

# Zuhause wohnen als Therapie

## Ein Behandlungsangebot im häuslichen Umfeld für psychisch kranke Menschen

BARBARA BORNHEIMER

Dr. Barbara Bornheimer ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie arbeitet als leitende Ärztin in der Vitos Klinik Bamberger Hof in Frankfurt am Main, die sich als »Klinik ohne Betten« u. a. auf die ambulante Behandlung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung spezialisiert hat.

barbara.bornheimer@vitos-hochtaunus.de

**Das Konzept der »Ambulanten psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« belässt psychisch erkrankte Menschen in ihrem gewohnten Umfeld und bezieht die dort vorhandenen Ressourcen in die Therapie mit ein.**

In wenigen europäischen Ländern gibt es so viele psychiatrische Krankenhausbetten wie in Deutschland. Vor allem in den skandinavischen Ländern, aber auch in Frankreich und England ist es seit Jahrzehnten gelebte Praxis, stationäre Behandlung als Ultima Ratio – also als Ausnahme denn als Regelfall – anzubieten.

Auch in Deutschland ist in den letzten Jahren ein Umdenken zu beobachten. Vorgemacht haben es die somatischen Häuser, die unter dem Kostendruck und als Folge der Fallpauschalen (DRGs) immer mehr Eingriffe ambulant durchführen oder sehr schnell in die ambulante Behandlung entlassen. Dass dabei auch manche »blutige Entlassung« ist, also Patienten die eigentlich noch der Fürsorge eines Krankenhauses bedürfen, frühzeitig entlassen werden, ist die Kehrseite der Medaille.

In der Gemeindepsychiatrie hat der Abschluss von Verträgen über Integrierte Versorgung mit den Krankenkassen neue Entwicklungen begünstigt und ermöglicht. Auch hier ist das Einsparen von Kosten zwar klares Ziel vonseiten der Kassen, aber es ist zu hoffen, dass Patienten, die sich beteiligen, davon profitieren, wenn sie, statt in die Klinik zu gehen, Angebote vorfinden und annehmen können, die es ihnen ermöglichen, eine Krise oder Wiedererkrankung von zu Hause aus zu bewältigen.

### Das Frankfurter Modell

Die »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH)« wurde Ende der 1990er Jahre in der Vitos Klinik Bamberger Hof in Frankfurt am

Main entwickelt und wird seit März 2000 angeboten.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Konzeptes war eine Notlage: Die Klinik Bamberger Hof, im Jahre 1976 gegründet und mit 40 Betten, Tages- und Nachtambulanz eine der ersten sozialpsychiatrischen Behandlungseinheiten im Landeswohlfahrtsverband Hessen, sollte geschlossen werden. Grund: Innerhalb der Stadt Frankfurt am Main waren über die Jahre genug stationäre Betten für psychisch kranke Menschen entstanden und man empfand das offene, gemeindepsychiatrisch orientierte Bettenangebot der Klinik Bamberger Hof als überflüssig.

Ganz anders sahen das Patienten, Angehörige und natürlich auch die Mitarbeitenden. Es gab Demonstrationen, Kundgebungen, Unterstützungsbriefe. Entscheidend war aber, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich überlegten, ob es trotz der absehbar unumgänglichen Bettenschließung einen Weg geben könnte, die langjährigen bekannten Patienten weiter zu versorgen.

Durch einen Besuch in der Frankfurter Partnerstadt Birmingham in Mittelengland einige Jahre vorher hatte man gesehen, dass »Hometreatment« dort ein Teil der Regelbehandlung war. Angeregt davon wurde im Bamberger Hof ein Konzept entwickelt, akut psychisch kranke Menschen aufsuchend in ihrem gewohnten Umfeld zu behandeln.

Nach schwierigen und zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen wurde schließlich zunächst ein Vertrag über ein Modellprojekt, begrenzt auf zwei Jahre geschlossen. Danach war es aufgrund des Erfolges möglich, die

»Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause« als Regelangebot für die Stadt Frankfurt am Main beizubehalten.

