychiatry. 2020 Jun;216(6):323-330.

Limitationen

- Pragmatische, realitätsnahe Studie mit relativ liberalen Einschlusskriterien, aber wenigen (dafür «harten») klinischen Endpunkten
- Systemintervention: Keine spezifischen Behandlungsprotokolle, individuell angepasste Behandlungsstrategie
- Keine Verblindung der Patienten, Behandler und Rater

Schlussfolgerungen aus dem RCT

- Verfügbarkeit von Home Treatment führt zu **Reduktion der stationären Behandlungstage** (-30.4%; $p < 0.001$)
- Gesamtdauer der Akutbehandlung nimmt durch Home Treatment nicht zu
→ **«echte» Substitution der stationären Akutbehandlung**
- **Direkte Behandlungskosten** sind im Home Treatment-Modell **tendenziell tiefer** (-15.7%; $p = 0.051$)
- Home Treatment ist der stationären Klinikbehandlung **bzgl. sekundären Ergebniskriterien** (Rehospitalisationsrate, ambulante und tagesklinische Inanspruchnahme, Symptomreduktion, Patientenzufriedenheit, etc.) **zumindest nicht unterlegen**
- Rund die **Hälfte der Patienten** (ca. 53%) können und wollen (früher oder später im Behandlungsverlauf) mit Home Treatment behandelt werden
- Abgesehen von einem fehlenden «Home» sowie akuter Selbst- oder Fremdgefährdung **kaum Hinweise auf absolute Kontraindikationen** (z.B. Diagnosen oder FU)
- Home Treatment kann stationäre Versorgung nicht vollständig ersetzen (**«balanced care»**)!

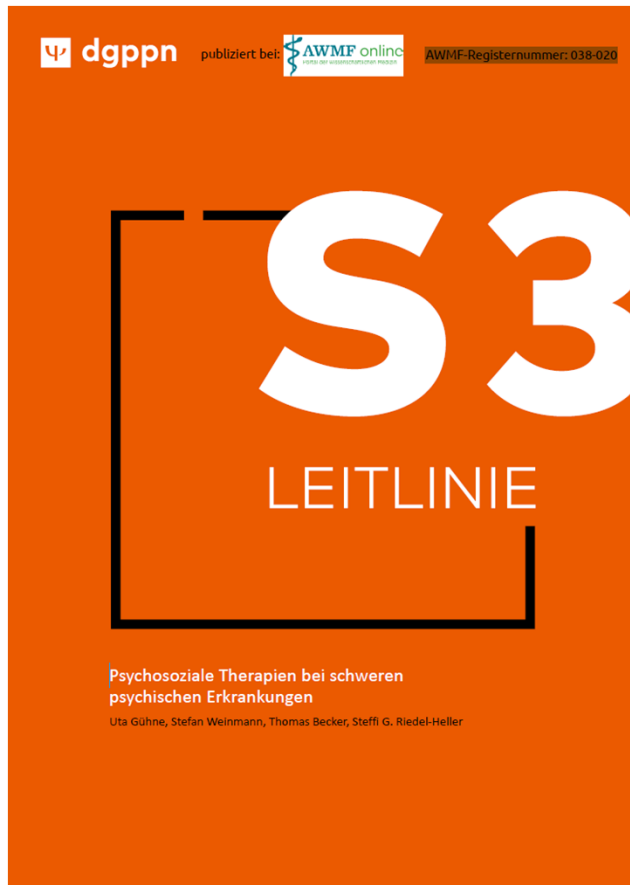
Ähnliche Ergebnisse anderer Einzelstudien

Tabelle 23: Effekte von Akutbehandlung im häuslichen Umfeld auf verschiedene Zielparameter (aktuelle Einzelstudien)

