

Schwerpunkt: Integration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Während sich die Integrierte Versorgung in der Somatik nach wie vor mit zahlreichen Hindernissen konfrontiert sieht, ist die systemische Betrachtung in der Psychiatrie ein Muss. Da liegt es nahe, genau hinzuschauen und nach Ansätzen zu suchen, die sich auch für andere Versorgungsbereiche eignen.

Inhaltsverzeichnis

- Die Psychiatrie als Wegweiser
- Integrierte psychiatrische Versorgung in der Adoleszenz
- Les enjeux contemporains de la pédopsychiatrie
- Modell «Hochdorf»: Hand in Hand für die Familie
- Link-S: Der direkte Draht zur Schule
- Komplexpauschalen für die integrierte Psychiatrie
- Die Psychiatrie als Vorreiterin der Integrierten Versorgung
- In eigener Sache

Die Psychiatrie als Wegweiser

Die Psychiatrie ist prädestiniert für die Integrierte Versorgung. Politik und Kostenträger reagieren aber noch zu wenig darauf.



Dr. med. Andreas Andreae - 1,2

Das Gesundheitswesen entwickelt sich rasant zu einem der komplexesten Systeme von wechselseitigen Beziehungen, die unsere Gesellschaft kennt. Fachdisziplinen, Akteure und Kostenträger werden im Behandlungsfall vielschichtig verknüpft. Behandlungsnetzwerke sollen massgeschneiderte Behandlungspfade mit abgestimmten Zielen spuren – hoch individuell und variabel im Ablauf und Mix der Interventionen von Kliniken, Ambulatorien, Praxen, Rehabilitationstrainings, Pflegeeinrichtungen, etc. Um das Zusammenspiel entlang der Pfade optimal zu gewährleisten, müssen sich Leistungsanbieter und -finanzierer heute der Integrierten Versorgung stellen, dem Organisationsprinzip der Wahl, um eine zeitgemässen Versorgungskomplexität zu meistern.

Die Psychiatrie ist prädestiniert für die Integrierte Versorgung. Weit mehr noch als die somatische Medizin verlangt fast jeder psychisch erkrankte Mensch ein hohes Mass an fachlicher Interdisziplinarität, synchroner und gestaffelter Interventions- und Behandlungsformen sowie spezialisierter, rehabilitativer und sozialer Massnahmen. Das gilt in noch stärkerem Masse für die Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo zusätzliche Versorgungsaspekte die Behandlungspfade prägen: Familieneingebundenheit, Schule und Pädagogik, die Entwicklungsräume vom Kind zum Erwachsenen, die Peergruppen und der Übergang in die Erwachsenenpsychiatrie mit dem 18. Geburtstag.

Eine Schnittstellen und Fachdisziplinen übergreifende Organisation und Kultur ist deshalb für die Kinder- und Jugendpsychiatrie – an der Seite der Erwachsenenpsychiatrie – ein Gebot der Zeit. Wir stehen am Anfang und tasten uns mit ersten Modellen vorwärts. Politik und Kostenträger reagieren noch zu wenig darauf. Gerade ihnen können die nachfolgenden Beiträge zeigen, weshalb sie aufspringen sollten.

1 Ärztlicher Direktor, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
ipw

2 Präsident Stiftung Somosa Sozialpädagogisch-psychiatrische
Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen

Integrierte psychiatrische Versorgung in der Adoleszenz

Manche psychischen Störungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie setzen sich weit häufiger in die Adoleszenz und ins weitere Erwachsenenalter fort, als bisher angenommen, z.B. ADHS. Deshalb sollte das Augenmerk stärker auf diese Transitionsjahre gelegt werden.



Dr. med. Andreas Andreae - 1,2

Adoleszenz wird heute entwicklungspsychologisch, neurobiologisch sowie sozialisations- und kulturtheoretisch definiert als ausgehnte Entwicklungsphase, die für moderne Gesellschaften typisch ist und Jugendliche und junge Erwachsene umfasst. Adoleszente durchlaufen bis Mitte Zwanzig einen jahrelangen komplexen Transformationsprozess der Identitäts- und Persönlichkeitsformung in familialen und gesellschaftlichen Spannungsfeldern zwischen Kindheit und Erwachsenenstatus. Sie bilden eine eigene Populationsgruppe mit hohem Impact, was Innovation, Leistungsfähigkeit und Stabilität einer Gesellschaft angeht (1).