## Das Konzept

Akut stationär behandlungsbedürftige psychiatrische Patienten erhalten nach ihrer Aufnahme in die »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause« tägliche oder mehrmals wöchentliche Hausbesuche durch ein mobiles multiprofessionelles Team. Die Teams arbeiten sieben Tage in der Woche. Es wird eine 24-Stunden-Erreichbarkeit gewährleistet; es besteht eine fachärztliche Rufbereitschaft nachts und am Wochenende.

Die Besuche erfolgen in der Regel im Zweier-Team, vor allem in den ersten Behandlungstagen. Danach kommt es oft zu einer Aufgabenverteilung. Beispielsweise trainieren Pflegemitarbeiter bestimmte soziale Fertigkeiten, während die Ärzte psychotherapeutische Themen anschneiden oder medikamentöse und weitere Behandlungsmaßnahmen besprechen.

Die Behandlungsdauer beträgt maximal 30 Tage. Verlängerungen sind in begründeten Einzelfällen möglich. Unterbrechungen der Behandlung oder Beurlaubungen sind möglich. Die Patienten in der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« können an den Gruppenangeboten der Klinik teilnehmen (Ergo-, Bewegungs-, Musiktherapien, psychoedukative Gruppen, Entspannung, Ernährungsberatung usw.).

Die Abrechnung erfolgt über eine Fallpauschale (in der dann alle Leistungen für den Patienten enthalten sind).

Voraussetzung für die Aufnahme ist eine akute schwere psychische Erkrankung, die der Schwere nach stationär behandelt werden müsste. Die Zuweisung (»Einweisung«) muss durch einen Fach- oder Hausarzt oder durch eine Klinik erfolgen.

Zielgruppen der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« sind beispielsweise:

- junge (psychotisch) ersterkrankte Menschen
- bisher unter- oder nicht versorgte Patienten
- Menschen mit Schwellenangst

- langjährig chronisch kranke »klinikmüde« Menschen
- Migranten oder Menschen mit Migrationserfahrung
- Menschen mit familiären Verpflichtungen
- Ältere Patienten mit psychischen Erkrankungen (z. B. Demenz mit Verhaltensstörungen)
- Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen

Auch obdachlose oder von Obdachlosigkeit bedrohte Menschen mit psychischer Erkrankung können an dem Programm teilnehmen, denn Obdachlosigkeit darf kein Behandlungsausschluss sein. Das Team muss dann kreativ werden, von Tag zu Tag einen Treffpunkt vereinbaren, beispielsweise in einem der üblichen Tagestreffs für obdachlose Menschen in der Stadt. Das klappt

man wissen, welche Patienten es waren, wird in der Psychiatrie das Kriterium der Diagnosen genutzt. Danach waren ungefähr jeweils etwa 30 Prozent Patienten mit depressiven und schizophrenen Erkrankungen am häufigsten. Viel behandelt wurden auch Patienten mit Störungen, die man früher als »leicht« kategorisiert hat, also mit Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie mit Angststörungen. Die Arbeit in der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« hat uns eindrücklich gezeigt, dass unter diesen Patienten solche mit sehr schweren chronischen Erkrankungen sind.

Besonders beeindruckend haben wir das Problem der schweren Angst-Erkrankungen erlebt. Es gibt tatsächlich Menschen, die wegen einer Angstsymptomatik jahrelang das Haus oder die Wohnung nicht verlassen. Natürlich ist

*»Bei der Behandlung zuhause haben die Patienten einen »Heimvorteil« gegenüber den Experten«*

mal besser mal schlechter, aber gerade für Menschen, die obdachlos sind, hat die eigene Autonomie und Selbstbestimmung einen hohen Wert. Wenn man das im Setting zulassen und berücksichtigen kann, ist die Grundvoraussetzung für eine vertrauensvolle Beziehungsaufnahme geschaffen.

Behandlungsinhalte der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« ist die fachärztliche Behandlung mit Diagnostik, psychotherapeutische Gespräche, medikamentöse Behandlung, Angehörigenberatung, Psychoedukation usw. Die fachpflegerische Behandlung umfasst u. a. ADL-Training, Haushaltstraining, Unterstützung bei der Körperhygiene, Aktivierung, Medikamenten- und Fahrtraining. Sozialarbeiterisch wird vor Ort sortiert, geregelt, geklärt (Schulden, Arbeit, Lebensplanung, manchmal Säcke voll ungeöffneter Post). In der Teamarbeit kommt es oft zu zahlreichen Überschneidungen in den Arbeitsgebieten.

Mehr als 2.300 Patienten haben in den vergangenen Jahren das Angebot der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause« genutzt. Will

drumherum ein Hilfesystem aufgebaut, das den Betroffenen das Überleben sichert, beispielsweise Verwandte oder Freunde, die einkaufen und Behörden-gänge erledigen. Wenn dieses System nicht mehr funktioniert, ist auch für die Betroffenen ein guter Zeitpunkt, eine Veränderung einzuleiten. Sie wenden sich dann selbst, oft über einen anderen Zugangsweg (Sozialpsychiatrischer Dienst, Hausarzt, Internetrecherche), an die »Ambulante Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause«. Hier braucht es dann Geduld und ein sorgfältig abgestuftes Training um die jahrelang »bewährten« Verhaltensweisen zu verändern. Wenn das klappt, ist es eine große Freude zu beobachten, wie Menschen wieder selbstständiger und selbstbestimmter werden.

Frauen nehmen das Angebot häufiger an als Männer, die Verteilung liegt bei 3:1. Dies entspricht dem Inanspruchnahme-Verhalten insgesamt, denn auch andere Angebote der sozialpsychiatrischen Versorgung werden von Frauen erheblich häufiger angenommen. Wir stellen fest, dass die Wohnungen der Frauen oft heimlicher und wohnlicher

sind, als die von alleinstehenden Männern. Da Frauen beispielsweise an einer Psychose deutlich später erkranken als Männer, haben sie den »Vorteil«, öfter schon in einer Partnerschaft oder Familie zu sein, wenn sie erkranken, was ihnen mehr Halt und Unterstützung gibt.

Über alle die Jahre hatten wir einen stabilen Anteil von Migrantinnen oder Patienten mit Migrationshintergrund von zwischen 30 und 35 Prozent. Das liegt zum einen daran, dass es eine lange Tradition in der Klinik Bamberger Hof gibt, nicht nur muttersprachliche Sprechstunden anzubieten, sondern sich auch kultursensibel in der psychiatrischen Arbeit zu verhalten, also kulturspezifische Besonderheiten in der Ausprägung der jeweiligen Krankheits-symptome oder im individuellen Krankheitsverständnis zu berücksichtigen.

In vielen Migrantinnenfamilien ist der familiäre Zusammenhalt stärker als in deutschen Familien. Durch die psychiatrische Arbeit vor Ort ist die Familie zwangsläufig mit eingebunden. Hier muss man gelegentlich gegensteuernd darauf achten, dass der behandelte Patient genug Freiraum bekommt und Gelegenheit hat, alleine über persönliche Dinge zu sprechen. Hier hilft oft ein Spaziergang, ein Café-Besuch oder ein Einzelgespräch im Arztzimmer der Klinik, wenn der Patient dazu schon in der Lage ist.

Die meisten Patienten leben in eigener Wohnung. Etwa 20 Prozent leben bei Eltern, Angehörigen oder Freunden, ein kleinerer Teil in Wohnheimen oder Wohngemeinschaften für psychisch Kranke.

### Was anders als im Krankenhaus ist

Bei der Behandlung in der Wohnung sind die Therapeuten die Besucher, die Patienten haben permanenten »Heimvorteil«. Anders als im Krankenhaus, wo Ärzte und Pflegepersonal das »Hausrecht« ausüben, kann man als Gast jederzeit gebeten werden, zu gehen. Es ist ein direkter Einblick in die Lebenssituation möglich: Ist die Wohnung gepflegt oder verwahrlost, karg wie eine Zelle oder vollgestellt ...

