

Home BASE



Problem: Wie können wir eine Hospitalisierung bei schweren psychischen Störungen vermeiden und Inklusion medizinisch unterstützen?

Univ.-Prof. Dr. med. Lic. psicología (UNED) Stephan Bender

*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters, Uniklinik Köln*

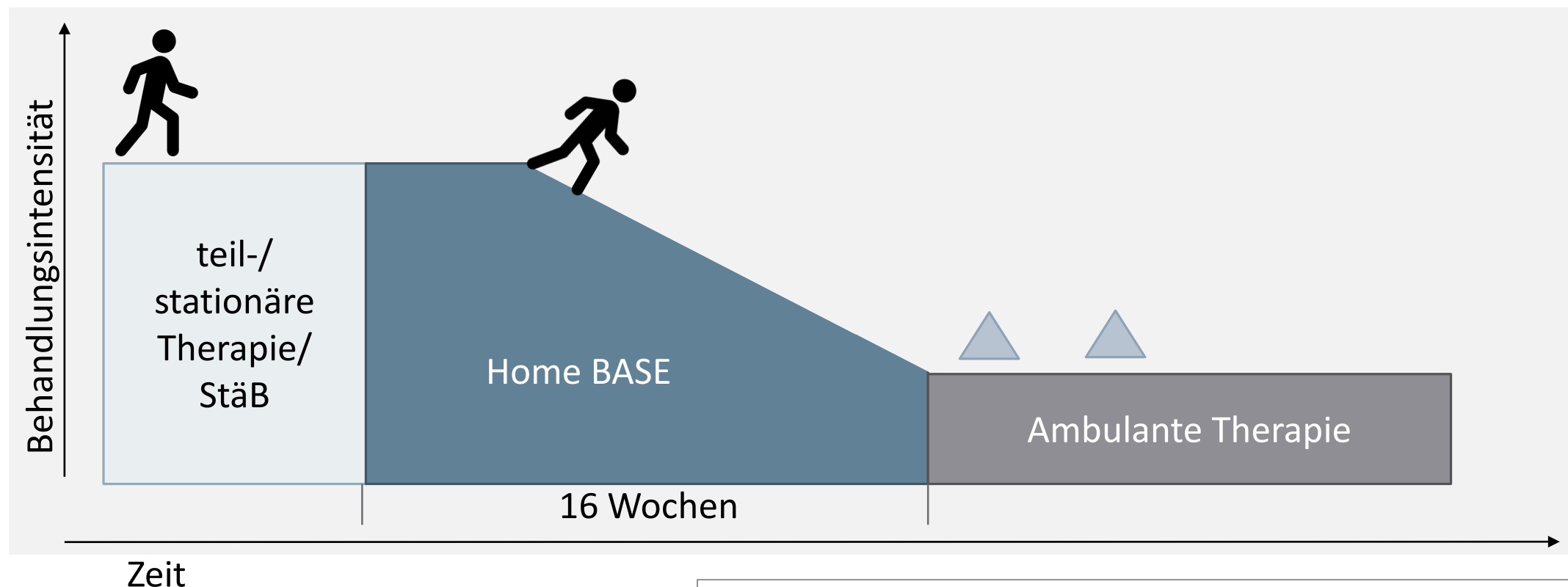
<https://kinder-jugendpsychiatrie.uk-koeln.de>

Home BASE

Aufsuch**H**ende, bedarfs**O**rientierte, **M**ultiprofessionelle **E**
Beh**A**ndlung **S**chwerer psychischer **E**rkrankungen
bei Kindern und Jugendlichen

-
- *Vollförderung:* *Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)*
 - *Bereich:* *Neue Versorgungsformen (8 Mio)*
 - *Themenfeld:* *Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen*

Konzept Home BASE



StäB: Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung
▲ : einzelne Booster-Kontakte (PIA-Pauschale)

Multiprofessionelle aufsuchende Behandlung

- * Fachärztliche / oberärztliche Leitung
- * Ärzt*innen (Medikation, somatische Aspekte)
- * Psychotherapeut*innen / Psycholog*innen
- * Pflege- und Erziehungsdienst, pädagogische Fachberufe (breite Definition)
- * Sozialdienst - Schnittstellen