Psychiatrisch bedeutsam ist, dass der Beginn des überwiegenden Teils der psychiatrischen Erkrankungen in diese Alters- und Entwicklungsspanne fällt: Über drei Viertel aller psychischen Störungen manifestieren und etablieren sich bis 25-jährig. Auch setzen sich typische psychische Störungen der Kinderpsychiatrie weit häufiger in die Adoleszenz und ins weitere Erwachsenenalter fort, als bisher angenommen, z.B. ADHS.

Traditionellen Versorgungsstrukturen greifen zu kurz

Bei vielen dieser Störungserstmanifestationen besteht die grosse Gefahr einer Chronifizierung und von wechselwirkenden defizienten sozialisatorischen Entwicklungen im Ausbildungs-, Selbständigkeits-, Beziehungs-, Freizeits- und Legalbereich. Die Psychiatrieversorgung befasst sich dann fortan zur Hauptsache mit solchen Folgen. Das gilt bekanntlich auch für die grossen psychiatrischen Erkrankungen wie die Schizophrenien. Die Burden of Disease und die Kostenfolgen sind immens und überragen alle anderen Gesundheitsprobleme in dieser Altersspanne um ein Vielfaches (2).

Trotz solcher Herausforderungen und hoher Prävalenzraten greifen die traditionellen Versorgungsstrukturen viel zu kurz. Viele der kritischen

Fallentwicklungen bleiben über Jahre nicht oder mangelhaft behandelt. Vor allem scheitert der Aufbau kontinuierlicher Behandlungsprozesse oftmals an der arbiträren, aber systemrelevanten Bruchstelle um den 18. Geburtstag zwischen der Kinder- und Jugend- und der Erwachsenenpsychiatrie.

Gemeinsame jugendgerechte, stigmafremde Behandlungsstellen mit integrativem Fallverständnis, Früherkennung und weitgespannten interdisziplinären Prozessbögen über die adoleszenten Jahre und die Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie hinweg sind deshalb ein Versorgungspostulat unserer Zeit. Darin liegt eines der grössten Optimierungspotentiale für die gesamte psychiatrische Versorgung bis ins Alter.

Einbezug des Erziehungs- und Sozialbereichs

Für dieses Postulat steht seit einigen Jahren der programmatische Begriff der Transitionspsychiatrie (3). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie sind heute gefordert, problemgerechte Zugänge und Behandlungswege für adoleszente Patienten gemeinsam zu gewährleisten. Die besondere Komplexität der Krankheitsverläufe in den Transitionsjahren verlangt ein neues Versorgungsdenken mit systematischer Kooperation beider Fachbereiche sowohl auf System- wie auf Fallebene. Dabei sind Traditionen des Fachverständnisses, der Organisation, der Planung und der Finanzierung im Blick zu halten, die einem solchen Unterfangen oftmals zuwider laufen.

Ziel muss es heute sein, den Krankheitsprozessen im Transitionsalter gemeinsam eine neue Kompetenz entgegenzubringen, sich integrativ zueinander zu verhalten und die Versorgungsbruchstellen entlang der Entwicklungsjahre zu überwinden. Die Angebote, Prozesse und Settings bedürfen einer neuen strategischen, strukturellen und finanziellen Abstimmung, und die vielfältigen versorgungsrelevanten Angebote aus dem Erziehungs- und Sozialbereich sind umfassend einzubeziehen (Jugendhilfe, Sozial- und Sonderpädagogik, Präventions- und Früherkennungsstellen, Jugendstrafrecht, Suchthilfe, IV, etc.).

Es braucht spezifische Kompetenzen

Das Prinzip der Integrierten Versorgung bietet Möglichkeiten, die Defizite auf diesem Versorgungsfeld zu überwinden, durch eine Organisation und Kultur von systematischer Abstimmung, Koordination und Pflege aller Partner, Disziplinen und Sektoren in der Versorgung (4). Auch wenn Integrierte Versorgung in der Regel einem Netzwerkansatz folgt (heterarchische Struktur), kommt eine Integration von Kinder-/Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie unter ein organisational-hierarchisches Dach dem Versorgungsanliegen einer Transitionspsychiatrie einen wichtigen Schritt näher.

