

Interview mit Dr. med. Karel Kraan, Chefarzt der Ambulanten Dienste, Luzerner Psychiatrie

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung – ein Angebot der Zukunft

Karel Kraan, Karl Studer

Karl Studer: Wie kam es zur Idee der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung (GiA) in Luzern, einer Einrichtung die international auch als «home treatment», «ambulante Equipen» oder als «hospitalisation à domicile» bekannt ist?

Karel Kraan: Der Kanton Luzern wurde 1997 hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung in zwei regionale Versorgungseinheiten eingeteilt: Die Klinik Luzern mit 53 Akutbetten für die Stadt und Agglomeration Luzern mit 185 000 Einwohnern und die Klinik St. Urban mit 230 Betten für die Luzerner Landschaft mit 175 000 Einwohnern. Die Psychiatrische Klinik in der Stadt Luzern, damals Teil des Kantonsspitals Luzern, platzte aus allen Nähten und es wurde eine Alternative zu einer Erhöhung der Bettenzahl gesucht. Wir mussten immer mehr Patienten ausserkantonale platzieren, was dem Kanton und den Krankenkassen zusätzliche Kosten verursachte; und für die Behandlungskontinuität sehr lästig war. Zusammen mit anderen an der Versorgung interessierten Institutionen, namentlich den Prof. Brenner in Bern und Rössler in Zürich sowie dem Leiter der Sozialpsychiatrischen Dienste Bern, Herrn Junghan, wurden verschiedene Modelle besprochen. In diesem Zusammenhang wurden auch Erfahrungen des Mendota Mental Health Institute in Madison, Wisconsin mit dem Behandlungsmodell Assertive Community Treatment sowie anderer Einrichtungen in aller Welt aus der Literatur ausgewertet.

Unser erster Vorschlag, mobile Equipen für die Behandlung der «heavy users» oder «high utilizers» zu schaffen, wurde vom Gesundheitsdepartement des Kantons abgelehnt. Wir blieben aber dran und konnten in einem zweiten Anlauf ein Pilotprojekt lancieren: Mit einem Gemeindeteam wurden Patienten in einer akuten Krankheitsperiode im häuslichen Umfeld behandelt, als Alternative zu einer stationären Regelbehandlung. Es musste aber ein Behandlungsangebot für alle diagnostischen Kategorien von Patienten sein. Finanziert werden sollte dies mit dem Geld, das sonst der Kanton für ausserkantonale platzierte Patienten aufwenden müsste. Das Projekt lief über 2 Jahre (2007–2009) und wurde mit einfachen Mitteln evaluiert.

KS: Wie waren die Ergebnisse nach zwei Jahren?

KK: Die Ergebnisse waren wirklich frappant! Der Vorwurf an viele Home treatment-Modelle ist, dass sie die «leichteren» Fälle behandeln und dass nur noch die schwerstkranken Patienten hospitalisiert werden. Wir haben deshalb die Patienten via Zufallsprinzip randomisiert, d.h. unselektioniert ausgewählt – sie wurden entweder vom Gemeindeteam behandelt oder auf einer der drei Stationen in der Klinik. Das Gemeindeteam verfügte über Betten in der Klinik und konnte die Patienten auch dort behandeln wenn nötig. Oft war es nach wenigen Stabilisierungstagen möglich, die Patienten nach Hause zu nehmen und dort zu behandeln.

Die Auswertung der Diagnosen zeigte, dass wir genau die gleichen Patienten behandelt hatten wie in der Klinik, dass die Behandlung durch ein Gemeindeteam – gemessen an der Verbesserung des psychopathologischen Befundes – auch nicht besser als die Behandlung in der Klinik ist, dass aber die Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen höher war und sich auch die Kosten um ca. 15% reduzieren liessen. Mit anderen Worten: Wir konnten zeigen, dass sich mit dem Gemeindeteam die Anzahl stationärer Pflage tage um die Hälfte reduziert, wodurch ein Teil der Infrastrukturkosten weggefallen sind.

Auf Grund der erfolgreichen Evaluation konnte das Pilot-Projekt abgeschlossen und ab 2010 als Standardbehandlungsangebot weitergeführt werden. Patienten konnten neu direkt zugewiesen werden. 2013 konnten wir ein zweites Team für die Versorgungsregion Luzerner Landschaft mit Sitz in Sursee aufbauen. Wir weiteten das Angebot auf Grund der damaligen Verhältnisse etwas aus: Neu behandelte das Team Patienten ab 16 Jahren und auch nach dem 65. Altersjahr. Wir waren erstaunt, wie schnell das Angebot in der Landschaft akzeptiert wurde von den Zuweisern, in der Regel Hausärzte, und von der Landbevölkerung.

