

# Integrierte psychiatrische Versorgung: von der Stammklinik zur Netzwerkklinik

**Managed Care in der Psychiatrie war lange kein Thema.**

**Das hat sich seit kurzem geändert. Nach der Anstaltsära und der sozialpsychiatrischen Wende läuft die «third revolution» [1]. Psychiatrieversorgung wird versachlicht, datengelenkt, evidenzbasiert und ins medizinische Gesundheitssystem einbezogen. Angestrebt wird eine durchgreifende fachliche, soziale und budgetäre Integration aller Versorgungsleistungen.**

**Andreas Andreae**

Die dritte Revolution setzt auf moderne Möglichkeiten der Kommunikation und Vernetzung, zu Gunsten frühzeitiger, massgeschneiderter und koordinierter Behandlungen im Lebensumfeld. Patientenorientierung, Ambulantisierung und Lebensqualität sind die Zielgrössen [2]. Gleichzeitig müssen Angebot, Nachfrage und Finanzierung auch in der Psychiatrie besser verknüpft, die Leistungen koordiniert und einheitlich gelenkt werden. Sparpolitik wird überraschend zur qualitativen Chance. Modelle von integrierter Versorgung entstehen, welche nicht nur Servicequalität und Kosteneffizienz fördern, sondern auch

Diskriminierung und Stigmatisierung entschärfen [3]. Dabei sind Umsicht und Sorgfalt in den Massnahmen unabdingbar. Die schlechten Beispiele vom neuen psychiatrischen Gesundheitsmanagement sind bereits da.

## Auslaufmodell Stammklinik

Wie viele Betten und Kliniken sind, bemessen an Patientenbedürfnissen, Wirksamkeit und Effizienz im optimierten Gesundheitssystem der Zukunft, sinnvoll und notwendig, lautet nun auch die Frage in der gemanagten Psychiatrieversorgung. Die WHO empfiehlt die Schliessung grosser Kliniken zu Gunsten ausbalancierter ambulanter, intermediärer und stationärer Strukturen [4]. Die Schweiz weist gegenüber den meisten europäischen und angloamerikanischen Ländern mehrfach höhere Bettenziffern aus. Das Gebäude- und Bettendenken und das Stammklinikprinzip dominieren weit herum die gesundheitspolitische Planung und Finanzierung. Das neue Zürcher Psychiatriekonzept setzt auf das Ambulanzprimat [5]. Im Modellprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur ipw hat der Kanton Zürich den Klinikabbau und die Integration von ambulant-stationären Strukturen, Leistungen und Schnittstellen ausgetestet [6]. Die Zürcher Gesundheitsdirektion übergab mit der Schliessung der Inselklinik Rheinau und der Gründung der ipw die Versorgungsorganisation nicht mehr einer Stammklinik, sondern einer übergreifenden Dachorganisation, die alle Angebote umfasst.

## Flexible Netzwerkklinik

In der Netzwerkorganisation, wie sie die ipw für die Region Winterthur anstrebt, übernimmt die Kli-



Andreas Andreae

nik eine neue Funktion. Sie wird als Netzwerkklinik zur gemeindenahen diskreten Klinikeinheit, welche sich in die anderen neun, im Lebensalltag der Bevölkerung angebotenen, ipw-Zentren reiht, ohne diese zu dominieren (siehe *Abbildung 1*). Alle ipw-Zentren sind gleichwertig, bedarfsgerecht spezialisiert, untereinander verwoben, geben gesamthaft den ambulanten Behandlungen den Vorrang und stimmen sich flexibel im Gesamtnetzwerk der regionalen Psychiatrieanbieter ab. Der Patient und seine Behandlungsbedürfnisse stehen im Zentrum, das Netzwerk stimmt zielwirksame Behandlungspfade ab, stationäre Interventionen sind darin ein variables Glied [7]. Die Klinik ist nur mehr ein Teil des Ganzen und übernimmt keine Leaderfunktion mehr. Sie ist anpassungsfähig und aufs Engste in die Abläufe der integrierten Versorgung einbezogen.