Manche Kliniken in der Schweiz und in Deutschland (5) haben diese inzwischen vollzogen. Entscheidend aber bleibt die Herausbildung einer

spezifischen interdisziplinären transitionspsychiatrischen Kompetenz. In der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) steht seit längerem ein eigenständiger Versorgungsbereich Adoleszentenpsychiatrie in Entwicklung, der nebst Stationen ein Netz dezentraler Beratungs- und Behandlungsstellen etabliert und Dienste in der Jugendhilfe und sozialpädagogischen Einrichtungen betreibt (www.ipw.zh.ch). Für besonders schwere Adoleszentenstörungen mit hoher Psychopathologie und dissozialem Gepräge bildet die Modellstation Somosa in Winterthur ein pädagogisch-klinisches Netzwerkzentrum zwischen Kliniken, Ausbildungsheimen und IV-Angeboten (www.somosa.ch).

1 Ärztlicher Direktor, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
ipw

2 Präsident Stiftung Somosa, Sozialpädagogisch-psychiatrische
Modellstation für schwere Adoleszentenstörungen

Literatur:

1. Hurrelmann K, Quenzel G. Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa, 2013
2. Victorian Government Department of Human Services, Public Health Division. The Victorian Burden of Disease Study - Mortality. Melbourne, 1999
3. Fegert JM, Petermann F, Freyberger HJ. Transitionspsychiatrie der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters. Z. Psychiatr. Psychol. Psychother. 63 (3), 2015
4. Andreae A, Conrad H. ipw: Integration in der Psychiatrie. Fmc Denkstoffe No. 1, 2014
5. Plener PL, Groschwitz RC, Franke C, Fegert JM, Freyberger HJ: Die stationäre psychiatrische Versorgung Adoleszenter in Deutschland. Z. Psychiatr. Psychol. Psychother. 63 (3), 2015

Les enjeux contemporains de la pédopsychiatrie

Pourquoi l'intervention précoce et pluridisciplinaire s'avère indispensable en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

Dr Laurent Holzer, Médecin chef, Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)



La prévalence des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent, c'est-à-dire le nombre d'enfants atteints d'une pathologie mentale à un moment donné et au sein d'une population de référence est estimée à 20%, avec des variations possibles selon le lieu, la culture et le niveau socio-économique. Ainsi, un enfant sur cinq environ présente les critères d'un trouble psychiatrique selon les critères diagnostiques des classifications internationales (CIM 10 ou DSM 5). Il va sans dire que tous les enfants touchés ne reçoivent pas des soins spécialisés. La moitié d'entre eux n'est pas particulièrement gênée par les symptômes et en souffre peu, et pour l'autre moitié chez qui les conséquences sont plus marquées de par la souffrance et les conséquences fonctionnelles, ce n'est qu'une autre moitié qui accède à des soins. C'est donc un enfant sur 20 environ qui consulte en pédopsychiatrie.

Une logique du « et » plutôt que du « ou »

Malgré l'inventivité et la diversité des approches théoriques à l'œuvre en pédopsychiatrie, les résultats thérapeutiques restent souvent modestes avec peu de guérisons à la clé. Les traitements médicamenteux sont essentiellement symptomatiques, c'est-à-dire qu'ils traitent les symptômes mais pas les causes des pathologies mentales. Causes d'ailleurs rarement connues en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et même si une influence génétique et biologique existe et a été démontrée, elle n'explique qu'une partie du processus qui mène à la maladie mentale.

L'environnement, à savoir les relations avec la famille, les pairs, la société, joue également un grand rôle dans la survenue d'une pathologie mentale en influençant l'expression des gènes de vulnérabilité à la maladie mentale. Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières décennies dans la prise en compte de l'environnement pour tenter d'agir sur ce dernier, ce qui est au cœur du travail communautaire.

Dans ce contexte qui s'illustre par la complexité où chaque sujet est unique et obéit à ses propres lois, il est difficile de dégager des programmes

thérapeutiques couvrant l'ensemble des besoins de chacun. La méconnaissance des causes des pathologies représente un obstacle que l'approche pluridisciplinaire et cumulative des interventions permet de contourner. Nous sommes entrés dans une logique du « et » plutôt que du « ou », ce qui revient à dire que nous avons besoin de multiples prestations pour soigner un enfant et lui permettre de relancer son développement. En effet, un enfant qui présente un trouble psychiatrique se trouve menacé dans son développement. Ses symptômes peuvent avoir une incidence sur le développement de son langage, de ses acquisitions motrices, de ses apprentissages scolaires, de son éducation, affecter son estime de lui-même et sa socialisation.