Die Weitläufigkeit einer ländlichen Versorgungsregion ist durchaus eine logistische Herausforderung, die grösseren Distanzen erfordern einen erhöhten Koordinationsbedarf seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Routenplanung. Die Möglichkeit der direkten Zuweisung hat das Patientenprofil

etwas verändert. Es zeigte sich, dass vor allem Frauen mit noch nicht schulpflichtigen Kindern von diesem Angebot sehr gerne profitieren, da sie so bei ihren Familien zuhause bleiben können, d.h. die Kinder nicht fremdplatziert werden müssen.

KS: Wie sind diese Teams organisiert?

KK: In der Originalbesetzung stehen pro Team ein Oberarzt und zwei Assistenzärzte oder Psychologen zur Verfügung. Dazu kommen 800 Stellenprozent Pflegefachpersonen, eine Sekretärin sowie eine Sprechstunde für Sozialberatung. Dies entspricht dem Stellenplan einer regulären Akutstation, allerdings ohne paramedizinischen Therapeuten.

Hinsichtlich der Mitarbeiter braucht es Menschen, die ohne die unmittelbare Präsenz der Institution gerne selbstständig handlungs- und entscheidungsfähig sind, wenn sie bei den Patienten – meistens alleine – vor Ort sind. Sie brauchen sozusagen etwas «cowboy» oder «cowgirl» Geist. Und sie müssen natürlich auch Auto fahren können!

Entsprechend dem ACT-Konzept sind alle Mitarbeitenden fallführend. Es finden tägliche Besuche bei den Patientinnen und Patienten statt, besonders am Anfang auch mehrmals täglich. Fallführende Personen sind auch hauptverantwortlich für die Verfassung von Berichten. Die Behandlungsplanung erfolgt im Team, danach handeln die Mitarbeiter in der Regel einzeln vor Ort. Beim Erstgespräch oder in Krisensituationen können mehrere Teammitglieder gleichzeitig involviert werden.

Die Erfahrung zeigt, dass die Arbeit mit den Angehörigen der Patienten durchaus wichtiger sein kann, als die Gespräche mit den Patienten selbst. Beide Teams arbeiten zudem mit der Methode des «open dialogue», ein systemischer Behandlungsansatz der in West-Finnland für Familien mit an Psychose erkrankten Mitgliedern entwickelt wurde.

KS: Wie ist die Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Kliniken?

KK: In der Stadt kann das GiA-Team bei Bedarf auf ein Klinikbett zur Krisenintervention zurückgreifen und ist dann auch für die stationäre Behandlung vollverantwortlich. In der Landschaft wechselt bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit die Zuständigkeit zu den

Stationären Diensten, da durch die grösseren Distanzen zur Klinik St. Urban eine intensive Betreuung erschwert ist. Spätestens am dritten Tag nach der Einweisung findet ein gemeinsames Gespräch statt, die Entscheidung zur Entlassung liegt beim GiA-Team.

KS: Summa summarum, welches sind die Vorteile der GiA ?

KK: Die Behandlung durch das GiA-Team ist eine echte Alternative zur stationären Akutversorgung für viele Patienten. Was ich an diesem Behandlungsmodell faszinierend finde, ist die zusätzliche diagnostische Dimension. Zuhause sieht man sofort, wie der Patient den Alltag bewältigt oder eben auch nicht, man kann sofort auf das psychosoziale Funktionsniveau zurückschliessen. D.h. man kann sehr stark patientenorientiert planen und behandeln. Die Möglichkeit, mit Patienten in unterschiedlichen Settings (stationär, teilstationär und ambulant) zu arbeiten, und zwar mit dem gleichem Team, erhöht die Flexibilität unserer Behandlungsangebote. Der Einbezug der Angehörigen wird selbstredend etwas, womit die Kliniken sich immer noch schwer tun. Die Behandlungsqualität ist gleich gut und dies bei sehr guter Behandlungszufriedenheit und geringeren Kosten. Absolut unentbehrlich für das Gelingen und die Akzeptanz ist aber die 24-stündige Rufbereitschaft.

Als Nachteil könnte man sehen, dass bei der Behandlung im häuslichen Umfeld der Milieueffekt der stationären Behandlung wegfällt, d.h. der Peer-Effekt durch Mitpatienten fehlt. Mit Gruppenangeboten haben wir versucht, diesen möglichen Nachteil aufzuwiegen, aber das Interesse der Patienten war nicht allzu gross. In der Evaluation habe wir auch Hinweise gefunden, dass das Home treatment der Gefahr des Hospitalismus entgegenwirken kann. Und mit der Behandlung durch das Gemeindeteam haben wir den Nachweis erbracht, dass die Maxime «ambulant vor stationär» auch im Akutbereich realisiert werden kann.

KS: Warum glaubst Du, dass diese Ergebnisse nicht häufiger in die Planung anderer Kantone einfliessen?