Enge (tagesaktuelle) Abstimmung im Team auf Augenhöhe (vergleichbar mit Station)

Aufsuchende Behandlung im alltäglichen Lebensumfeld

Möglichst starke Einbindung der familiären Ressourcen in Therapie (Familienorientierung)

Termine bedarfsangepasst

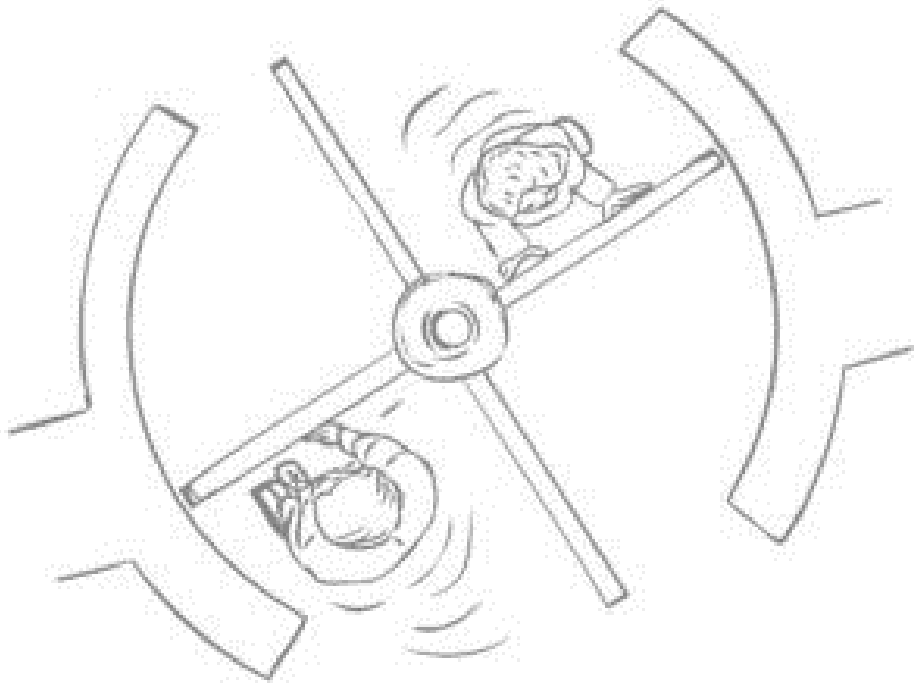
Zielgruppe

- * Chronisch suizidale Patient*innen
- * Selbstverletzendes und anderes Risikoverhalten
- * **Schulabsentismus aufgrund psychiatrischer Diagnose > 6 Monate trotz Interventionen durch Jugendhilfe und medizinischer Regelversorgung**
- * wiederholte stationäre Kriseninterventionen / Aufenthalte (Drehtüreffekt)

=> sehr schwer betroffene Patient*innen, die in der Regelversorgung nicht ausreichend in den Alltag reintegrierbar sind

=> Notwendigkeit multiprofessioneller, bedarfsangepasster Intervention im Team

Ziele der neuen Versorgungsform

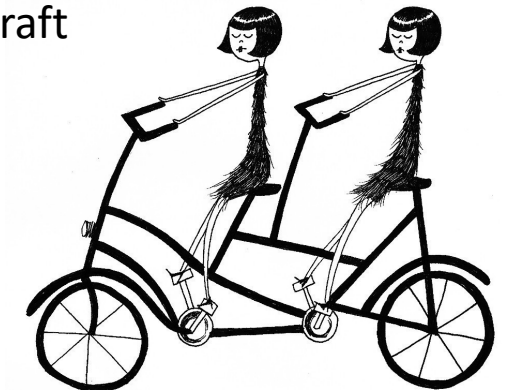


- ✓ **Stabilisierung der Behandlungserfolge** der Stationen im Alltag
- ✓ Vermeidung von **Behandlungslücken** nach Station
- ✓ **weniger** Wiederaufnahmen und Hospitalisierung
- ✓ **fließender** Übergang in das **ambulante** Setting
- ✓ Erreichen von **vulnerablen** Gruppen
- ✓ Einbindung des **gesamten familiären Systems**
- ✓ Einbindung weiterer Hilfesysteme (JA, Schule, usw.)
- **Dauerhafte Finanzierung über Krankenkassen ermöglichen**