Un enfant sur deux verra ses troubles perdurer à l'âge adulte

C'est donc de logopédie, de psychomotricité, de psychopédagogie, de réseaux réguliers avec l'école et les services sociaux, de groupes thérapeutiques, de psychothérapie individuelle et familiale que le programme de soins pourra se composer. L'absence de traitement d'un trouble psychiatrique et de ses conséquences fonctionnelles peut s'avérer d'autant plus dramatique sur le long terme que le développement cérébral comporte de périodes sensibles. Le risque de chronicité est élevé, un enfant sur deux verra ses troubles perdurer à l'âge adulte, et c'est donc au début de leur apparition que les efforts doivent se déployer pour les dépister et les traiter activement, avec tous les moyens disponibles permettant de soutenir l'enfant dans son développement, aussi coûteux soient-ils.

Le délicat travail de coordination de ces différentes mesures de soins sans oublier la dimension éducative revient au psychiatre d'enfants et d'adolescents qui, tel un chef d'orchestre, doit conduire et harmoniser tout un ensemble de prestations au service du développement de l'enfant.

1. Les conséquences fonctionnelles peuvent affecter la scolarité de l'enfant, sa vie familiale et sociale, ses loisirs...
2. L'exemple le plus connu concerne la vulnérabilité à la dépression qui est modulée par les événements de vie et le gène du transporteur de la sérotonine. La probabilité de développer un épisode dépressif majeur dans les suites d'une maltraitance durant l'enfance varie de 30 à 70% selon les dispositions génétiques des individus
3. Période pendant laquelle le cerveau est programmé pour réaliser certaines acquisitions comme la vision, l'audition, la marche, l'apprentissage des langues, la socialisation... Même si le cerveau de l'enfant et de l'adolescent est caractérisé par une grande plasticité, au-delà de la période sensible ou critique, il sera beaucoup plus difficile

de réaliser ces acquisitions si elles n'ont pu s'effectuer dans les temps prévus au cours du développement cérébral.

Modell «Hochdorf»: Hand in Hand für die Familie

In den letzten sieben Jahren hat die Luzerner Psychiatrie ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie entwickelt, das die Bedürfnisse der betroffenen Familien ins Zentrum stellt.



Dr. med. Susanne Meier, Oberärztin/Co-Teamleiterin
KJPD, Stefan Kunz, Stellenleiter
Erwachsenenambulatorium, Luzerner Psychiatrie

2008 entschied die Geschäftsleitung der Luzerner Psychiatrie, dass in der unterversorgten Region Seetal ein neues psychiatrisches Ambulatorium realisiert werden soll. Weil die Unterversorgung sowohl die Kinder- und Jugend- als auch die Erwachsenenpsychiatrie betraf, entschieden die Chefärzte der Geschäftsbereiche, dass beide Disziplinen im neuen Ambulatorium situiert werden und sie als Pionierprojekt, zusätzlich zum jeweiligen Grundversorgungsangebot, eine bessere Zusammenarbeit zwischen den beiden Fachdisziplinen entwickeln und so ein neues Behandlungsangebot erproben sollen.

Gemeinsames Verständnis als Grundlage

Die Zusammenarbeit findet vor allem bei Familien statt, in denen mehrere Familienmitglieder, z.B. ein Kind und ein Elternteil, an einer psychischen Erkrankung leiden. Meist ist zunächst ein Familienmitglied in Behandlung. Wenn sich während Abklärung oder Therapie herausstellt, dass ein weiteres Familienmitglied ebenfalls ernsthaft beeinträchtigt ist, empfehlen wir entweder ein gemeinsames Informationsgespräch mit einem Therapeuten der anderen Fachdisziplin oder direkt eine Abklärung dort.

Wenn es dann zu je einem Auftrag in beiden Fachdisziplinen gekommen ist, arbeiten wir nicht nur einzeln mit den betroffenen Familienmitgliedern sondern systemisch in verschiedenen Settings. Diese werden je nach Einzelaufträgen mit der Familie vereinbart; Voraussetzung dafür ist die gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht. Pro Jahr finden ausserdem drei gemeinsame Teamsitzungen, dreimal eine Familienwerkstatt¹ und sechs Fallsupervisionen sowie monatlich eine Leitungssitzung zwischen den Autoren statt.

In beiden Disziplinen zeigt sich ein steter Zuwachs an Wissen über und Verständnis für das andere Fachgebiet. Die Behandlungsteams erarbeiten

sich ein gemeinsames differenziertes Fall- und Behandlungsverständnis mit den Dimensionen individuelle psychiatrische Störung, Entwicklungspsychopathologie, individuelle und familiäre Entwicklungsaufgaben, Copingstrategien, Resilienz, Schutzfaktoren und Auftrag.