	Cornelis et al. 2022; Barakat et al. 2021	Stulz et al. 2020	Johnson et al. 2005; McCrone et al. 2009*
Merkmale klinischer Recovery			
Psychische Symptombelastung	~	~	~
Merkmale funktionaler und persönlicher Recovery			
Psychosoziales Funktionsniveau		~	~
Lebensqualität	~		~
Selbstwirksamkeitserleben	~		
Behandlungsassoziierte Merkmale			
Reduktion stationäre Behandlungszeiten	++	++	++
Anzahl stationäre Aufnahmen		~	++
Behandlungszufriedenheit	~	~	~
Unerwünschte Ereignisse			
Mortalität	~	~	~

Erläuterungen: ++ signifikanter Vorteil in Interventionsgruppe gegenüber Kontrollgruppe; ~ Ergebnisse vergleichbar in beiden Gruppen; ↓ Reduktion; ↑ Erhöhung; *in Übersichtsarbeiten enthalten

Evidenzgrade für Home Treatment



Empfehlung 14 NEU	Evidenz- und konsensbasierte Empfehlung „Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“
Empfehlungsgrad A	Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollen die Möglichkeit haben, in akuten Krankheitsphasen von mobilen multiprofessionellen Teams definierter Versorgungsregionen in ihrem gewohnten Lebensumfeld versorgt zu werden.
GRADE	Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Murphy et al. 2015)
Evidenz¹	
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Risiko stationärer Aufnahme sign. Geringer in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Stationäre Behandlungszeit sign. Geringer in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Behandlungsabbrüche sign. Geringer in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊕⊕)	Symptomschwere der psychischen Erkrankung tendenziell geringer in HT-Gruppe im Vergleich zu TAU (nicht sign.)
Gering (⊕⊕⊕⊕)	Behandlungszufriedenheit (Pat) sign. Höher in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊕⊕)	Behandlungszufriedenheit (Ang) sign. Höher in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊕⊕)	Belastungserleben (Ang) sign. Geringer in HT- Gruppe im Vergleich zu TAU
Gering (⊕⊕⊕⊕)	Anzahl Sterbefälle kein Unterschied zwischen beiden Gruppen
	Vergleich von Akutbehandlung im häuslichem Umfeld (HT) vs. herkömmliche Therapie (TAU); direkte Evidenz aus RCTs; Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (Stulz et al. 2020b; Cornelis et al. 2022)
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Allgemeine psychische Symptomatik kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Soziale Funktionalität kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Stationäre Behandlungstage nach 12 und 24 Monaten sign. Vorteil in HT
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Anzahl unfreiwilliger stationärer Aufnahmen kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Lebensqualität kein sign. Unterschied
Moderat (⊕⊕⊕⊕)	Behandlungszufriedenheit kein sign. Unterschied

... und unter Routinebedingungen?

European Psychiatry

www.cambridge.org/epa

Research Article

Cite this article: Stulz N, Kawohl W, Jäger M, Mötteli S, Schnyder U, Hepp U (2020). From research to practice: Implementing an experimental home treatment model into routine mental health care. *European Psychiatry*, 63(1), e94, 1–6
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.91>

Received: 08 July 2020
Revised: 02 October 2020
Accepted: 06 October 2020

Key words:

acute care; external validity; mobile teams; outreach services

Author for correspondence:

*U. Hepp,
E-mail: urs.hepp@ipw.ch

From research to practice: Implementing an experimental home treatment model into routine mental health care

HT reduziert die stationäre Inanspruchnahme auch unter Routinebedingungen ...

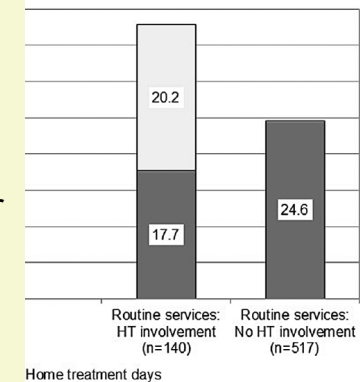
ABER

... Hinweise auf längere Gesamtbehandlungsdauern und weniger schwer kranke, sozial besser integrierte Patient:innen

Ähnliche Befunde: Kaehlitz et al. Front Psychiatry. 2025 Sep 8;16:1623610. doi: 10.3389/fpsy.2025.1623610.

more often living with others, less often admitted compulsorily, more often diagnosed with anxiety and stress-related disorders (ICD-10 F4) and less often diagnosed with schizophrenia spectrum disorders (F2). When compared to patients who were exclusively treated on hospital wards, involvement of the HT team in patients' care was associated with a clear-cut reduction of hospital bed days both during the RCT and under routine care conditions. However, unlike during the RCT study period, involvement of HT was associated with longer overall treatment episodes (inpatient + HT days) under routine care conditions.

Conclusions: HT seems to reduce the use of hospital bed days even under routine care conditions but is at risk of producing longer overall acute treatment episodes.



Weitere Beobachtungsstudien aus der Schweiz

- Zürich (PUK)
 - Home Treatment reduziert stationäre Behandlungstage führt aber zu längeren Gesamtbehandlungsdauern (HT+Station)
 - Home Treatment ist bzgl. klinischen Outcomes überlegen (GAF) bzw. gleichwertig wie stationäre Versorgung (HoNOS, CGI)
 - Keine Unterschiede bzgl. Anzahl und Dauer der Wiederaufnahmen während 19 Monaten
- Tessin
 - Längere Behandlungsdauern bei Home Treatment (Indexepisode)
 - Vergleichbaren klinischen Outcomes (HoNOS)
 - Keine Unterschiede bzgl. Anzahl und Dauer der Wiederaufnahmen innert 2 Jahren

Motteli et al. Front Psychiatry 9:495; Soldini et al. BMC Psychiatry. 2022;22:4051

Kosteneffektivität in der Schweiz

- Aargau: Home Treatment tendenziell rund 16% günstiger ($p=0.051$)
 - Hochrechnung: bei flächendeckender Umsetzung könnten schweizweit jährlich ca. 100 Mio. CHF eingespart werden
 - Büro BASS (2018; im Auftrag BAG): $M=120$ Mio., $Min=55$ Mio., $Max= 209$ Mio.
- Tessin: Kosteneffektivitätsstudie
 - Home Treatment generell günstiger als stationäre Versorgung
 - Hohe Kosteneffektivität insbesondere während Follow-up



Soldini et al. Int J Public Health 2025;70:16082485

Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung

Widerstände der (stationären) Mitarbeitenden

- «Soll HT besser sein als stationär?»
- «Wird unsere Arbeit nicht wertgeschätzt?»
- «Braucht es uns überhaupt noch?»
- «Ihr nehmt uns die 'leichten' Patienten – uns bleiben die 'schwierigen' Fälle»
- «Die Patienten sind noch zu krank für das HT»

Wyder et al. *Psychiatr Praxis*. 2018;45:405-11

Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung

Schwierigkeiten der Home Treatment Mitarbeitenden

- Anfängliche Befürchtungen und Bedenken, schwer kranke Patienten zu Hause zu betreuen
- Überforderung / subjektiv zu grosse Verantwortung
- Mangelnde Akzeptanz bei den stationären Teams
- Schwierigkeiten, an die Patienten heranzukommen
- Schwierigkeiten Fälle abzuschliessen («es gibt noch viel zu tun»)

Wyder et al. *Psychiatr. Praxis*. 2018;45:405-11

Herausforderungen bei der praktischen Umsetzung

Strukturelle / institutionelle Rahmenbedingungen

- Es braucht Commitment der ärztlichen und der pflegerischen Leitung
- Am besten, wenn «alles aus einer Hand» kommt
- Rückhalt für das Team («es darf auch mal was schiefgehen»)

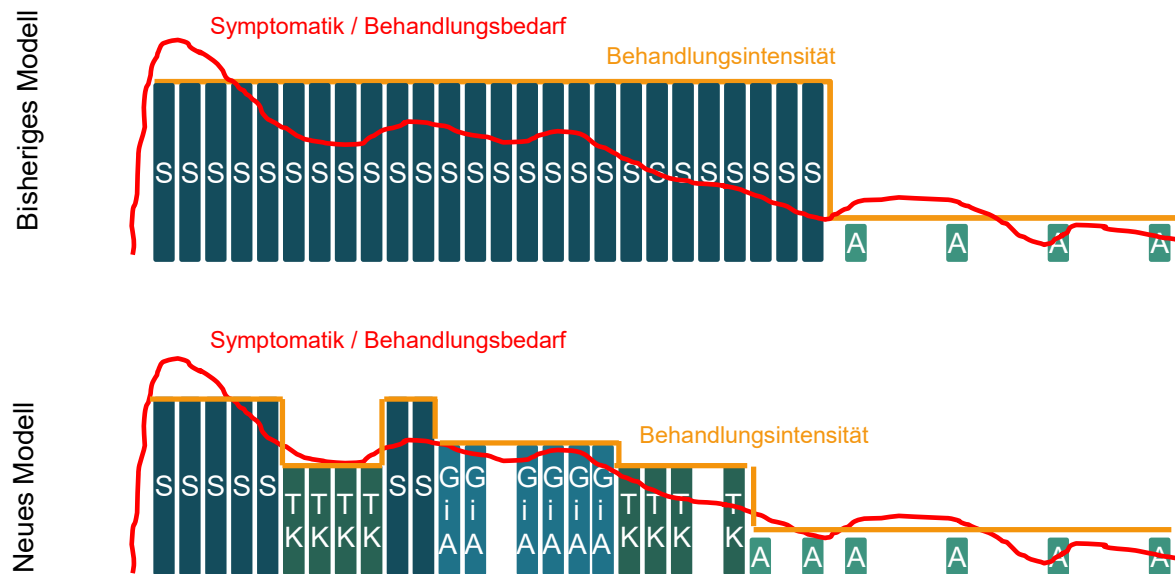
Wyder et al. *Psychiatr. Praxis*. 2018;45:405-11

Home Treatment Modelle in der Schweiz

- Als eigenständige Einheit:
Stationsäquivalente Behandlung durch multiprofessionelle Teams:
Luzern, Aargau, Zürich (PUK, ipw), Tessin, Waadt, Bern
- Als post-stationäre Übergangsbehandlung:
Nach Hospitalisation zur Verkürzung stationärer Aufenthalte und Vermeidung von Wiedereintritten:
Basel-Stadt, Thurgau
- Im Rahmen eines integrierte Versorgungsangebotes:
Krisenintervention durch multiprofessionelle Teams stationär, aufsuchend, tagesklinisch, ambulant:
Baselland, Sarnen (demnächst)

Quelle: M. Jäger

Bedarfsgerechte Behandlungsintensität: Möglichkeit zu bedarfsorientiertem und flexiblem Wechsel zwischen Behandlungssettings mit personeller Kontinuität



2 multiprofessionelle Teams mit je 20 stationären/ tagesklinischen/ aufsuchenden Behandlungsplätzen (Station mit 10 Betten, 1 Intensivzimmer)

Quelle: in Anlehnung an U. Hepp

Aufsuchende Behandlung – Weiterführende Ideen

- Vorgabe: täglicher Hausbesuch (stationsäquivalente Behandlung)
- Aus Patientensicht oft besser: anfänglich intensive Behandlung, bei Besserung weniger intensive Behandlung und mehr Eigenverantwortung
- Mitarbeiter verbringen viel Zeit im Auto
- Telemedizin als effektive Ergänzung zum Hausbesuch?
- Hausbesuche durch weniger qualifiziertes Personal / Peers und bei Bedarf telemedizinischen Hinzuziehen von Fachpersonen (Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, etc.)?
- Ergänzende Online-Behandlungen (Blended Therapy)?

Quelle: U. Hepp



Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!

(niklaus.stulz@lups.ch)