Beispiel Wochenplan

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8:00-13:00 Schule	8:00-13:00 Schule	Begleitung 8:00-13:00 Schule	8:00-13:00 Schule	8:00-13:00 Schule
14:00-16:00 Schule	14:00-15:00 Einzeltherapie	14:00-16:00 Schule	14:00-16:00 Schule	15:00-16:30 Hobby
17:00-18:00 Elterngespräch		16:00-17:00 Visite 17:00-18:00 Gruppen- therapie		17:00-18:00 Pädagog*innen Termin

Therapeutische + PED-Kraft
Kraft



Legende

	Pädagog*in/ Therapeut*in
	Patient*in

Vorarbeiten

Pilotstudie BAsE (monozentrisch, Köln)

Finanzierung: Küpper-Stiftung

Wir helfen!

Marga und Walter Boll-Stiftung

Design BASE (SGB-übergreifend)

* therapeutisches Team: Uniklinik Köln

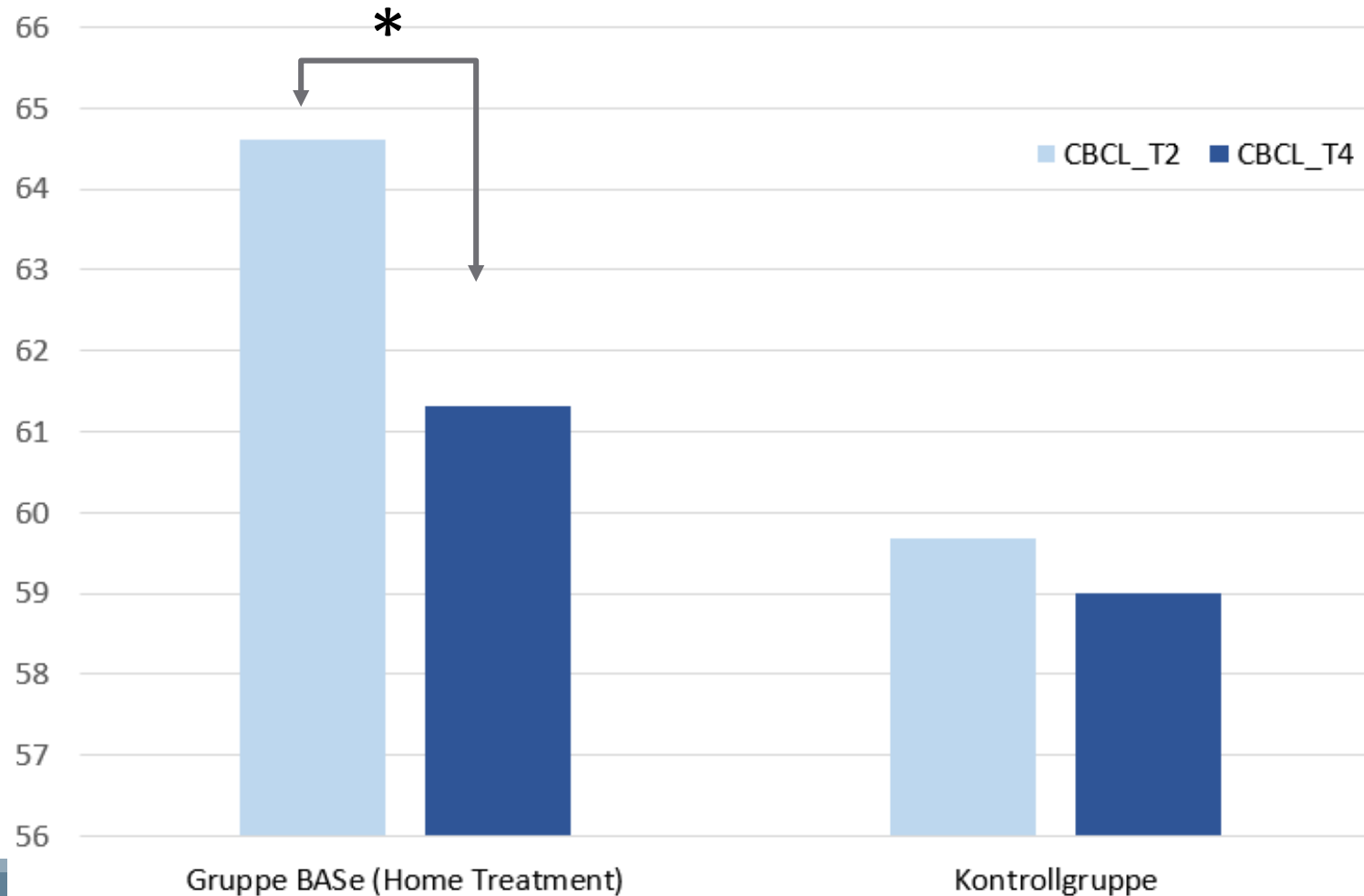
* pädagogisches Team: Robert Perthel Haus

