

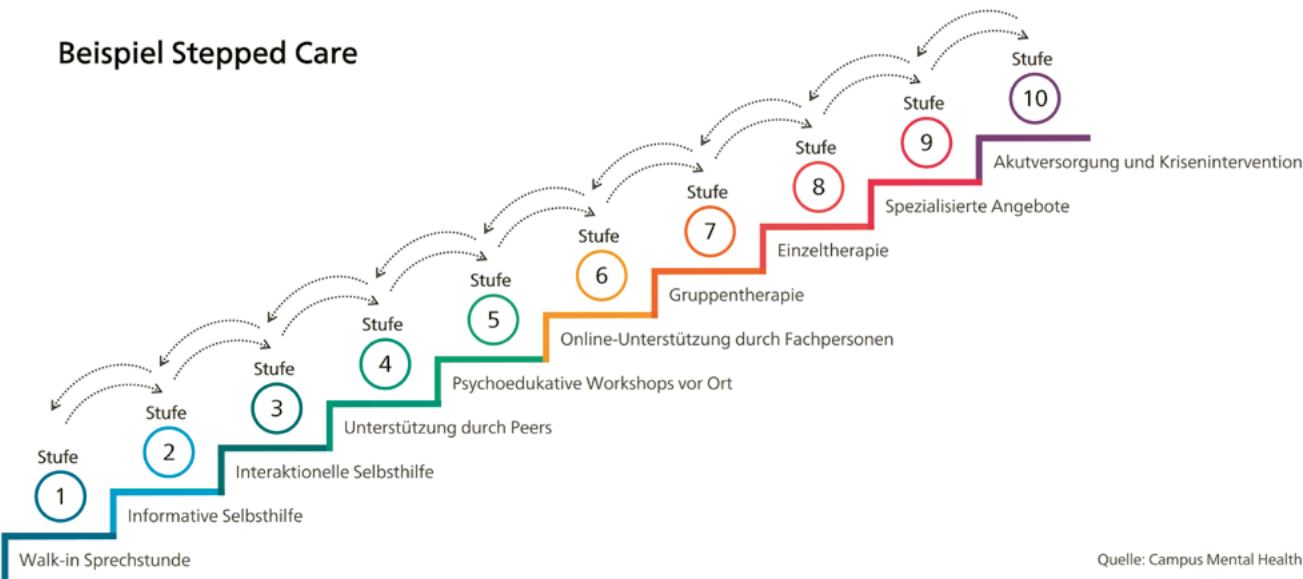
# Ambulantisierung verlangt starke Partnerschaften

Eine erfolgreiche Ambulantisierung gelingt nur zusammen mit kompetenten und verlässlichen Partnern, welche die Klinikambulatorien in den Bereichen Prävention, Beratung und Betreuung sowie in der Nachsorge entlasten. Hierzu benötigt es klar geregelte Kooperationen und eine finanzielle Abgeltung der für die Koordination eingesetzten Ressourcen.

Text: Beat Schläfli, Präsident Sparte Psychiatrische/Psychosomatische Kliniken, CEO PDAG Windisch; Viviane Stehrenberger, Kommunikation vaka

Der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie der PDAG werden monatlich rund 600 neue Patientinnen und Patienten zugewiesen. Ein einzelner Therapeut, der Vollzeit arbeitet, betreut bis zu 100 Patienten. Jeden Monat kommen 16 neue Patienten hinzu. Das System funktioniert selbstredend nur dann, wenn einerseits eine wirksame Triage vorgeschaltet wird und andererseits laufend Patienten aus der Therapie entlassen oder an nachsorgende Organisationen weitergegeben werden können. Übergeordnete Zielsetzungen sind, sicherzustellen, dass jeder Patient am richtigen Ort abgeklärt, behandelt oder betreut wird und dass jederzeit das Erlangen von Selbstständigkeit und die Vermeidung von therapeutischer Abhängigkeit im Fokus stehen.