Geteilte Verantwortung wirkt erleichternd

Auf dieser gemeinsamen Grundlage werden Aufträge geklärt, Therapieziele erarbeitet und Settingempfehlungen gemacht. Die in schwierigen Fällen geteilte Verantwortung wird von den MitarbeiterInnen als Erleichterung empfunden. In der therapeutischen Arbeit können Familien-, Paar- oder Elterngespräche über die Geschäftsbereiche hinweg unkompliziert terminiert werden. Die Informationswege sind kurz, was dazu führt, dass der Informationsaustausch praktisch unmittelbar erfolgt. In Krisensituationen können Familien so frühzeitig aufgefangen werden. Die Luzerner Psychiatrie plant, den Behandlungsprozess beim «Patienten» Familie in Zukunft in allen Bereichen und Angeboten zu koordinieren (Strategie lups2020). In den letzten sieben Jahren haben wir im Ambulatorium Hochdorf ein Modell für die Zusammenarbeit zwischen Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie über den gesamten Abklärungs- und Behandlungsprozess entwickelt, der gezielt die Bedürfnisse der betroffenen Familien ins Zentrum stellt. Immer wieder ist es gelungen, Familien durch schwierige Situationen zu begleiten und zu stabilisieren sowie stationäre Aufenthalte zu verhindern.

1 Mit dem Begriff Familienwerkstatt ist in der Regel ein praxisbezogenes Weiterbildungsmodell gemeint, bei dem Familiengespräche live mit zwei Therapeuten (KJPD/AmD), einem Team hinter dem Einwegspiegel und Videoaufzeichnung durchgeführt werden. Es eignet sich hervorragend zur Entwicklung von diagnostischen und familientherapeutischen Kompetenzen.

Die Luzerner Psychiatrie (www.lups.ch) ist an mehreren Betriebsstandorten im Kanton Luzern präsent und gut vernetzt. Das Unternehmen verfügt über ein modernes ambulantes und stationäres Behandlungsangebot. Das Behandlungsspektrum umfasst die Kinder- und Jugendpsychiatrie bis hin zur Erwachsenen- und Alterspsychiatrie. Das Behandlungsangebot und die Dienstleistungen der lups stehen auch angrenzenden Spitalregionen zur Verfügung. Über 1'000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erbringen ihre Leistungen zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Jährlich bildet sie rund 100 Jugendliche in verschiedensten Berufen aus.

Link-S: Der direkte Draht zur Schule

Eine der zentralen Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen ist der erfolgreiche Schulbesuch. Gerade Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen scheitern nach stationären oder teilstationären Aufenthalten oft daran.



Matthias Küffer, Leitender Psychologe, Dr. med. Bruno Rhiner, Chefarzt, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Thurgau

Der Hauptgrund dafür ist, dass sich psychische Erkrankungen häufig auf Fertigkeiten auswirken, welche die Grundlagen für einen erfolgreichen Schulbesuch darstellen. Der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst Thurgau trat diesem Problem mit dem Modellprojekt Link-S entgegen. Link-S bezeichnet einen kunden- und netzwerkorientierten Informations- und Wissensaustausch zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Tagesklinik und den öffentlichen Schulen des Kantons Thurgau.

Mit dem Verständniswechsel zu einer kundenorientierten Handlungs- und Handlungsweise hat der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst eine fundamental neue Systematik geschaffen. Die Ergebnisse des durch die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel wissenschaftlich evaluierten Modellprojektes bestätigten den angestrebten Mehrwert für Schulleitungen, Lehrpersonen, Eltern, Kinder und Jugendliche.

Ein Mentalitätswandel auf allen Ebenen

Zur Entstehung des Modellprojektes beigetragen haben genaue Analysen der Zusammenarbeit. Dabei stellten wir fest, dass sich die tagesklinischen Entwicklungsfortschritte sowie deren nachhaltige Etablierung im Transfer in die öffentliche Schule nur unzureichend halten liessen. Eine weitere Erkenntnis war, dass zwischen den öffentlichen Schulen und der Tagesklinik gegenseitige Falschannahmen, verzerrte Wahrnehmungen und überhöhte Erwartungen bestanden.

