

Aktuelle Trends

Ambulante Versorgungsmodelle und interprofessionelle Zusammenarbeit in der Psychiatrie

Matthias Jäger, Karl Studer

Die Kantone Basel-Landschaft und Basel Stadt planen die zukünftige psychiatrische Versorgung als gemeinsame Gesundheitsregion. Hierzu wurden ein fachliches Psychiatriekonzept sowie ein Versorgungsplanungsbericht erstellt, die unter anderem auf den Ausbau intermediärer Behandlungsangebote setzen. Matthias Jäger, ärztlicher Direktor Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrie Baselland gibt im Interview mit Karl Studer Auskunft über aktuelle Trends in der psychiatrischen Versorgungsentwicklung und die Umsetzung neuer integrierter Behandlungsangebote.



Matthias Jäger

Karl Studer: Man wird den Eindruck nicht los, dass die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie nicht recht vorankommt. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz der Schweiz hat bereits vor 15 Jahren die Maxime formuliert: «ambulant vor stationär».

Durch die Ökonomisierung, Bürokratisierung und Zentralisierungstendenzen des Gesundheitswesens wird diese Entwicklung aber offenbar gehemmt. Wie sehen Sie die aktuelle Situation der psychiatrischen Versorgung?

Matthias Jäger: Tatsächlich kommt die Verlagerung der psychiatrischen Angebote vom stationären zum intermediären und ambulanten Bereich nur sehr langsam voran. Hindernisse sind die heutigen Finanzierungssysteme, die Anreize setzen, die dieser gewünschten Entwicklung diametral entgegen stehen. Der institutionsambulante Bereich ist deutlich unterfinanziert, die heutigen Tarife nicht kostendeckend. Ein Ausbau der ambulanten Kapazitäten wirkt sich daher in der Regel ungünstig auf das Betriebsergeb-

nis einer Institution aus bzw. erfordert eine Einbettung in ein umfassendes Organisationsmodell, das finanziell tragfähig ist. Intermediäre Angebote wie Tageskliniken und Home Treatment verfügen bisher in der Schweiz über gar keine einheitliche Finanzierungsgrundlage und können nur im Rahmen lokaler Projekte und individuell ausgehandelter Finanzierungsmodelle realisiert werden. Diese Situation ist wesentlich dafür verantwortlich, dass die Schweiz weiterhin im internationalen Vergleich einen Spitzenplatz der psychiatrischen Betten pro Einwohner belegt.

KS: Man wird auch den Eindruck nicht los, dass sich die Gesundheitspolitik aus der Versorgungsentwicklung zurückgezogen hat und die Initiative den als Aktiengesellschaften geführten Kliniken überlassen, die dann weniger fachliche Prioritäten in den Vordergrund stellen, sondern entsprechend der ökonomischen Anreize handeln. Beobachten Sie diesen Trend ebenfalls?

MJ: Die Steuerung der psychiatrischen Versorgung durch die Gesundheitsdepartments und die Bereitschaft, den Ausbau ambulanter und intermediärer Angebote zu fördern unterscheidet zum Teil stark zwischen den Kantonen. Zudem muss von Seiten der Verwaltungsräte und Geschäftsleitungen der Kliniken eine diesbezügliche Entwicklung unter den bestehenden finanziellen Rahmenbedingungen mitgetragen werden. In der gemeinsamen Planung der psychiatrischen Versorgung der beiden Basler Kantone wird die Verlagerung des Angebotsschwerpunkts

vom stationären ins intermediäre Setting stark betont und auch erste Schritte unternommen, um hierfür bessere Rahmenbedingungen zu ermöglichen. So konnten wir in der Psychiatrie Baselland bereits im letzten Jahr eine zusätzliche Tagesklinik für Krisen und Abhängigkeitserkrankungen eröffnen und kürzlich ein stationäres Home Treatment Angebot für Krisenintervention im häuslichen Umfeld starten.

KS: In der Fachliteratur lesen wir, dass rund 40 % der hospitalisierten Patienten ambulant oder teilstationär behandelt werden können, doch scheinen die Kliniken mit zahlreichen Neubauten eher den stationären Bereich auszubauen.