Viele Patienten verschließen die Tür, auch wenn die Mitarbeiter in der Wohnung sind. Für die Kolleginnen und Kollegen ist es wichtig, aufmerksam und achtsam mit dieser Situation um-

## Behandlung zuhause: home sweet home



Was bedeutet es für die Patienten, während einer Krise oder akuten Erkrankung im gewohnten Wohnumfeld bleiben zu können?

- Erhalt der Autonomie und Selbstbestimmung: Im Krankenhaus muss man sich den Regeln und Zeiten der Institution anpassen. Zuhause kann ich selbst bestimmen, wann ich aufstehe, frühstücke, rausgehe ... Das ist je nach Krankheitsbild eine Herausforderung, aber auch eine Chance aktiv den

Gesundungsprozess zu beeinflussen. Für die »gastgebenden« Patienten ist die Rolle weniger die eines »Kranken, der behandelt wird«. Die betroffenen Menschen bestimmen mit, wann welche Termine stattfinden.

- Fähigkeiten und Kompetenzen des Umfeldes nutzen: Stützende Funktionen der Familie oder von Freunden sind nutzbar, wenn Patienten zuhause behandelt werden.
- Die Sicherheit der vertrauten Umgebung: Eigener Wohnraum bedeutet in der Regel, dass ich ein Zuhause habe, in dem ich mich sicher fühle, das ich nach eigenen Vorstellungen gestaltet habe. Diese Geborgenheit fördert im günstigen Fall das eigene Wohlbefinden und gibt Halt auch während Krankheiten und Krisen.

Barbara Bornheimer

zugehen, also jederzeit auf die Grenzen des Patienten zu achten, aber auch gegebenenfalls selbst Grenzen zu setzen.

Auch wenn eine Familie zusammenwohnt, ist es wichtig, die Besonderheiten der Familienmitglieder zu respektieren und sich nicht in konflikthafte Situationen einspannen zu lassen (»Sie sollten sich mal das Zimmer von meinem Mann anschauen, was der für eine Unordnung hat ...«). Manche Patienten wollen den Einblick in das Wohnumfeld nicht, vielleicht weil sie schlechte Erfahrungen gemacht haben: »Die haben bei mir in den Kühlschrank geguckt, was da drin war und ob nichts schimmelte«, so eine Patientin zu einer Begutachtungssituation vor einigen Jahren.

Bei einer Veranstaltung zum Thema »Hometreatment« äußerte eine Betroffene: »Jetzt wollt Ihr auch noch in mein privates Refugium, meinen Rückzugsraum eindringen ...« Auch daran zeigt sich, wie wichtig es ist, respektvoll und einfühlsam mit dem Zuhause der Patienten umzugehen.

Ein großer Vorteil der häuslichen Behandlung ist die Möglichkeit der Einschätzung der Symptome. In einigen Fällen konnten wir feststellen, dass Beinträchtigungen, die man als wahnhaft hätte interpretieren können, wirklich in der Wohnung gegeben waren, beispielsweise das Klopfen von Nachbarn oder große Lärmbelästigungen von draußen. Auch vollgeschriebene und bemalte

Wände haben wir gesehen, denn es gibt Menschen, die ihr inneres Erleben durch das Bemalen der Wände ausdrücken. Das erlebt man nicht sehr häufig, aber wenn, ist es sehr beeindruckend.

Der familiäre Kontext ist im Rahmen der häuslichen Behandlung immer erfahrbar. Häufig werden Paar- oder Familiengespräche geführt, um Konflikte anzusprechen und Lösungen dafür zu entwickeln. Allein durch die Beobachtung der Kommunikation innerhalb der Familie oder der Beziehung ist ein tieferes Verständnis der Erkrankung des betroffenen Menschen und damit häufig auch konkretere Unterstützung möglich.

### Beziehung

»Eine gewisse Krankheitseinsicht und Compliance ist Voraussetzung für die Behandlung.« Dieser Satz steht im Konzept der »Ambulanten Psychiatrischen Akutbehandlung zu Hause«. In der Realität ist es oft ein zähes Ringen um Behandlungseinsicht, mühsamer Kontaktaufbau. Man muss persönliche Beziehung zulassen können, also es auch annehmen, wenn man einen Kaffee oder ein Glas Wasser angeboten bekommt, es ist aber auch das Austarieren von Nähe und Distanz unumgänglich.