Der erste Schritt bei der Entwicklung des neuen Angebotes war «out of the Box» zu denken – raus aus der eigenen Logik, rein in die Logik der Schule, in ihre Denk- und Handlungsprozesse. Die zentrale Frage war: «Wie tragen wir zu Lösungen für Probleme bei, welche die Schulen mit Kinder und Jugendlichen der Tagesklinik haben?»; «Wie lösen wir das Silodenken auf – das Eigene und das der Anderen?»; «Wie beeinflussen wir die Vorstellungen/Erwartungen der Schule, so dass beim Weg zurück an die

Schule kein Missverhältnis zwischen Erwartungen und Resultaten entsteht?»

Das Konzept des Modellprojektes hatte das Ziel, einen Mentalitätswandel auf allen Ebenen zu etablieren. Dafür waren – nach aussen gerichtet – neue Haltungen, Prozesse und Kommunikationsmassnahmen notwendig und – nach innen gerichtet – kulturelle, organisationale und personale Entwicklungen. Auch wenn gegenüber den Schulen eine Person mit einem 100%-Pensum Link-S verkörpert, so ist das Angebot keine Sache von wenigen Mitarbeitenden, sondern der ganzen Institution.

Schritt für Schritt zurück an die Schule

Das Link-S Angebot umfasst 3 Bausteine: vor, während und nach der tagesklinischen Behandlung:

Vor dem Eintritt wird die Schule in einem ersten Schritt schriftlich über den Eintritt und die weiteren Abläufe informiert. Ebenso wird der schulpsychologische Dienst über den Eintritt informiert. In einem zweiten Schritt nimmt die Link-S-Lehrperson mit der Schulleitung Kontakt auf, um erste Anliegen und Informationen einholen zu können. Dann wird nach Möglichkeit ein Termin vereinbart, an dem die Link-S-Lehrperson in die Schule geht, um das Kind im schulischen Alltag zu erleben. In einem Gespräch mit der Lehrperson werden Erfahrungen, Einschätzungen, Annahmen, Lösungsversuche und erzielte Fortschritte eingeholt und die Tagesklinik erklärt. In der Folge werden die Informationen den zuständigen Tagesklinikteams weiter gegeben.

Während dem tagesklinischen Aufenthalt nimmt die Link-S-Lehrperson an Besprechungen und Standortgesprächen teil und hält Kontakt mit den Schulleitungen. Zudem hält sie Kontakt zu den Kindern/Jugendlichen. Wird eine Rückkehr in die Schule absehbar, werden die künftigen Lehrpersonen zu einem Standortgespräch sowie einem Schulbesuch des Kindes/Jugendlichen in die Tagesklinik eingeladen. Als nächster Schritt finden noch während dem Aufenthalt durch die Link-S-Lehrperson begleitete Besuche in der künftigen Schule statt. Zum Schluss wird ein Übergabegespräch (Klinik – Schule) mit allen Beteiligten organisiert.

Nach dem Austritt gibt es für die öffentlichen Schulen verschiedene Möglichkeiten, die individuell miteinander kombiniert werden können:

- Standortgespräch nach 1 oder 2 Monaten
- Wöchentliche Telefonate oder Mail-Kontakt
- Schulen melden sich bei Bedarf
- Begleitung der Kinder/Jugendlichen während den ersten Tagen
- Wöchentliche Besuche vor Ort
- Gespräche mit der Klasse (Psychoedukation)
- Vermittlung zwischen Schule und Familie

Zusammenfassend ist Link-S ein innovativer, kundenorientierter Management- und Netzwerkansatz. Die Erfahrungen stimmen uns zuversichtlich, dass Link-S auf andere Angebote des KJPD übertragen werden kann. Der Kanton Thurgau hat jüngst entschieden, dass die Tagesklinik das Angebot Link-S als dauerhaftes Angebot führen soll.

Komplexpauschalen für die integrierte Psychiatrie

Heute stehen die finanziellen Anreize im Widerspruch zu den Zielen der integrierten psychiatrischen Versorgung. Gefragt sind Ideen für eine Neuverteilung der Kosten zwischen Krankenversicherern und den Kantonen.



Dr. med. Jürg Unger-Köppel - 1,2

Eine gute medizinische Versorgung erfordert kostendeckende Tarife. Das Krankenversicherungsgesetz KVG unterscheidet nur zwischen Tarifen für stationäre und ambulante Behandlungen. Deshalb gelten die ambulanten Tarife auch für alle wichtigen Behandlungsformen der integrierten psychiatrischen Versorgung wie Tages- und Nachtkliniken oder Hometreatment, die vom Bundesamt für Gesundheit BAG neu als intermediäre Behandlungsformen bezeichnet werden.