MJ: Hierbei muss man differenziert betrachten, für welchen Zweck die Neubauten entstehen. In der Psychiatrie Baselland wird beispielsweise neu gebaut, um bestehende Bauten zu ersetzen, ohne dass neue stationäre Behandlungskapazitäten in der Erwachsenenpsychiatrie geschaffen werden. Der bedarfsgerechte Ausbau von Behandlungsplätzen erfolgt gezielt im intermediären Bereich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Nachfrage auch für stationäre Behandlungen zuletzt so stark gestiegen, dass hierfür zusätzliche Plätze gebraucht werden.

KS: Wie können neue Versorgungsmodelle gefördert werden wie z.B. Hospitalisation à domicile oder Multisystemtherapien und welche Anreizsysteme könnten dabei helfen?

MJ: Um stationsersetzende oder – verkürzende Behandlungsangebote wie Tageskliniken und Home Treatment zu realisieren, müssen Leistungsanbieter und Kostenträger am selben Strang ziehen. Es wird ein überzeugendes klinisches und betriebliches Konzept seitens der Institution und die Bereitschaft zur tragfähigen Finanzierung seitens Krankenkassen und Kanton benötigt. Bei einer Konstellation, die wichtige Anforderungen von allen Beteiligten gleichermaßen berücksichtigt, ist eine Umsetzung realistisch. Hierzu gehören Tarife, die für die Institution keine Defizite und für die Kassen und den Kanton mindestens keine Kostensteigerung, besser noch eine -dämpfung zur Folge haben. Zudem muss gewährleistet sein, dass ein bestehender Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten mindestens gleich wirksam wie durch eine stationäre Behandlung gedeckt werden kann. Für Home Treatment und auch Tageskliniken wurde inzwischen auch im deutschsprachigen Raum durch die Versorgungsforschung nachgewiesen, dass dieses Ziel erreicht werden kann.

KS: Warum gibt es in der Schweiz keine Versorgungsforschung, um solche Projekte, die im Ausland bereits implementiert wurden, zu begleiten ?

MJ: Es gibt in der Schweiz mehrere Arbeitsgruppen, die psychiatrische Versorgungsforschung betreiben und die Implementierung von Modellprojekten begleiten. Hierbei handelt es sich in der Regel um umschriebene regionale Behandlungsangebote wie eben Home Treatment, eine Tagesklinik, klinisches Case Management oder Angebote der Wohn- und Arbeitsrehabilitation wie Supported Employment oder Wohn-Coaching. Grössere multizentrische Studien, die die Entwicklung des Versorgungssystems als Ganzes bzw. einer Region begleiten wie dies bis in die 1990er Jahre im Zuge der Dehospitalisierungsprozesse der Fall war, gibt es heute in der Schweiz nicht.

KS: In einem früheren Interview haben ein Aargauer Psychiater und eine Psychologin in eigener Praxis eine engere Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und den zentralen Kliniken gefordert. Wo sehen Sie Möglichkeiten einer Zusammenarbeit zur Förderung der Behandlungskontinuität?

MJ: Eine enge Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen, den psychiatrischen Institutionen und den anderen in die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen involvierten Einrichtungen und Personen sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein. Sie wird im Einzelfall aber oft erschwert durch den verdichteten Arbeitsalltag, die Vielzahl der Beteiligten und wenig koordinierte Gefässe zum übergeordneten Austausch und persönlichen

Kennenlernen. Eine zentrales Gremium, das den Überblick über die Versorgungsangebote der Region behält, z.B. eine regionale Psychiatriekommission sowie Plattformen zum Austausch und zur Regelung der Zusammenarbeit zwischen einzelnen Akteuren in der Grundversorgung können hilfreich sein. Für die Herstellung einer Behandlungskontinuität im Einzelfall ist der direkte Austausch der Behandelnden in den verschiedenen Settings aber unverzichtbar. Damit dies im intensiven Arbeitsalltag und durch den Aus- und Weiterbildungsauftrag der Institutionen mit vielen Berufseinsteigerinnen und Rotationen durch die Bereiche nicht vergessen geht, sind eine fortlaufende Schärfung des Bewusstseins für dieses Thema, klare Prozesse sowie eine Feed-back-Kultur durch die Weiterbildenden wichtig.

KS: Bei den nachrückenden Generationen von Psychiatern zeichnen sich neue Bedürfnisse für die Inhalte und Rahmenbedingungen der Weiterbildung ab. Welche sind das und welche Folgen hat dies für die psychiatrische Versorgung?