Neue Versorgungsform: multiprofessionell aufsuchend

Kontrollgruppe: treatment as usual (ambulante Jugendhilfe)

Voraussetzung Teilnahme (randomisiert): Jugendhilfeantrag
genehmigt

Ergebnisse BASe (Pilotstudie) - poststationär



CBCL (child behavior checklist)
Dimensionale
„breite“ Psychopathologie

Auffällig: > 60
Sehr auffällig > 70
Durchschnitt: 40-60

Ergebnisse

- * sehr ermutigend
 - * positive Rückmeldungen von Mitarbeiter*innen und Familien
 - * Interaktion und Synergien fachlicher Expertise sehr gewinnbringend

 - * datenschutzrechtliche Hürden
 - * IT-technische Hürden
 - * Wegezeiten
 - * Nutzung Telemedizin / Videotelefonie
- => enge Abstimmung sehr hilfreich, aber auch aufwendig und mit Hürden an Systemgrenzen**

Überblick

Die Fakten auf einen Blick

Gesamt N Proband*innen	440
Gesamt n Patient*innen Experimentalgruppe	220
Anzahl Zentren (LOI)	12
Dauer der Durchführung (first patient in/last patient out)	20 Monate
Dauer Home Treatment pro Patient*in	16 Wochen (4 Monate)
Anzahl Behandlungsphasen pro Zentrum in 20 Monaten	5 Durchläufe



Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen

Einbindung der Eltern (Sorgeberechtigte)

Einbindung der Schule (Lehrer)

Einbindung der peer-group (Freunde, Vereine, Hobbies, Geschwister)

Verzahnung von Therapie und Pädagogik


Schnittstellen zu frühe Hilfen, Schulsozialarbeit, Jugendhilfe, Agentur für Arbeit (berufliche Perspektive, Transition)

Enge Abstimmung im therapeutischen Team und an Schnittstellen zu angrenzenden Systemen notwendig (multisystemischer Ansatz)

Multimodale aufsuchende evidenzbasierte Therapie von Adoleszenten mit ausgeprägten psychischen Störungen (MAETA)*

- dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993)
 - Fassung für das Jugendalter (DBT-A; Fleischhaker et al., 2011; von Auer & Bohus, 2017)
 - Anwendung auf Familien (Trasseli et al., 2022; Hoffman et al., 1999)
- Evidenzbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsmethoden
 - Angst- und Zwangsstörungen (Wewetzer & Wewetzer, 2019)
 - depressiven Störungen (Abel & Hautzinger, 2022) einschließlich der Selbstmanagement-Verfahren (Walter et al., 2007; Walter & Döpfner, 2009; Rademacher & Döpfner, 2022)
- Psychopharmakotherapie
- auf spezifische Lebensbereiche des Jugendlichen fokussierte Maßnahmen
 - Jugendhilfe
 - schulbasierte Förderung