**Gute Triage als zentrales Element**  
Damit Ambulatorien ihre Ressourcen gezielt einsetzen können, braucht es eine wirksame und patientenorientierte Triage. Nicht jedes Symptom und jede Belastung hat Krankheitswert, nicht jeder Fall benötigt eine hoch spezialisierte Fachkompetenz oder eine medizintechnische Infrastruktur. Die Kliniken sollen sich auf die komplexen Fälle konzentrieren können. Damit die Triage funktioniert, sollten erste Patientenkontakte zeitnah erfolgen, um eine erste Einschätzung zur Fallschwere und zur Dringlichkeit vorzunehmen. Hierzu sind zum Beispiel detailliertere Zuweisungsformulare, telefonische Vorabklärungen oder Fragebögen gute Instrumente. Eine dynamische Warteliste mit der Möglichkeit zur kurzfristigen bedarfsorientierten Krisenintervention erhöht ausserdem die Flexibilität.



Der Stepped-Care-Ansatz (gestufte Versorgung) ist ein Modell zur Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die Grundidee ist, mit der niedrigsten wirksamen Intervention zu beginnen, das heisst mit einer möglichst einfachen, kostengünstigen und wenig belastenden Massnahme, wie zum Beispiel der Beratung oder der Selbsthilfe.

**Behandlung nach dem Stepped-Care-Ansatz**  
Das Stepped-Care-Modell ist ein evidenzbasiertes, gestuftes Behandlungssystem, das die Intensität der Versorgung am individuellen Bedarf ausrichtet, von den am wenigsten zu den am stärksten eingreifenden Interventionen (z. B. von der Selbsthilfe über Beratung, Gruppen- und Einzeltherapien bis zur akuten Krisenintervention). Ziel ist es, dass Patienten jederzeit das passende Setting und die passende Behandlung erhalten und bei Bedarf flexibel zwischen verschiedenen Versorgungsstufen wechseln können, was Unter-versorgung, aber ebenso Überversorgung verhindert.

Die Versorgung muss konsequent geplant und gesteuert werden. Dazu gehören nebst der richtigen Stufe die Reduktion der Behandlungsfrequenz (z. B. durch Blended Therapy) und die Limitierung der Behandlungsdauer (Vermeidung von therapeutischer Abhängigkeit). Basis bilden eine regelmässige Evaluation der Behand-

lung, die aktive Steuerung durch Case-Management und die Koordination zwischen den beteiligten Organisationen.

**Unterstützende Partnerschaften**  
Es braucht externe Partner, um die Klinikambulatorien in den Bereichen Prävention, Beratung und Betreuung sowie bei Anschlusslösungen zu entlasten. Diese integrierte Versorgung funktioniert aber nur mit klaren Strukturen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten und einem regelmässigen Austausch von Informationen, Wissen und Daten. Zentral ist die Option, im Bedarfsfall (z. B. für Krisenintervention) auf die Unterstützung der Kliniken zurückgreifen zu können. Die Modalitäten der Zusammenarbeit sind in Vereinbarungen klar zu regeln. Zudem ist die angemessene Finanzierung der ressourcenintensiven Koordination sowie von Vorhalteleistungen – beides nicht über die Krankenversicherung abgedeckt – sicherzustellen.

## Zwei Beispiele von erfolgreichen Kooperationsmodellen:



**Hometreatment**  
Die PDAG engagieren sich zusammen mit der Stiftung HotA (Hometreatment Aargau) im Bereich der aufsuchenden Familienarbeit, das heisst bei der Betreuung von Familien mit psychisch erkrankten Kindern/Jugendlichen oder Elternteilen in ihrer gewohnten Umgebung. Die PDAG übernehmen die Triage, und je nach Indikationsstellung erfolgt die Betreuung der betroffenen Patientinnen und Patienten durch das Hometreatment-Team der PDAG oder durch die HotA. Für die Finanzierung besteht im Bereich Kinder/Jugendliche eine Leistungsvereinbarung zwischen dem DGS und den PDAG, im Bereich der Erwachsenen läuft ein kantonales Pilotprojekt.



**Konsilien für Schulen**  
Im Auftrag des Schulpsychologischen Dienstes (SPD) erbringen die PDAG kinder- und jugendpsychiatrische Dienstleistungen (fachliche Beurteilung und Vorgehensberatungen in Form von Konsilien) für öffentliche und private Schulen bis und mit Sekundarstufe I. Sie unterstützen die Schulen und Lehrkräfte, wenn kinder- und jugendpsychologische beziehungsweise schulpsychologische Methoden und Theorien nicht mehr ausreichen. Für die Finanzierung besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen dem BKS und den PDAG.