## Ausbalancierter klinischer Bedarf

Die Netzwerkklinik soll ihr Angebot optimal im System ausbalancieren

[8]. Der klinische Bettenbedarf für die Versorgungsregion wird in der subsidiären Unterstützung und horizontalen Steuerung des regionalen Versorgungssystems durch die ipw zu einer relativen und dynamischen Grösse. Er richtet sich nach dem Erfolg der verbesserten primären Interventionsstufen und ihrer Koordination in Praxen und Ambulatorien, in Tageskliniken und Krisenzentren, in Konsiliardiensten, Case Managements und zuhause aufsuchender Hilfe (siehe *Abbildung 2*). Die Netzwerkklinik muss überdies zeitgemässe Kompetenzeinheiten für Behandlungen anbieten, welche stationäre Intensivbedingungen voraussetzen, etwa für starke Depressionen, Angst und Borderline-Erkrankungen. Zudem hat sie Betten in gemeindebasierte und ökologisch valide Settings abzugeben: Kriseninterventionszentrum in der Stadtmitte, inklusive Hospitalisationseinheit für zielorientierte Erkrankungsbewältigung und Integration, lern- und lebensgemeinschaftliche Psychotherapiestation für junge Erwachsene. Die Netzwerkklinik ist aber als variables Element in der Versorgung erst dann optimal zu steuern, wenn Politik und Finanzierer nicht mehr die Betten als Hauptmessziffer der Versorgung einsetzen, sondern gleichwertige Behandlungsplätze von ambulant bis stationär [9].

**Schnittstellenprobleme**

Im Stammklinikmodell zeichnen sich die Schnittstellen gegenüber dem Lebensalltag, der Primärversorgung und der Rehabilitation durch Brüche aus: in den Übergängen der Hospitalisierung, in der Abstimmung und Kontinuität von Information, Prozedere und Behandlung, in der Betreuungskonstanz, in Beziehungen mit Bezugspersonen, in der sozialen Integration. Die Mängel perpetuieren Rehospitalisationen besonders bei Schwerkranken. In der vormaligen Stammklinik Rheinau beanspruchten allein knapp hundert so genannte Heavy Users über einen Zeitraum von 30 Monaten mit Wiedereintritten und hoher Verweildauer die Hälfte des stationären Akut- und Rehabilitationsangebotes. Gut 60 Prozent der Akuthospi-

talisationen waren mit instabilen Settings, fehlender Compliance und ungelösten Sozialfaktoren erklärbar. Abläufe und Zusammenarbeit vor, während und nach den Hospitalisationen litten unter den weitgehend fehlenden systemischen Berührungspunkten und gegenseitigen persönlichen Kontakten der involvierten Akteure, unter einer einzelkämpferischen Behandlungskultur ohne Koordinationsarbeit und unter dem gemeindefernen Standort der Klinik. Unterstützende organisatorische Netzwerkstrukturen mit Kooperations- und Partnerschaftsverbindlichkeit bestanden nicht.

**Nahtstellen der integrierten Versorgung**

In der neuen Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw werden die Schnittstellen mit Fallkoordination, Triage, abgestuften Interventionseinheiten, gemeindebasierten Angeboten, Sozialmassnahmen und Systemsteuerung moduliert (siehe *Kasten*). Fall- und versorgungsorientierte Zusammenarbeit im Gesamtnetzwerk aller Versorgungsebenen ist verbindlicher organisiert, auf der Basis von Leistungsaufträgen, Kooperationsverträgen und Vereinsstrukturen. Eine Psychiatriekommission aus Vertretern aller organisierten Versorgungspartner reguliert Abläufe, Bedürfnisse und Mängel im Versorgungssystem (siehe *Abbildung 3*). Ihre Geschäftsstelle ist Teil der Koordinationsstelle des Netzwerkes zur Unterstützung der Systemsteuerung und Fallsteuerungen. Mobiles intensives Case Management mit Brokerage, Support und Advocacy erweist sich im Pilotversuch als gewinnbringend in der gesundheitlichen Stabili-

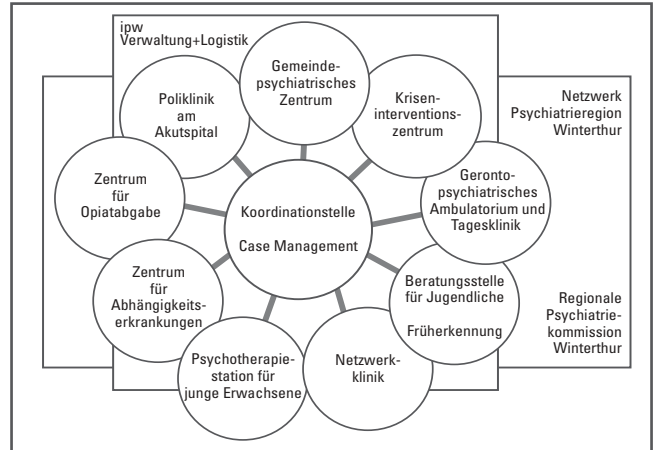


Abbildung 1: Vernetzte dezentrale Angebote der Integrierten Psychiatrie Winterthur