Aber ambulante Tarife sind für die intermediären Angebote kaum kostendeckend. Zum Beispiel sind im heute gültigen Tarmed die Leistungen der Pflege auf wenige Stunden pro Woche limitiert, was für die notwendige Behandlungsintensität in einer Tagesklinik oder im Hometreatment nicht genügt. Bedauerlicherweise wurde beim Versuch, den Tarmed zu revidieren, von Seiten der Kostenträger vehement auf Limitierungen beharrt.

Nur stationäre Behandlungen sind kostendeckend

Aus Sicht von Institutionen, die versuchen, eine umfassende Behandlungskette mit ambulanten, tagesklinischen, aufsuchenden und vollstationären Elementen anzubieten, hat dies finanzielle Konsequenzen: Nur die stationären Behandlungen können mit dem heutigen Vergütungssystem meist kostendeckend durchgeführt werden. Für die Patienten weniger eingreifende (intermediäre) Behandlungsformen sind defizitär. Das heisst: Heute stehen die finanziellen Anreize im Widerspruch zu den Zielen der integrierten psychiatrischen Versorgung.

Dies verlangt aus Sicht der Psychiatrie nach neuen Finanzierungsformen. Solche umzusetzen ist im gegenwärtigen schweizerischen Abgeltungssystem aber schwierig, weil bei den stationären Behandlungen die Kantone 55 % und die Krankenkassen 45 % der Kosten tragen, während bei den ambulanten Behandlungen die Krankenkassen 100 % zu tragen haben.

Dies führt je nach Standpunkt zu widersprüchlichen Interessenlagen bei der Wahl des Behandlungsortes. Darum wären Ideen für eine Neuverteilung der Kostenbeteiligung, bei der Kantone und Krankenkassen ambulante und stationäre Behandlungen mitfinanzieren, ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die finanzielle Last für Kantone und Kassen kann dabei in der Endabrechnung gleich bleiben wie heute.

Modellversuche verliefen vielsprechend

Ein nächster Schritt wäre dann die Einführung von sogenannten Komplexpauschalen für einzelne psychiatrische Krankheitsbilder. Geeignet für Pilotprojekte wären zum Beispiel die Behandlungen von Patienten mit chronischen Schizophrenien, die hohe Kosten verursachen und die möglichst im angestammten Umfeld erfolgen sollten. Die Komplexpauschalen würden mit einem Tagessatz, der die stationären Kosten nicht voll deckt, aber jene der intermediären Behandlungen leicht überfinanziert, einen geeigneten Anreiz für die Institutionen schaffen, möglichst viele Patienten im intermediären Bereich zu behandeln. Entsprechende Modellversuche verliefen vielsprechend.

Wie bei der Einführung des TARPSY gefordert, sollte dabei das System zuerst in der Erwachsenenpsychiatrie eingeführt und justiert werden, bevor es später mit Augenmass in geeigneter Art und Weise auf Kinder und Jugendliche übertragen wird.

- 1 Chefarzt und Bereichsleiter Kinder- & Jugendpsychiatrie und - Psychotherapie, Psychiatrische Dienste Aargau
- 2 Departement stationäre Versorgung und Tarife, FMH-Zentralvorstand

Die Psychiatrie als Vorreiterin der Integrierten Versorgung

Es gibt kaum eine psychiatrische Behandlung, die nicht integriert erfolgt. Trotzdem muss die Psychiatrie immer noch gegen Vorurteile und Benachteiligungen kämpfen.



Regula Lüthi, Direktorin Pflege, MTD und Soziale Arbeit, UPK Basel; Vorstandsmitglied fmc

Eine ganze Ausgabe des Online-Fachmagazins fmc-Impulse im Zeichen der psychiatrischen Versorgung – mit einem besonderen Blick in die Kinder- und Jugendpsychiatrie: Das freut mich und kommt nicht von ungefähr. Exemplarisch zeigt sich hier, dass sich die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Menschen immer in einem systemischen Umfeld befindet, was per se einen integrierten Versorgungsansatz verlangt.

No Health without Mental Health

Man kann daher guten Gewissens behaupten: Es gibt kaum eine psychiatrische Behandlung, die nicht integriert erfolgt; namentlich die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist seit vielen Jahren ein Vorbild darin, über die genormten Behandlungspfade hinweg für Innovation zu sorgen und trotz aller finanzieller Widrigkeiten für Familien zuversichtliche Angebote aufzustellen.