KK: Es ist mir tatsächlich ein Rätsel, warum bei den geringeren Behandlungskosten, die für Kanton und Versicherer anfallen, andere Kantone und Institutionen die Ergebnisse des Modellprojektes zwar zur Kenntnis genommen, aber bis heute nicht nachgeahmt haben. Der

unterschiedliche Modus für die Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen ist sicherlich ein sehr grosser Hemmschuh für die Entwicklung solcher Behandlungsangebote. Man ist offensichtlich nicht so motiviert, diese zu beseitigen, was sehr zu bedauern ist. Neues zu überlegen und zu wagen heisst auch, das bisher Getane – und damit auch die eigene Arbeit – in Frage zu stellen. Trotz Spardruck fällt es der Politik und den Versorgungseinrichtungen offensichtlich schwer, sich mit der Zukunft zu beschäftigen.

Auch der sozialpsychiatrische Elan früherer Jahrzehnte scheint eingeschlafen zu sein, möglicherweise ist auch die Lust am Experimentieren verloren gegangen. Auch sind die wichtigen Versorgungsfragen in den Hintergrund der Interessen der Fachleute gerückt. Es scheint zudem weniger Druck von der Öffentlichkeit und den Angehörigen auszugehen – anders als vor 30 Jahren, als die sozialpsychiatrische Welle durchs Land schwappte und die italienischen Kollegen uns vormachten, was möglich ist. Heute muss man eher in die nördliche Richtung schauen, Home treatment in der Psychiatrie ist beispielsweise in Belgien, in den Niederlanden, in den skandinavischen Ländern und teilweise auch in Deutschland aus dem Versorgungsalltag nicht mehr wegzudenken, geschweige denn von England und Australien!

KS: Wo finden denn Eure Erfahrungen andernorts ihren Niederschlag?

KK: Die Psychiatrischen Dienste Thun planen ein Projekt mit ähnlicher Arbeitsweise, die Finanzierung muss aber noch gelöst werden. Zudem ist die Luzerner Psychiatrie an einem Projekt in Moldawien beteiligt, wo wir zusammen mit niederländischen, rumänischen und natürlich auch moldawischen Kollegen vier Gemeindepsychiatrische Zentren aufbauen, die die Möglichkeit zur aufsuchenden Behandlung im häuslichen Umfeld haben und insbesondere mit den Hausärzten eng zusammenarbeiten. Dort bin ich immer wieder überrascht, was der Staat umsetzen kann, wenn er nur will, was er zugegeben auch dort nicht immer tut. Vielleicht kann die schweizerische Gesundheitspolitik hier vom Osten etwas lernen!

KS: was hast Du zum Schluss noch für Anliegen an die Mitglieder der SGPP ?

KK: Das Home treatment-Modell kann und muss weiter gedacht werden. Wir haben es für die Akutbehandlung umgesetzt, in anderen

Ländern wird es eher für die Langzeitbehandlung eingesetzt. Im Kanton Luzern würde ich mir ein solches Team wünschen. Dann könnten wir die sehr starke Bettenbelegung, mit der wir zu kämpfen haben, mit Gewissheit reduzieren. Absolut faszinierend fand ich die Arbeitsweise der forensischen Home treatment-Teams, die ich in den Niederlanden und in Dänemark besucht habe: eine interessante Alternative zum ständigen Ausbau forensischer Abteilungen, wie heute oft gefordert wird. Und die ambulante Alterspsychiatrie darf man nicht vergessen! In Australien habe ich eindrücklich gesehen, wie viele Patienten zuhause versorgt werden können, die in der Schweiz immer noch psychiatrisch stationär oder in Alters- und Pflegeheimen betreut werden müssen.

Absolut dringlich muss das Problem der Finanzierung der verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Angebote gelöst werden, damit endlich der Grundsatz «ambulant vor stationär» realisiert werden kann und nicht immer noch mehr Betten in Kliniken eingerichtet werden müssen. Man erwartet von uns Leistungserbringern Flexibilität und Innovation, während Verantwortliche Politiker, Ökonomen und Versicherer, die hier einen wichtigen Veränderungsprozess im Versorgungssystem mitgestalten könnten und müssten, wenig Initiative zeigen.

In Versorgungsfragen halte ich den Blick über den eigenen Tellerrand für ungemein wichtig. Man kann so viel von den internationalen Entwicklungen und Erfahrungen lernen, gewisse Fehler müssten wir hier in der Schweiz wirklich nicht wiederholen. In den letzten Jahren hat leider das vielbestimmende Geld die Oberhand bei Versorgungsfragen erhalten, es ist dringend notwendig, dass die Fachleute und die Patienten (und zwar miteinander) hier wieder das Sagen haben. Wir dürfen die Patientenorientierung nicht aus den Augen verlieren!

Korrespondenz:

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