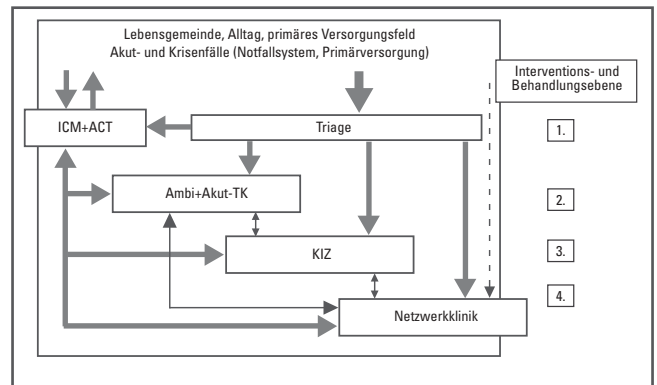


Abbildung 2: Integrierte Versorgung mit verschiedenen Interventionsebenen, patientenzentriertes Prinzip, ambulant vor stationär (Organisation der Integrierten Psychiatrie Winterthur). ICM: Intensive Case Management, ACT: Assertive Community Treatment, teamorientierte aufsuchende Hilfe, TK: Tagesklinik, KIZ: Kriseninterventionszentrum.

sierung, Lebensqualität und allokativen Bilanz, mit Reduktion von Hospitalisationstagen um 50 Prozent [10]. Früherkennungsverfahren und eine einheitliche elektronische Patientenakte in der ipw unterstützen klare Behandlungspfade bei kritischen und längerfristigen Fallkarrieren. Die Netzwerkklinik wird zum kooperativen, kurz dauernd einsetzbaren Relais für vernetzt betreute Patienten in gut installierten zielbestimmten Prozedere.

**Optimierungsbedarf**

Die Zielerreichung im Winterthurer Modellprojekt darf als sehr zufriedenstellend betrachtet werden. Es gelang, eine konsensfähige durchgreifende Konzeption eines regional integrierten

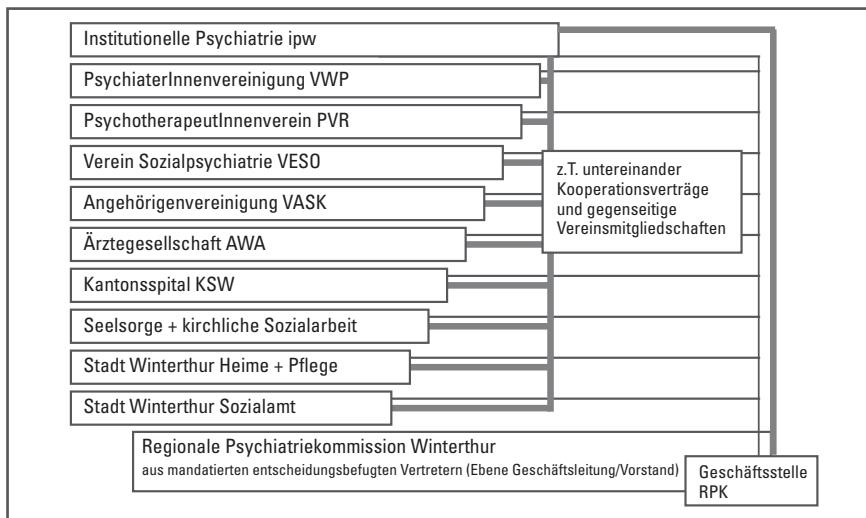


Abbildung 3: Psychiatriekommission der integrierten Versorgung der Psychiatrieregion Winterthur

Versorgungsmodells zu festigen. Kooperation und Koordination kann mit wenig Mitteln nachhaltig unterstützt werden. Als entscheidende Elemente im kooperationsbasierten integrierten Versorgungssystem etablierten sich eine konsequent am Subsidiaritätsprinzip orientierte staatliche Dachorganisation von dezentralen Angeboten, die strategische regionale Psychiatriekommission organisierter Versorgungspartner, subregionale sozialpsychiatrische Foren, Trägerchaftskontrakte und die Koordinationsstelle der Netzarbeit mit Case