Bei drei bis fünf Besuchen in der Woche ergeben sich intensive therapeuti-

sche und persönliche Kontakte. Nicht nur für die nicht ärztlichen Mitarbeiter gilt es, Normalität herzustellen und daran zu arbeiten (Café-Besuch, einkaufen und kochen, Hygiene, Fahrtraining, Ämtergänge, aufräumen).

Die Begegnung mit den Patienten erfolgt auf Augenhöhe. Im Vordergrund steht, individuelle Ressourcen zu fördern. Es ist notwendig, Ablehnung (z. B. von Medikamenten) zu akzeptieren.

Das persönliche Netzwerk des Betroffenen wird einbezogen. Grundlegend gilt: Stärken, unterstützen, Konflikte und Krisen (Suizidalität) aushalten. Die Grundhaltung im Team basiert auf sozialpsychiatrischem Selbstverständnis, in aktueller Terminologie: recovery-orientiert. Das heißt konkret: einladen, anbieten, Veränderungspotenziale »herauslocken« und die eigene Rolle, das eigene Verhalten reflektieren.

### Herausforderungen für das Team

Für die Einzelbehandlung ist grundsätzlich ein Zweierteam zuständig.

Verlässliche Absprachen und kollegialer Austausch sind unabdingbar, ebenso Rücksichtnahme und Respekt. Die Teams verbringen Stunden zusammen, bei den Patienten, im Auto. Die Besetzung besteht aus

- 3,2 VK Ärzte (Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) 5 Personen
- 3,2 VK Pflegenden (FachpflegerInnen für Psychiatrie) 4 Personen
- 0,5 VK Sozialdienst
- 0,4 VK Arztsekretärin

Alle arbeiten flexibel, Übergaben müssen verlässlich stattfinden. Jeder muss mit jedem arbeiten können. Die Arbeit erfordert ein hohes Maß an eigener innerer Orientierung und Sicherheit und stellt hohe Anforderungen an die Professionalität.

Für die Fachärzte ist es, besonders wenn sie vorher nur stationär tätig waren, zunächst ungewohntes Arbeiten, unsicheres Terrain, immer wieder ausloten und aushalten. Das Team der Pflegenden ist sehr stabil, sie genießen ihre hohe Selbstständigkeit und Freiheit.

### Vorläufiges Fazit

Die häusliche Akut-Behandlung funktioniert. Die Patienten erleben es in der Regel als einen Erfolg, wenn sie eine Krise ohne Krankenhauseinweisung meistern können.

Häusliche Behandlung erlaubt es den Patienten, ihren Alltag, ihr Umfeld, ihre Termine selbst zu gestalten. Das macht es für die Behandler anstrengender. Bei einer Visite im Krankenhaus hat man alle Patienten auf einer Station. Bei der ambulanten Behandlung muss man vielleicht Termine verschieben, der Patient ist nicht da oder er verspätet sich oder ...

Aber: Die Patienten entwickeln ihre Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, sie entscheiden, welche Schritte sie gehen wollen, auch ob sie Medikamente nehmen oder nicht. Das ist für die Behandler auch manchmal schmerzlich, wenn die Betroffenen das, was wir als Experten empfehlen, nicht annehmen. Alles in allem aber ist es eine große Freude und sehr befriedigend, auf diese Weise Patienten zu behandeln und zu unterstützen und sie in ihrer Autonomie lassen zu können. ■



## Neuaufgabe 2013

Berücksichtigt

- Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG)
- Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)
- Erfahrungen und Rechtsprechung seit dem FamFG.

### Frankfurter Kommentar SGB VIII

Kinder- und Jugendhilfe

Herausgegeben von Prof. Dr. Johannes Münder, Dr. Thomas Meysen und Prof. Dr. Thomas Trenczek

7. vollständig überarbeitete Auflage 2013, 959 S., geb., 60,- €

ISBN 978-3-8329-7561-6

[www.nomos-shop.de/15184](http://www.nomos-shop.de/15184)



Kostenlose Leseprobe



Nomos