No Health without Mental Health – so lautet die Devise der WHO. Diesen Leitsatz verfolgen viele in der Psychiatrie tätige Fachpersonen mit aller Kraft. Umso mehr erstaunt es, dass trotz der Häufigkeit von psychischen Störungen das viele Geld, das im Schweizer Gesundheitswesen im Umlauf ist, nicht direkt proportional in die Versorgung psychisch kranker Menschen fließt. Hat es damit zu tun, dass psychische Störungen immer noch grossen Vorurteilen unterliegen und dass einige dieser Störungen nach wie vor stark tabuisiert sind?

Widerstände als Antrieb

Seit vielen Jahren schon ist es in der psychiatrischen Behandlung selbstverständlich, über die medizinische Ebene hinaus zu schauen und eng mit dem Sozial- und Erziehungsbereich zusammen zu arbeiten. Immer häufiger werden auch gemeinsame Besprechungen zwischen Somatik und Psychiatrie und beide Seiten verstehen zunehmend besser, wie abhängig psychisches und physisches Wohlbefinden voneinander sind. Diese

Interdependenzen tragen zwar wesentlich zur regelmässig beschworenen Komplexität bei. Doch auf Dauer werden sie dem Krankheitserleben der einzelnen Menschen gerechter.

Die Selbstverständlichkeit, mit der in der Psychiatrie Grenzen überwunden werden, um für einzelne Familien mit deren Kindern nachhaltige Lösungen zu suchen, beeindruckt mich stets aufs Neue. Dass die Finanzierungsströme diesen Lösungen häufig nicht folgen sondern bisweilen im Wege stehen, sollte uns antreiben, weiterhin für die fachlich notwendigen Neuerungen einzustehen.

In eigener Sache

Sie kennt die Bedürfnisse von Patienten, die Denkweise verschiedener Akteure und weiss um die Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen. Jetzt bringt sie das und noch mehr ins fmc ein.



Iris Keller, fmc-Geschäftsführerin

Auf die neue Aufgabe als Geschäftsführerin beim fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung freue ich mich sehr. Die Komplexität und das dynamische Umfeld des Gesundheitswesens kommen mir als Person sehr entgegen.

Es entspricht meiner Art, Menschen zu führen, zu unterstützen, zu motivieren und Impulse zu setzen, um neue Wege zu gehen. Meine Freude, Dienstleistung für Menschen zu erbringen, konnte und kann ich im Gesundheitswesen optimal ausleben: erst als Hebamme und Pflegefachfrau, später in Geschäftsleitungen verschiedener Konzerne (national und international) und aktuell als Verwaltungsrätin einer Spitalgruppe in Bern.

Das fmc ist für mich die willkommene Ergänzung meines Werdegangs: Wissen erarbeiten, Wissen teilen, Erfahrungen weitergeben und eine Plattform bieten für die Integrierte Versorgung in der Schweiz. Gerade in meiner Tätigkeit für Spitäler sehe ich, was nötig ist, um eine bezahlbare Versorgung für alle zu gewährleisten – und zwar ohne Bürokratie und Doppelspurigkeiten.

Die berühmten 100 Tage bis zur ersten Bilanz stehen ganz im Zeichen des Kennenlernens all unserer Unterstützer und Partner und der Vertiefung in die Integrierte Versorgung. Einer der nächsten Meilensteine ist es, den Erfolg des fmc-Symposiums fortzusetzen und auch 2017 mehr als 300 Teilnehmer in Bern begrüssen zu dürfen.



Das Schweizer Forum für integrierte Versorgung fmc ist ein unabhängiges, breit abgestütztes Kompetenzzentrum das den Wissens- und Erfahrungsaustausch zur horizontalen und vertikalen Vernetzung in der Gesundheitsversorgung fördert. Das fmc trägt dazu bei, die Qualität und Effizienz der Patientenbetreuung zu verbessern sowie die Sicherheit und Handlungsfähigkeit der Patienten zu erhöhen. Die Mitglieder des fmc profitieren von einem disziplinen- und sektorübergreifenden Netzwerk sowie spezifischen Angeboten. Weitere Informationen: <http://www.fmc.ch>

Wollen sie das eMagazin «fmc Impulse Integrierte Versorgung» weiterhin kostenlos erhalten? Dann melden Sie sich bitte an auf <http://fmc.ch/fmc-impulse/>