Management. Die Netzwerkklinik findet zu ihrer Funktion, spezialisierte Stationen erhalten Profil und sind gemeinnahm verfügbar, die Ambulantisierung im Akut- und Krisenbereich greift zunehmend, die akutklinischen Prozesse werden vermehrt integriert gesteuert, die stationäre Aufenthaltsdauer sinkt markant. Unklar ist die langfristige energetische Stabilität von Netzwerkarbeit, welche auch ermüden kann und nicht von allen mitgetragen wird. Hier fehlen finanzielle Anreizsysteme. Auf der To-Do-Liste stehen Aufgaben wie das Durchsetzen von evidenzbasierten Leitlinien und Interventionsalgorithmen im Gesamtsystem [11], die Implementierung eines psychiatrischen Case Managements [12], teamorientierte aufsuchende Hilfe [13] und frühzeitig ansetzende Erfassung, Support und Integration bei psychisch erkrankten Arbeitnehmern. Als Fernziele sind neue Tarifmodelle, die das Ambulanzprimat fördern, und pauschalierte Entgeltungssysteme, welche Behandlungspfade und Kooperationen unterstützen, anzustreben [14]. ■

Autor:

Dr. med. Andreas Andreae

Chefarzt

Ipw Integrierte Psychiatrie

Winterthur

8408 Winterthur

E-Mail: andreas.andreae@ipwin.ch

Literatur:

1. Talbott JA: Deinstitutionalization, emergency services and the third revolution in mental health services in the United States. In: De Clercq M, Lamarre S, Vergouwen H (Eds.): Emergency Psychiatry and mental health policy: an international point of view. Elsevier Science B. 1998.
2. Weinmann S, Gaebel W: Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen. Wissenschaftliche Evidenz zur Integration von klinischer Psychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Nervenarzt 2005, 76: 809-821.
3. Reynolds A, Thornicroft G: Managing mental health services. Buckingham, Open University Press, 1999.
4. World Health Organization: The world health report 2001: mental health - new understanding, new hope. WHO, Geneva, 2001.
5. Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.): Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept - Leitbild und Rahmenkonzept. Zürich, 1999.
6. Andreae A: Reformprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur/Zürich 1999-2004 - Entwicklung und Erprobung eines qualitativ hoch stehenden gemeindenahen regionalen Versorgungsmodells mit Koordination und Vernetzung aller Versorgungsebenen. Abstract zum Referat am Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN 2005.
7. Andreae A, Schröder S: Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur. Managed Care 7: 18.20, 2004.
8. Thornicroft G, Tansella M: Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Brit J Psychiat 185: 283-290, 2004.
9. Brenner H, Rössler W, Fromm U: Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: welche Wege nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? Schweizerische Ärztezeitung 84/35: 1777-1782, 2003.
10. Andreae A, Schröder S, Schuetz C: Intensive Case Management im Modellprojekt Integrierte Psychiatrie Winterthur (Zürich/Schweiz): Evaluation eines 3-jährigen Pilotversuches. Posterbeitrag am Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, DGPPN 2005.
11. Dick B, Sitter H, Blau E, Lind N, Wege-Heuser E, Kopp I: Behandlungspfade in Psychiatrie und Psychotherapie. Nervenarzt 77: 12-22, 2006.
12. Bundesministerium f. Gesundheit: Modellprojekt Psychiatrisches Case Management. Schriftenreihe BfG Band 133. Baden-Baden: Nomos, 2000.
13. Weaver T et al.: Assessing the value of assertive outreach. Qualitative study of process and outcome generation in the UK700 trial. Br J Psychiatry. 2003 Nov; 183: 437-45.
14. Melchinger H, Rössler W, Machleidt W: Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Nervenarzt 2006, 77: 73-80.

Kasten:

**Elemente der Versorgungsintegration**

*patientenzentriert*

- Case Management
- Aufsuchende Hilfe im Team
- Triage
- Betreutes Wohnen

*strukturell*

- Akuttagesklinik
- Kriseninterventionszentrum
- Gemeindebasierte Station
- Dachorganisation Psychiatrieangebote

*systemisch*

- Regionale Psychiatriekommission
- Koordinations- und Beratungsstelle
- Sozialpsychiatrische Foren
- Interinstitutionelle Kooperation