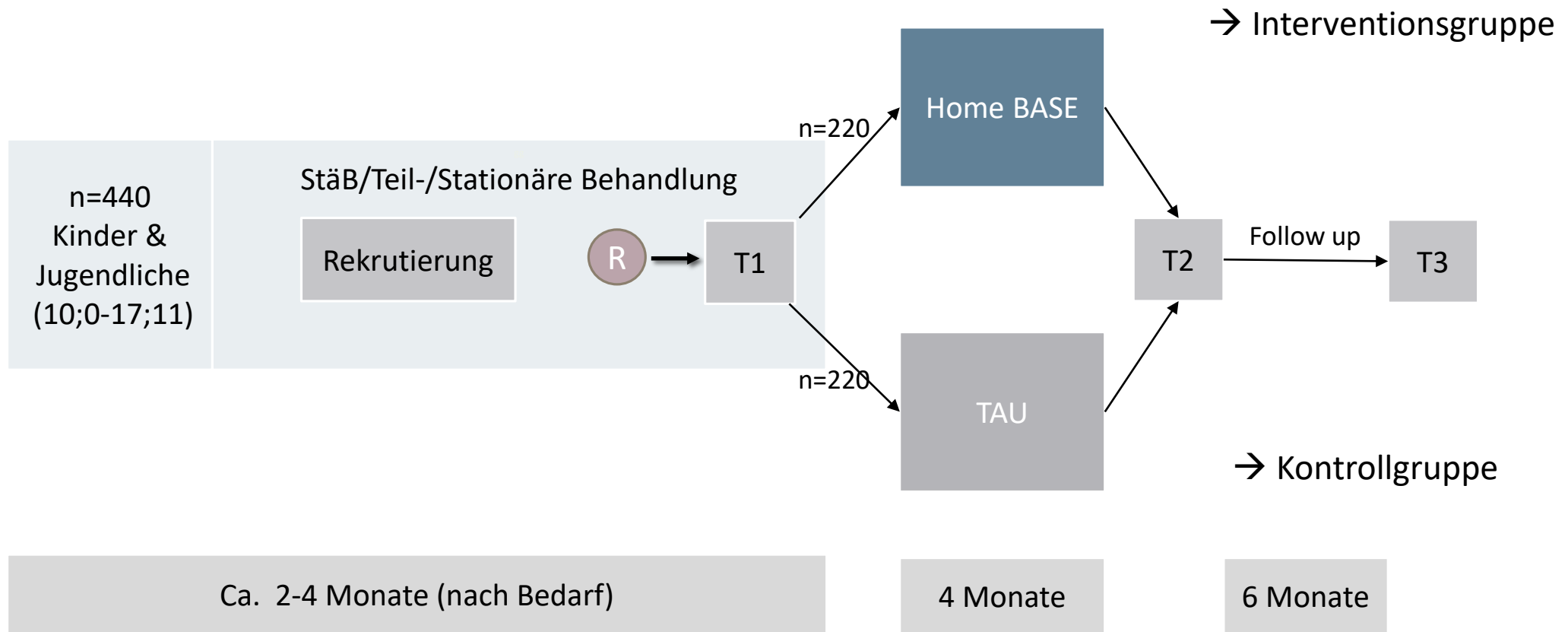
Bündelung und Koordination in umfassendem Case-Management
modifiziert nach Henggeler et al. (2009)



Teilnehmende Krankenkassen



Studiendesign: IG vs. KG



Gesundheitsökonomie

Ziel der gesundheitsökonomischen Evaluation ist eine umfassende Bewertung der neuen Versorgungsform aus der Perspektive der Kostenträger sowie aus der volkswirtschaftlichen Perspektive

Kosten-Nutzwertanalysen geben Aufschluss über die Effizienz der jeweiligen Interventionen

Die Abrechnungsdaten der Krankenkassen werden mit den Primärdaten durch die Vertrauensstelle in pseudonymisierter Form verknüpft

Bestimmung des inkrementellen Kosten-Nutzwert-Verhältnisses

$$\frac{K_{IG,ti} - K_{KG,ti}}{LQ_{IG,ti} - LQ_{KG,ti}}$$

Problem: Keine Klinikbeschulung möglich bei
aufsuchender Behandlung ohne vorherige
stationäre Behandlung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit