

## Jahresthema 2020

### «AT\_HOME»

#### Aufsuchende **T**herapie zu **H**ause, **O**originell, **M**obil, **E**ffektiv

**Autoren: Dr. med. Ulrich Böhnke und Prof. med. Michael Kaess**

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Universität Bern, Schweiz

Aufsuchende Akutbehandlung zuhause

#### **Vorüberlegung/Ausgangslage**

Eine schwere psychiatrische Erkrankung oder eine schwere psychische Krise bedeutet für Kinder und Jugendliche oft, dass eine stationäre Behandlung empfohlen wird. Diese Behandlungsform kommt dann zum Einsatz, wenn die ambulante Behandlung sich nicht als hinreichend wirksam erweist, also eine Verbesserung des Alltags-Funktionsniveaus nicht innerhalb einer sinnvollen Frist erreicht werden kann. Die Frage nach einer raschen Genesung bzw. Stabilisierung wiegt im Kinder- und Jugendbereich umso schwerer, da oft wichtige Entwicklungsaufgaben durch die Erkrankung bzw. die Symptome erschwert oder blockiert werden. Eine rasche, umfassende Diagnostik mit dem Ziel, die Erkrankung nach aktuellen Standards korrekt und umfassend zu behandeln ist daher angezeigt. Hierfür stehen nach Ausschöpfen der ambulanten Massnahmen in der Schweiz aktuell tagesstationäre (syn.

tagesklinische) und stationäre Settings zur Verfügung. Die Wirksamkeit dieser Angebote ist dabei grundsätzlich erwiesen.

Eine schwere psychiatrische Erkrankung bedeutet für Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien eine erhebliche Belastung. Die stationäre Hospitalisation kann dabei als Entlastung erlebt werden. Immer wieder bedeutet ein vorübergehender Wohnortwechsel aus dem familiären und sonstigen sozialen Umfeld (Schule, Freunde, Vereine) heraus jedoch eine zusätzliche Belastung und Herausforderung, welche auch zu einer Verschlechterung des allgemeinen psychischen Zustandes führen kann. Auch zeigt sich am Übergang nach einer erfolgreichen stationären Behandlung nicht selten, dass erlernte, durchaus wirksame Strategien, welche Stabilisierung und Entwicklungsförderung bringen, im gewohnten familiären Umfeld nicht 1:1 umsetzbar sind. Zwar wird dieser Aspekt möglichst berücksichtigt und Sequenzen mit Belastungserprobungen in der finalen Behandlungsphase umgesetzt. Trotzdem wird der Zeitpunkt der Entlassung oft nochmals zu einer sehr grossen Herausforderung und bisweilen Überforderung, was in einer erneuten psychischen Dekompensation münden kann.

Schon seit langem ist verstanden, dass der Einbezug des familiären und sozialen Umfeldes in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen unumgänglich ist. Dies wird auch in den gängigen ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten in der Schweiz berücksichtigt. Die Arbeit mit dem System (Eltern, Geschwister, Freunde, Schule, Ausbildungsort) ist auch im stationären Rahmen unserer Klinik seit Jahren selbstverständlich geworden. Trotz dieser Bemühungen entsteht nicht selten der Eindruck, dass man in der Klinik noch immer "zu weit weg" ist vom familiären und sozialen Alltag der Kinder und Jugendlichen, und dass wesentliche Aspekte in der systemischen Arbeit während einer stationären Behandlung zu wenig verstanden und somit zu wenig in die Behandlung einbezogen werden.

Als ein letzter Aspekt der stationären Versorgung soll ein historischer angeführt werden: die stationären Psychiatrien wurden nicht zufällig an Orten errichtet, welche ausserhalb der Städte/Wohngebiete lagen (und zum Teil heute noch liegen). Ein Fokus der "Behandlung" früher war, Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst weit aus dem gesellschaftlichen Leben fernzuhalten. Noch immer hält sich ein wesentlicher,

kritischer Aspekt psychischer Krankheit, welcher aus diesem medizin- und sozialhistorischen Aspekt resultiert, nämlich: psychische Erkrankung bedeutet ein erhebliches Stigma, welches oft das Leiden der Patient\*innen und der Familien verstärkt und Genesung erschwert. Es wird diskutiert, wie sehr die stationäre Versorgungsform teilweise diesen Stigmatisierungseffekt begünstigt.

#### **Ein Versuch, umzudenken - Akutbehandlung zu Hause**

Was wäre, wenn...

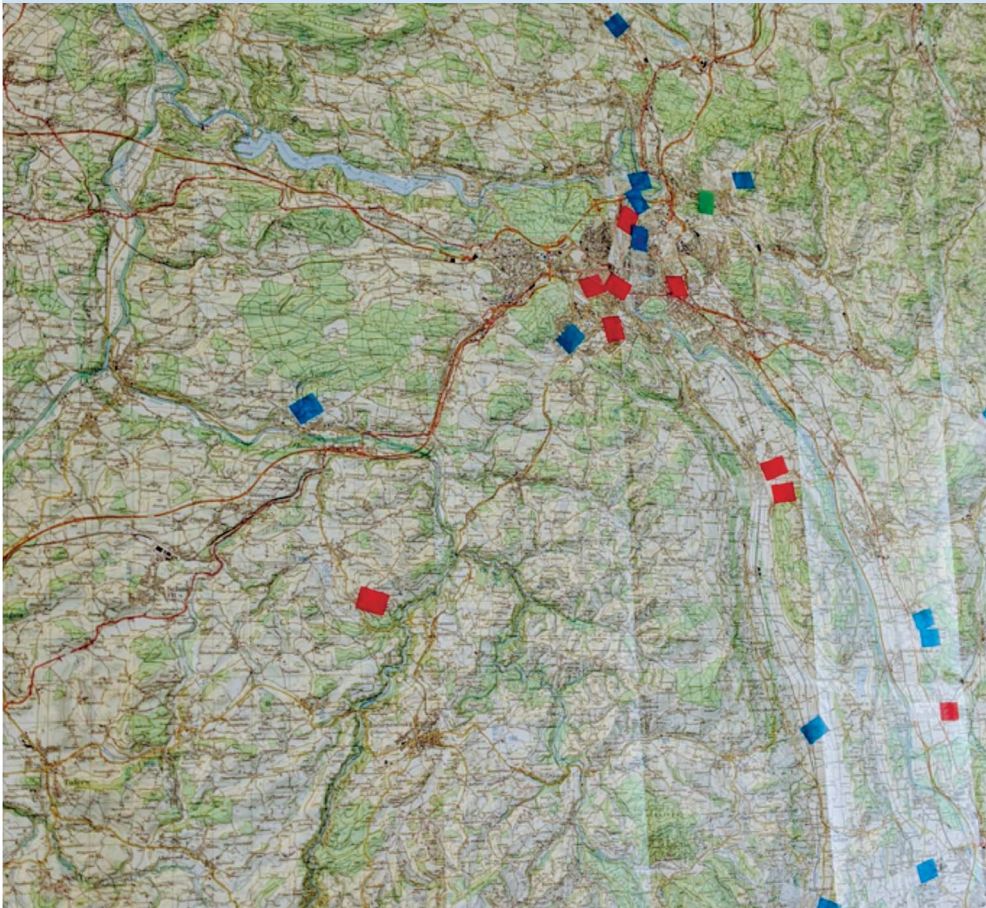
...ein Kind oder Jugendliche\*r mit einer akuten psychiatrischen Erkrankung nicht mehr in jedem Fall hospitalisiert werden müsste?

...eine Familie mit einem psychisch schwer belasteten Kind vor Ort eine umfassende fachliche Unterstützung nach aktuellen Behandlungsstandards erhalte, das Kind aber in seinem gewohnten sozialen Umfeld bleiben könnte?

Abb. 1: Landkarte mit Standortmarkierungen im AT\_HOME-Einzugsgebiet

Die Universitätsklinik hat ein Team aus 5 Psychotherapeut\*innen (Ärzt\*innen und Psycholog\*innen) sowie 7 Fachkräften aus dem Bereich Pflege & Pädagogik (Pflegefachleute und Sozialpädagog\*innen) zusammengestellt, welches die klinische Umsetzung der aufsuchenden Akutbehandlung

leistet. Der Stellenschlüssel orientiert sich dabei an einer regulären Kinder- oder Jugendstation zur Akutversorgung an unserer Klinik. Eine Sekretariatsmitarbeiterin wurde für die teils komplexe Terminkoordination mit Einbezug von der familiären Situation sowie der Teamkonstellation (Schichtplan, Hauptbezugspersonen für die Familien, Wohnort (Fahrtroutenplanung)) eingestellt.



Von diesen und ähnlichen Fragen wurde wohl die Regierung des Kantons Bern, sprich die Direktion für Gesundheit, Soziales und Integration (GSI - früher GEF) geleitet, als sie 2018 beschlossen, im Kanton Bern einen entsprechenden Modellversuch ("Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause" (PAH)) für eine stationsäquivalente Behandlung von psychisch erkrankten Menschen (Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche) auszu-schreiben. Oben genannte Argumente bewegten die Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie letztlich auch zur Bewerbung um Teilnahme am Modellversuch.

Das Ziel des Modellversuchs ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluation einer stationsäquivalenten, aufsuchenden Akutbehandlung für 10 Kinder und Jugendliche in der Agglomeration Bern. In der medizinischen Evaluation des Modellversuchs wird eine gleichwertige Symptomreduktion der teilnehmenden Patienten im Vergleich mit stationär behandelten Patienten sowie eine höhere Nachhaltigkeit der Behandlung (besseres Outcome in Nachuntersuchungen und geringere Wiederaufnahmeraten) erwartet. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in AT\_HOME soll langfristig auch mit einer Reduktion von psychiatrischen stationären (Not-)Aufnahmen und fürsorglichen Unterbringungen (FU) von Kindern und Jugendlichen im Kanton Bern einhergehen. Bei Erfolg des Modellversuchs sowie einer nachhaltig gesicherten Regelfinanzierung, kann an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie eine Reduktion stationärer Betten ins Auge gefasst werden.

Grundüberlegungen und Haltungen dieser Behandlungsform:

- Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen Erkrankungen können selbst bei ausgeprägter Symptomatik zu Hause behandelt werden und bleiben so in ihrem individuellen Lebensraum (Familie, Schule, etc.).
- Familiensysteme, die bei der relevanten Patientenpopulation oft sehr belastet oder nicht selten auch selbst psychisch erkrankt sind, können in hohem Masse einbezogen werden. Sie können damit sowohl Unterstützung erfahren als auch lernen, wie sie die Patienten im Prozess der Genesung unterstützen können.
- Mit Helfersystemen wie Schulen, Sozialdiensten, KESB, niedergelassenen Fachärzten, Hausärzten etc. kann eine vereinfachte, niederschwellige und schnelle Kooperation im Sinne eines „single point of entry“ etabliert werden.
- Kinder, Jugendliche und ihre Familien können durch diese Interventionen zur geplanten, strukturierten, ambulanten Behandlung befähigt werden.
- Auf stationäre Kriseninterventionen (inkl. freiheitsentziehender Massnahmen) und auch längere stationäre Aufenthalte kann ggf. verzichtet werden (langfristig ökonomisch).

- Ein Problem bei o.g. Patienten und deren Verläufen ist oft der rasche und schwere Einbruch des Funktionsniveaus, der durch sehr langwierige stationäre Aufenthalte teilweise aufrechterhalten oder sogar verstärkt wird. Das Ziel einer aufsuchenden Behandlung soll daher neben der Symptomreduktion unbedingt auch die Aufrechterhaltung und Stärkung des psychosozialen Funktionsniveaus sein.
- Durch eine ausgeprägte Vernetzung des aufsuchenden Teams mit dem zentralisierten Notfallzentrum (Triage, mobile Equipen und Kriseninterventionszentrum) können von einer akut psychiatrischen Symptomatik betroffenen Kindern und Jugendlichen flexible Hilfen aus einer Hand und in bedarfsgerechten Settings bereit gestellt werden.

#### Stand der Umsetzung

Seit Mai 2019 werden gemäss der genannten Ziele Kinder und Jugendliche, bei welchen ein stationärer Behandlungsbedarf festgestellt wurde, eine aufsuchende Akutbehandlungsalternative angeboten. Das Angebot heisst AT\_HOME, welches ein Akronym für **A**ufsuchende **T**herapie - zu **H**ause, **O**riginell, **M**obil, **E**ffektiv darstellt. Dabei gelten folgende Kriterien (über die notwendige stationäre Indikation hinaus):

#### Einschlusskriterien

- stabile Wohnsituation innerhalb des Einzugsgebietes des Modellversuchs (max. 30 Minuten durchschnittliche Fahrtzeit ab Klinik) und innerhalb des Kantons Bern
- Einverständnis zur Teilnahme durch die Sorgeberechtigten und Patienten
- Ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache, dass eine Kommunikation zur umfassenden Abklärung und Behandlung möglich ist (der Beizug eines professionellen Übersetzungsdienstes kann nicht für tägliche Termine gewährleistet werden. Termine mit Übersetzung können ca. wöchentlich einmalig angeboten und geplant werden)

#### Ausschlusskriterien

- Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung, welche den Aufenthalt zuhause unverantwortbar macht
- akute Selbst- u/o Fremdgefährdung zum Zeitpunkt des Vorgesprächs

Abb. 2: AT\_HOME-Fahrzeug am Klinik-Standort

Die Behandlungsteams oder je nach Inhalt des Termins auch einzelnen Mitarbeiter suchen gemäss der Terminplanung die Kinder/Jugendlichen bzw. die Familie zu Hause auf. Dabei sind sie per Personenwagen, im Stadtgebiet teilweise auch per Fahrrad oder ÖV unterwegs. Ein Termin vor Ort dauert in aller Regel ca. 40 bis 90 Minuten. Termine in der Klinik sind keine vorgesehen, alle notwendigen Untersuchungen (z.B.: körperliche

Untersuchung (inkl EKG & Laborprobenentnahme), testpsychologische Untersuchungen) sowie Behandlungsinterventionen werden zu Hause bei den Familie durchgeführt bzw. im direkten Alltagskontext der Patienten (dies beinhaltet auch Schulgespräche oder -begleitung, Gespräche mit Berufsberatern und Ausbildnern, Gespräche mit Freunden).





Abb. 3: Büroräumlichkeiten des AT\_HOME-Teams (Besprechungszimmer & Grossraumbüro)

Dabei folgt der Ablauf der AT\_HOME-Behandlung dem etablierten Standard:

1. Kennenlern- oder „Joining“-Phase mit einer Ziel- und ersten Auftragsklärung.
2. Diagnostisch fokussierte Phase mit entsprechender Aufklärung von Patienten und Umfeld über die Diagnose(n) und Behandlungsmöglichkeiten (Psychoedukation).
3. Aus der Diagnostik abgeleitete erneute Ziel-/Auftragsklärung mit gemeinsamer Entwicklung eines Fallverständnisses und
4. Behandlungsphase mit Umsetzung von konkreten Behandlungsinhalten; kontinuierliche Evaluation durch das Behandlungsteam (bestehend aus 2 hauptzuständigen Fachpersonen & der Familie und dem Jugendlichen selbst) und ggf. Anpassung.
5. Abschlussphase zur Konsolidierung/ Belastungserprobung und Übergang in das ambulante Anschluss-Setting.

einer entsprechenden Behandlungsplanung.

Aufgrund des Modellversuchs-Charakters gibt es gegenwärtig eine zeitliche Obergrenze für die aufsuchende Akutbehandlung von 3 Monaten. In dieser Zeit wird angestrebt, hinreichend Stabilität zu erreichen, sodass anschliessend eine reguläre ambulante Behandlung ausreichend und für alle Beteiligten umsetzbar ist. Wenn dieses Ziel nicht erreicht werden kann, werden andere Weiterbehandlungsalternativen (stationär oder tagesstationär) erwogen und ggf. umgesetzt. Eine Grundhaltung im AT\_HOME Behandlungssetting stellt das sogenannte "Empowerment" dar, welches grob übersetzt "befähigen" heisst. Dies bedeutet konkret, dass unsere Behandlungsinterventionen darauf abzielen, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben der Kinder und Jugendlichen und ihren Familien zu erhöhen und es ihnen zu ermöglichen, ihre Interessen (wieder) eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten. Dies stellt keine wesentliche Veränderung in der Grundhaltung gegenüber dem stationären Setting dar, jedoch ermöglichen uns das Erleben der Familie vor Ort, Ressourcen der Familien rasch zu erkennen und in die Interventionsplanung mit einzubeziehen. Einige Beispiele für Interventionen vor dem Hintergrund von Empowerment aus unseren bisherigen Erfahrungen:

- Eine belastete und konfliktreiche Beziehung zwischen dem 14jährigen Sohn und seiner Mutter kann sich über ein gemeinsames Interesse/Hobby (konkret: Reiten) stabilisieren; beide erleben Ihre Beziehung in diesen Momenten als bereichernd, was in stärkerer Wertschätzung füreinander resultiert und mehr Bereitschaft für die Bearbeitung belastender Themen bringt.
- Eine Mutter erlebt durch Spiegelung unserer Teammitglieder, dass sie in ihrer Erziehung mehr «richtig» macht als sie glaubt, wodurch sie im Auftreten gegenüber ihrem 7jährigen Kind, welches den Schulbesuch verweigert, sicherer und klarer wird; so gelingt dem Kind der Schulbesuch wieder wesentlich besser
- Der 21jährige Bruder des 17jährigen Patienten spiegelt das Verhalten des Patienten gegenüber den Eltern in einem Familiengespräch; dies hilft dem Patienten, sein eigenes Erleben der Situation zu hinterfragen und sein nicht hilfreiches Verhalten (Ignorieren der Eltern) schrittweise anzupassen
- Eine 13jährige Jugendliche mit Schulängsten profitiert davon, zu erleben, dass Freundinnen ihr in einem gemeinsamen Gespräch mit dem AT\_HOME-Team darlegen, dass sie sie wertschätzen und ihnen die Freundschaft zu ihr wichtig ist. Dies hilft der Jugendlichen, die Schule, trotz Angst, wieder regelmässig zu besuchen.

### Erste Ergebnisse, Fazit & Ausblick

Mittlerweile wurden im Rahmen von AT\_HOME 22 Behandlungen abgeschlossen; bei 18 davon konnte das Ziel einer anschliessenden Überführung in ein ambulantes Behandlungssetting erreicht werden (mehr als 80%), in 2 Fällen kam es bereits während unserer Behandlung zu einer Verlegung in ein stationäres Setting, in 2 weiteren Fällen wurde zum Ende der Behandlung entschieden, dass eine stationäre Weiterbehandlung bei noch nicht hinreichender Stabilität für eine ambulantes Setting angezeigt war.



Gesamthaft wurde das Setting von den Familien sowie den Kindern und Jugendlichen in direkter Auswertung (Befragung durch das Team am Ende der Behandlung) sowie in ersten Daten aus anonymisierten Zufriedenheitsbefragungen durch ein unabhängiges Forschungsbüro als hilfreich erlebt.

Auffallend war, dass das Symptom "Schulabsentismus", welches ein häufiges Anzeichen für psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen darstellt, von unserem Team bisher sehr häufig (ca. 35% der Behandlungen) angetroffen wurde und sich als gutes Mess-/Zielsymptom der Behandlung zeigte. So konnte bei nahezu allen Jugendlichen mit dieser Problematik während der AT\_HOME-Behandlung wieder ein zuverlässiger Schulbesuch erreicht werden.

Grundsätzlich scheint der aufsuchende Ansatz anhand von ersten klinischen Erfahrungen eine vergleichbar wirksame Behandlung darzustellen, auch für akut psychisch erkrankte und in ihrer Alltagsfunktion stark beeinträchtigte Kinder und Jugendliche. In Kürze startet unsere Klinik eine randomisiert-kontrollierte Vergleichsstudie, in welcher die Behandlungs-Ergebnisse der im AT\_HOME behandelten Patient\*innen mit jenen der stationär behandelten verglichen werden sollen. Der für uns interessanteste Vergleichsendpunkt dürfte die Symptomatik und das globale Funktionsniveau 6 Monate nach Behandlungsabschluss darstellen. Daher sind 3 Messzeitpunkte geplant (vor und nach der Behandlung sowie 6 Monate nach Behandlungsabschluss). Die Studie wird mit einem

sog. "verblindeten" Untersucher durchgeführt, welcher nicht erfährt, in welchem Setting der\*die Patient\*innen behandelt werden oder wurden.

Nach einer Modellversuchsphase wird sich nun die Frage stellen, wie eine sinnvolle Regelfinanzierung einer solchen Behandlung aussehen könnte. Gegenwärtig werden im Modell analog zum ambulanten TarMed und Normkostenmodell die Einzelleistungen verrechnet, was für eine stationsäquivalente Behandlung langfristig wenig sinnvoll scheint.

Im Idealfall erhoffen wir uns, dass derartige Behandlungsmodelle Schule machen, da wir davon ausgehen, dass für einen wesentlichen Teil der Kinder- und Jugendlichen eine solche Behandlungsalternative zumindest gleich wirksam und nachhaltig sein dürfte bei gesamthaft geringeren Behandlungskosten durch wesentlich geringere Infrastrukturkosten. Trotzdem wird die herkömmlich stationäre Behandlungsmöglichkeit auch weiterhin eine Variante bleiben müssen, insbesondere bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung bzw. bei stark herabgesetzter Steuerungsfähigkeit, wie sie beispielsweise bei akuten Psychosen auftreten kann.