MJ: Ein grosser Anteil der Assistenzärztinnen arbeitet heute im Teilzeitpensum, meist 80%. Unregelmässigkeiten in den Arbeitszeiten, insbesondere Wochenend- und Nachtdienste sind recht unpopulär. Dies beinhaltet aus der institutionellen Perspektive einige Herausforderungen, auf die wir uns einstellen müssen. Die Präsenzplanung muss den hohen Anteil Teilzeitpensum berücksichtigen und trotzdem eine therapeutische Kontinuität für die Patientinnen ermöglichen. Inhaltlich wünschen sich viele junge Kollegen eine breite fachliche Weiterbildung mit Rotationen in verschiedene Schwerpunktbereiche und planen häufig nach Abschluss der Facharztweiterbildung eine Tätigkeit im ambulanten Bereich bzw. direkt in der Praxis, gerne auch mit einem spezialisierten fachlichen Fokus. Diese Laufbahnplanung sieht nicht mehr so selbstverständlich eine Oberarztstätigkeit in der Klinik vor, was zu einer Verstärkung des Fachkräftemangels auf dieser Ebene führt. Um eine fachlich hoch qualifizierte Grundversorgung zu gewährleisten sind wir aber auf gut ausgebildete Ärztinnen angewiesen, die ihre Expertise auch nach dem Facharzttitel noch einige Zeit den Patientinnen in der Klinik zugute kommen lassen. Hierzu braucht es einen engen Austausch mit den Kandidatinnen für Kaderfunktionen, um einerseits das Bewusstsein für diese Notwendigkeit zu erhöhen und andererseits Rahmenbedingungen zu schaffen, die klinische Kaderpositionen attraktiv machen.

KS: Haben hier nicht die Pflegenden und die nichtärztlichen Therapeuten ein ähnliches Problem und wäre es nicht an der Zeit die fach-

liche Rollenaufteilung zwischen den Berufsgruppen in der Psychiatrie zu überdenken?

MJ: Das Thema interprofessionelle Zusammenarbeit ist sehr präsent im klinischen Alltag und der Projektarbeit zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen. In der Praxis bedeutet interprofessionelle Zusammenarbeit ein enges und koordiniertes Miteinander von Fachpersonen verschiedener Berufsgruppen. Sie arbeiten nicht unabhängig voneinander an der Behandlung von Patientinnen und Patienten, sondern gemeinsam. Dem würde wahrscheinlich niemand widersprechen, in der Praxis überwiegt häufig aber nach wie vor das Silodenken und der Fokus auf berufsgruppenspezifische Themen. In der Psychiatrie Baselland arbeiten wir derzeit an einem neuen Organisationsmodell, das funktionsbasiert und nicht Berufsgruppen-spezifisch zu konsequenterer interprofessioneller Zusammenarbeit und mehr Behandlungskontinuität für die Patientinnen führen soll. Die Argumente dafür scheinen der Mehrheit der Mitarbeitenden plausibel und ich bin optimistisch, dass uns damit ein wichtiger Schritt zu mehr Interprofessionalität gelingt.

KS: Was wollten Sie den Lesern des SANP gerne schon lange sagen ?

MJ: Die zentralen Themen für die aktuelle und zukünftige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung liegen schon lange auf dem Tisch und sind eigentlich weithin unbestritten. Um aber eine konsequent integrierte interprofessionelle Versorgung zu erreichen, die bedarfsgerecht ambulante, intermediäre und stationäre Settings und therapeutische Kontinuität bietet, müssen geeignete Rahmenbedingungen und Anreize geschaffen werden, damit nicht der Status quo weiterhin konserviert wird. Zudem ist eine Bereitschaft aller Akteure zur solidarischen Übernahme gemeinsamer Versorgungsverantwortung nötig, die sich am Bedarf der am schwersten erkrankten Menschen ausrichtet und die Grundversorgung ins Zentrum stellt. Aktuelle Entwicklungen zu mehr hochspezialisierten Angeboten führt zu Fragmentierung und Überdehnung des Versorgungssystems, insbesondere aufgrund der stetig ansteigenden Nachfrage nach psychiatrischen Behandlungen. Spezialthemen sollten daher im Sinne von fachlichen Schwerpunkten in die Grundversorgung eingebettet sein, die über eine gute Indikationsstellung und einen fairen Mechanismus zur Zuteilung von Behandlungskapazitäten allen Hilfesuchenden zugänglich sein muss.

Dr. med. Karl Studer
Praxis im Klosterhof
Klosterhofstrasse 1
CH-8280 Kreuzlingen
Karl.studer[at]bluemail.ch