

Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik

Analyse von Modellen guter Praxis im Bereich
der Versorgung von psychisch erkrankten Per-
sonen mit zusätzlichen somatischen Erkrankun-
gen

Bericht

Dr. Manuela Spiess
Dr. Regula Ruffin

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit
(BAG)

18. Oktober 2018

Impressum

Laufzeit: Februar 2018 – Oktober 2018

Projektleitung im BAG: Lea von Wartburg, Lea Meier
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Studie: Die vorliegende Studie wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Analyse von Modellen guter Praxis im Bereich der koordinierten Versorgung von psychisch – somatisch komorbider Patientinnen und Patienten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts wurde vom BAG kommentiert. Die Kommentare sind im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

Bezug: Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
www.bag.admin.ch

Korrespondenzadresse: socialdesign ag
Thunstrasse 7, 3005 Bern

Zitiervorschlag: Spiess, Manuela; Ruffin, Regula (2018). Koordinierte Versorgung an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akut-somatik. Modelle guter Praxis. socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Oktober 2018, Bern.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary (Deutsch)	5
Executive Summary (Français)	8
1 Einleitung	11
1.1 Ausgangslage und Berichtstruktur	11
1.2 Fragestellungen.....	12
2 Methodik	13
2.1 Erarbeitung einer Gesamtübersicht von Modellen guter Praxis	14
2.2 Auswahl Modelle guter Praxis	14
2.3 Datenerhebung, Auswertung und Valorisierung.....	15
2.4 Limitierende Faktoren.....	16
3 Modelle guter Praxis	17
3.1 Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP ^{PSY}) der UPD Bern	18
3.1.1 Aktivitäten und Output	18
3.1.2 Nutzen und Nutzung.....	21
3.1.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	21
3.1.4 Lessons learned und Materialien	22
3.2 The Medical-Psychiatric Network (Maastricht University Medical Centre+)	23
3.2.1 Aktivitäten und Output	24
3.2.2 Nutzen und Nutzung.....	25
3.2.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	26
3.2.4 Lessons learned und Materialien	27
3.3 Einführung und Nachhaltigkeitssicherung durch aktive Anwendung von Clinical Assessment & Decision Making-Kompetenz in der pflegerischen Praxis (ipw, bfH).....	28
3.3.1 Aktivitäten und Output	28
3.3.2 Nutzen und Nutzung.....	31
3.3.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	31
3.3.4 Lessons learned und Materialien	32
3.4 Breit konzipierte Koordination zwischen Akutsomatik und Psychiatrie inkl. Fokus auf Koordinationsfunktion von Pflegefachpersonen der Solothurner Spitäler AG (soH)	33
3.4.1 Aktivitäten und Output	34
3.4.2 Nutzen und Nutzung.....	36
3.4.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	36
3.4.4 Lessons learned und Materialien	37
3.5 Luzerner Track: Gemeinsamer Masterstudiengang Medizin angeboten durch die Universitäten Luzern und Zürich,	38
3.5.1 Aktivitäten und Output	39
3.5.2 Nutzen und Nutzung.....	40
3.5.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	41
3.5.4 Lessons learned und Materialien	41
3.6 Interdisziplinäre Fortbildungen des Hausarztvereins Luzern Reuss	42
3.6.1 Aktivitäten und Output	43
3.6.2 Nutzen und Nutzung.....	44
3.6.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	44
3.6.4 Lessons learned und Materialien	45
3.7 Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV	46
3.7.1 Aktivitäten und Output	46
3.7.2 Nutzen und Nutzung.....	50
3.7.3 Chancen und Herausforderungen des Modells	51
3.7.4 Lessons learned und Materialien	52
3.8 Überweisungsformular und Austausch an der Schnittstelle Hausärzte – Psychiatrie der Argomed AG	53

3.8.1	Aktivitäten und Output	53
3.8.2	Nutzen und Nutzung.....	55
3.8.3	Chancen und Herausforderungen des Modells.....	56
3.8.4	Lessons learned und Materialien	57
4	Vergleichende Auswertung der Modelle guter Praxis	58
4.1	Bewertung der Aktivitäten und des Outputs der Modelle guter Praxis	58
4.2	Bewertung des Nutzens und der Nutzung von Modellen guter Praxis	61
4.3	Bewertung der Chancen und Risiken der Modelle guter Praxis	62
4.4	Schlussfolgerungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten.....	64
4.5	Weitere allgemeine Schlussfolgerungen	65
4.6	Merkmale von Modellen guter Praxis	68
5	Literatur- und Materialienverzeichnis	70
	Anhang: Gesamtübersicht der recherchierten Modelle guter Praxis	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgewählte Modelle guter Praxis.....	5
Tableau 2:	Modèles de bonne pratique sélectionnés	8
Tabelle 3:	Fragestellungen für die Detailanalyse.....	12
Tabelle 4:	Auswahlkriterien Prozess Vorauswahl	14
Tabelle 5:	Übersicht der acht ausgewählten Modelle guter Praxis.....	17
Tabelle 6:	Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus Fachpersonen	68
Tabelle 7:	Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus Patientinnen und Patienten	68
Tabelle 8:	Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus auf strukturellen Aspekten	69
Tabelle 9:	Gesamtübersicht aller recherchierten Modelle.....	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Vorgehensschritte	13
--------------	-------------------------	----

Executive Summary (Deutsch)

Auftrag und Vorgehen

Hintergrund des vorliegenden Berichts bildet das Projekt «Koordinierte Versorgung» der *Gesundheit2020*¹. Das Projekt hat zum Ziel, die Versorgungsqualität spezifischer Patientengruppen über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Der vorliegende Bericht berücksichtigt komorbide Menschen, die gleichzeitig an einer psychischen und einer körperlichen Krankheit leiden. Diese Personengruppe ist besonders vulnerabel. Unter anderem haben sie eine deutlich tiefere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung und sind erwiesenermassen oftmals weniger gut medizinisch versorgt als die Allgemeinbevölkerung.

Die psychisch-somatische Komorbidität stellt ein noch relativ wenig erforschtes Gebiet dar. Aus der Forschung und Theorie ist bekannt, dass die koordinierte Versorgung für diese Patientengruppe wichtig und notwendig ist. Es existieren jedoch wenige Kenntnisse expliziter praktischer Umsetzungsmodelle einer koordinierten Versorgung. Der hier vorliegende Bericht möchte dazu beitragen, diese Lücke zu schliessen.

Basierend auf der Situationsanalyse „Verbesserung der koordinierten Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle ‚Akutsomatik – (Akut)Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik‘² wurde für den vorliegenden Bericht eine Recherche hinsichtlich Modelle guter Praxis durchgeführt. Die Gesamtübersicht aller gefundenen Modelle findet sich im Anhang. Basierend auf spezifischen Auswahlkriterien wurden acht Modelle guter Praxis ausgewählt:

- Zeitlicher Fokus: Umsetzungsdauer, Aktualität
- Regionaler Fokus: Nationale und internationale Modelle, verschiedene Sprachregionen
- Thematischer Fokus: Abdeckung der Themenfelder Stigmatisierung & Diskriminierung, Wissen, Diagnostik & Behandlung, Versorgungssystem & Struktur
- Struktureller Fokus: Unterschiedliche Settings, Einbezug von Patienten- und Angehörigengruppen
- Upscale Potential: Eignung und Potential für flächendeckende Umsetzung und Übertragbarkeit

Die ausgewählten Modelle wurden anschliessend mittels Telefoninterviews mit Modellanwendenden vertieft analysiert. Die Analyseresultate wurden im Rahmen des 1. Nationalen Patientenkongresses³ mit Betroffenen, Angehörigen, Fachpersonen und Interessierten valorisiert und in den Schlussfolgerungen berücksichtigt.

Die acht Modelle guter Praxis

In der nachstehenden Tabelle sind die ausgewählten Modelle guter Praxis sowie eine Kurzbeschreibung aufgeführt.

Tabelle 1: Ausgewählte Modelle guter Praxis

Acht Modelle guter Praxis
Modell 1: Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie GEP^{PSY} der UPD Bern
Beim Modell geht es darum, anhand eines einfachen Screening Instruments, dem Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP ^{PSY}), bei allen psychiatrischen Patientinnen und Patienten der Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (UPD) einmal jährlich den körperlichen Status wie z.B. Blutwerte, Gesundheitsverhalten zu erheben.
Modell 2: Medical-Psychiatric-Network Maastricht University
Beim Modell des Medizinischen Zentrums in Maastricht steht die ganzheitliche Behandlung von psychischen und körperlichen Erkrankungen im Zentrum. Zentral ist auch der koordinierte Übergang vom stationären ins ambulante Setting, welcher durch Case Manager unterstützt wird.

¹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html> (17.10.2018).

² Vgl. Schlapbach und Ruffin (2017).

³ Vgl. Erster Nationaler Patientenkongress Gemeinsam den Herausforderungen der Psyche begegnen. Für Betroffene, Angehörige, Fachpersonen und Interessierte; <https://www.patientenkongress.ch/> (17.10.2018).

Acht Modelle guter Praxis
Modell 3: Anwendung von Clinical Assessment & Decision Making-Kompetenzen in der Pflege (ipw)
Beim Modell der ipw (integrierte Psychiatrie Winterthur) absolvieren Pfleger*innen einen Weiterbildungslehrgang an der Berner Fachhochschule und erwerben Kompetenzen, um die körperliche Untersuchung und klinische Einschätzung bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern.
Modell 4: Koordination zwischen Akutsomatik und Psychiatrie der Solothurner Spitäler AG
Beim Modell der Solothurner Spitäler AG wird die koordinierte Verlegung von komorbiden Patientinnen und Patienten zwischen der Akutsomatik und der Psychiatrie. Bei der Verlegung gehen die Pflegenden nach einem fixen Leitfaden vor.
Modell 5: Luzerner-Track: Gemeinsamer Masterstudiengang Luzern und Zürich
Die Universitäten Luzern und Zürich bieten einen gemeinsamen Masterstudiengang an. Im Modul <i>symptomorientiertes Vorgehen in der hausärztlichen und psychiatrischen Praxis</i> finden Veranstaltungen zur Schnittstelle Akutsomatik/Psychiatrie statt, um schon früh in der Ausbildung dafür zu sensibilisieren.
Modell 6: Interdisziplinäre Fortbildungen und Fallbesprechungen des Hausarztvereins Luzern Reuss
Beim Modell finden viermal jährlich Fortbildungen zwischen Hausärzten und Fachspezialisten wie Psychiatrie statt, um sich Fachgebiet übergreifend fortzubilden. Thematisiert werden Themen, die in verschiedenen Bereichen auftauchen können.
Modell 7: Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV
Beim Modell handelt es sich um einen komplexen Dienst innerhalb des Universitätsspitals Lausanne. Eine psychiatrische Beratungsstelle berät Ärzte anderer Fachbereiche zu psychiatrischen Themen. Die Vernetzung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie steht im Zentrum und wird im Klinikalltag stark gelebt.
Modell 8: Überweisungsformular Schnittstelle Hausärzte und Psychiatrie der Argomed AG
Das Modell wird im Rahmen der Managed-Care Organisation Argomed AG umgesetzt. Es gibt ein Überweisungsformular, welches die Zuweisung von psychiatrisch erkrankten Patientinnen aus der Hausarztpraxis zu Psychiatern vereinfachen und beschleunigen soll.

Die einzelnen Modelle guter Praxis sind hinsichtlich verschiedener unten aufgeführter Merkmale vertieft analysiert und vergleichend ausgewertet worden.

- Aktivitäten und Output: Ausgangslage und Entstehungsgeschichte, Ziel-/Nutzergruppe, Angebotene Leistungen, Organisationsstrukturen und Ressourcen
- Nutzen und Nutzung: Sicht der Anwendenden, Sicht der Patientinnen und Patienten
- Chancen und Herausforderungen des Modells: Sicht der Anwendenden, Sicht der Patientinnen und Patienten
- Lessons learned

Ergebnisse

Die vergleichende Analyse der acht Modelle guter Praxis entlang obiger Merkmale hat eine Reihe von Schlussfolgerungen erlaubt. Zu den zentralsten Ergebnissen und Schlussfolgerungen gehören:

Aktivitäten und Output:

- Modellentwicklungen sind begründet
- Modelle guter Praxis sind nachhaltig
- Modelle guter Praxis evaluieren sich häufig implizit (z.B. laufend während der Umsetzung), aber seltener explizit (z.B. mittels externer Evaluationen)
- Modelle guter Praxis entwickeln sich
- Die Zielgruppen und Nutzergruppen sind heterogen
- Die angebotenen Leistungen sind heterogen

- Die Leistungen verbessern die Versorgungssituation psychiatrischer Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher somatischer Erkrankung direkt und/oder indirekt
- Die Organisationsstrukturen sind heterogen
- Die notwendigen Ressourcen sind heterogen
- Für die Realisierbarkeit sind Wille und Bereitschaft zur Veränderung erforderlich und nicht primär Ressourcen.

Nutzen und Nutzung:

- Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten steht an oberster Stelle
- Die Nutzung ist bei allen Modellen aus Sicht der Anwendenden erfreulich, die Patientinnen und Patienten beurteilen die dargelegten guten Praxisbeispiele weitaus kritischer.

Chancen des Modells:

- Standardisiertes Vorgehen bewährt sich
- Parallele Berücksichtigung mehrerer Handlungsbereiche zeigt vielfältige Wirkung
- Integrative, multidisziplinäre und interprofessionelle Ansätze sind chancenreich
- Support auf (oberster) Leitungsebene bringt Langlebigkeit und fördert Nachhaltigkeit
- Begeisterte und motivierte involvierte Modellanwendende und federführende Personen
- Chance Digitalisierung und Elektronisches Patientendossier, E-Health
- Ressourcenarme Modelle eignen sich für die Übertragung auf andere Regionen.

Herausforderungen bei der Umsetzung:

- Herausforderung Digitalisierung und Elektronisches Patientendossier, E-Health
- Niederschwelligkeit der Modelle als Risiko
- Abhängigkeit von federführenden Personen.

Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten lassen sich verschiedene positive, aber auch schwierige Aspekte festhalten, welche die Abläufe, die Aus-, Weiter-, und Fortbildung von Fachpersonen, den Wissenserwerb sowie die Umsetzung betreffen.

So wird in einer koordinierten Versorgung insbesondere das Potential geortet, dass entstehende Synergien sich auf eine optimierte Behandlungsinisierung und Behandlungsablauf auswirken können. Weiter wird der verbesserte Wissensaustausch zwischen Fachpersonen hervorgehoben, der den Patientinnen und Patienten zu Gute kommen kann.

Als besonders schwierig wird festgestellt, dass der konkrete und explizite Einbezug der Betroffenen und Angehörigen deutlich zu kurz kommt. Auch wenn der Patientenfokus häufig ein wichtiger Aspekt in den Modellen darstellt, könnte die stärkere Beteiligung am Behandlungsprozedere von Betroffenen angestrebt werden. Weiter finden Peers, also Expertinnen und Experten aus Erfahrung, in keinem der Modelle explizit Eingang. Deren Einbezug könnte massgeblich zu einer verbesserten koordinierten Versorgung von komorbiden Patientinnen und Patienten beitragen.

Weiter kann festgestellt werden, dass die Mehrheit der Modelle zwar nicht explizit systematisch und wissenschaftlich evaluiert wurden. Dennoch lassen sich für jedes Modell lessons learned formulieren, welche die Modellanwendenden mittel- oder langfristig berücksichtigen möchten.

Obschon eine Fülle von Modellen guter Praxis umgesetzt wird, gilt es auch in Zukunft, noch vermehrte Anstrengungen zu unternehmen, um die koordinierte Versorgungssituation für vulnerable Patientengruppen wie gleichzeitig psychiatrisch-somatisch Erkrankte zu verbessern. Der vorliegende Bericht gibt Hinweise dafür und zeigt Wege auf, wie dies geschehen könnte.

Executive Summary (Français)

Mandat et méthode

Le présent rapport s'inscrit dans le contexte du projet «Soins coordonnés» de *Santé2020*⁴, qui vise à améliorer la qualité des soins prodigués à certains groupes de patientes et de patients tout au long de la chaîne thérapeutique. Ce rapport prend en considération les personnes souffrant de maladies multiples (comorbidité), cumulant une maladie psychique et un trouble somatique. Ce groupe de personnes est particulièrement vulnérable. Son espérance de vie, notamment, est nettement réduite par rapport à celle de la population générale, et, comme l'expérience le démontre, elle ne bénéficie pas toujours des mêmes soins médicaux que la population générale.

La comorbidité psychosomatique est un domaine encore relativement peu étudié à ce jour. Si la recherche et la théorie reconnaissent l'importance et la nécessité des soins coordonnés, il existe en la matière encore peu d'informations sur des modèles de mise en œuvre pratiques. C'est précisément cette lacune que le présent rapport veut s'attacher à combler.

Pour compléter l'analyse de situation *Soins coordonnés à l'interface « soins somatiques aigus – psychiatrie ou clinique psychiatrique » pour les personnes atteintes d'une maladie psychique*⁵, une recherche de modèles de bonne pratique a été effectuée dans le cadre du présent rapport. Un tableau général résume dans l'annexe tous les modèles trouvés. Les critères de sélection spécifiques énumérés ci-après ont permis de retenir huit modèles de bonne pratique.

- Axe temporel : durée de la mise en œuvre, actualité
- Axe régional : modèles nationaux et internationaux, diverses régions linguistiques
- Axe thématique : couverture des thèmes Stigmatisation & Discrimination, Connaissances, Diagnostic & Traitement, Système de soins & Structure
- Axe structurel : cadres différents, implication de groupes de patients et de proches
- Potentiel d'amélioration : pertinence et potentiel de mise en œuvre et de transférabilité généralisées

Les modèles sélectionnés ont ensuite été analysés de manière plus approfondie par le biais d'entretiens téléphoniques avec des utilisateurs des modèles. Les résultats de l'analyse ont été discutés lors du 1^{er} Congrès national de patients⁶ avec des personnes concernées et des spécialistes et pris en compte dans les conclusions.

Les huit modèles de bonne pratique

Les modèles de bonne pratique sélectionnés sont brièvement décrits dans le tableau suivant.

Tableau 2: Modèles de bonne pratique sélectionnés

Huit modèles de bonne pratique
Modèle 1 : Profil de promotion de la santé Psychiatrie GEP^{PSY} des l'SPU de Berne
Dans ce modèle, il s'agit de relever une fois par an, à l'aide d'un instrument de screening simple, le Profil de promotion de la santé Psychiatrie (GEP ^{PSY}) auprès de toutes les patientes et de tous les patients du service ambulatoire des Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU), des données concernant leur statut physique comme les valeurs sanguines ou le comportement en matière de santé.
Modèle 2 : Réseau Medical-Psychiatrique Université de Maastricht
Le modèle du Centre médical se concentre sur le traitement holistique de troubles psychiques et physiques. Le transfert coordonné du cadre hospitalier vers l'ambulatoire, soutenu par le Case Manager, en est un autre élément central.
Modèle 3 : Exploitation des compétences Clinical Assessment & Decision Making dans les soins (ipw)
Dans le modèle de l'ipw (intégrée Psychiatrie Winterthur = psychiatrie intégrée de Winterthur), des membres du personnel soignant suivent un cursus de perfectionnement auprès de la Haute école

⁴ Cf. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html> (17.10.2018).

⁵ Cf. Schlapbach et Ruffin (2017).

⁶ Cf. <https://www.patientenkongress.ch/pagedaccueil> (17.10.2018).

Huit modèles de bonne pratique
spécialisée bernoise et acquièrent des compétences pour améliorer durablement les examens physiques et l'évaluation clinique de patientes et de patients psychiatriques.
Modèle 4 : Coordination entre somatique aigue et psychiatrie dans les hôpitaux soleurois (Solothurner Spitäler AG)
Dans ce modèle, l'accent est mis sur le transfert coordonné de patientes et de patients comorbides entre les soins somatiques aigus et la psychiatrie. Lors de ce transfert, le personnel soignant suit un schéma prédéfini.
Modèle 5 : Luzerner-Track: programme de master commun entre Lucerne et Zurich
Les universités de Lucerne et de Zurich proposent un cursus de master commun. Dans le module <i>Approche axée sur les symptômes dans la pratique de premier recours et en psychiatrie</i> , des manifestations ont lieu à l'interface soins somatiques aigus/psychiatrie afin de sensibiliser les étudiantes et les étudiants à un stade précoce de leur formation.
Modèle 6 : Formations et discussions de cas interdisciplinaires de l'association des médecins de famille Lucerne Reuss
L'association organise, quatre fois par an, des séances de formation réunissant des médecins de famille et des spécialistes (en psychiatrie par exemple), pour se perfectionner dans d'autres domaines. Les sujets abordés sont ceux qui peuvent se présenter dans la pratique.
Modèle 7 : Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV
Il s'agit ici d'un service organisé au sein de l'hôpital universitaire de Lausanne. Un centre de conseil psychiatrique conseille des médecins 'non-psychiatres' sur des questions psychiatriques. La liaison entre soins somatiques aigus et psychiatrie est un élément central fortement vécu dans le quotidien clinique.
Modèle 8 : Formulaire de transfert à l'interface médecins de famille et psychiatrie d'Argomed AG
Le modèle est mis en œuvre dans le cadre de l'organisation de Managed-Care Argomed AG. Le formulaire est destiné à simplifier et à accélérer le transfert de personnes souffrant de troubles psychiatriques du cabinet de premier recours vers les psychiatres.

- Les différents modèles de bonne pratique ont fait l'objet d'une analyse approfondie portant sur les divers critères mentionnés ci-après, puis évalués de manière comparative dans une deuxième étape.
- Activités et outputs : situation initiale et genèse, groupe cible/d'utilisateurs, prestations proposées, structures d'organisation et ressources
- Utilité et utilisation : perspective des utilisatrices et des utilisateurs, perspective des patientes et des patients
- Chances et défis du modèle : perspective des utilisatrices et des utilisateurs, perspective des patientes et des patients
- Enseignements tirés

Résultats

L'analyse comparative des huit modèles de bonne pratique, sur la base des critères ci-dessus, a abouti à une série de conclusions. Les principaux résultats et conclusions sont les suivants :

Activités et extrants :

- Les développements de modèles sont justifiés
- Les modèles de bonne pratique sont durables
- Les modèles de bonne pratique s'évaluent souvent implicitement (pendant l'exécution des activités), mais plus rarement explicitement (p. ex. par le biais d'évaluations)
- Les modèles de bonne pratique se développent et évoluent
- Les groupes cibles et les groupes d'utilisatrices et d'utilisateurs sont hétérogènes
- Les prestations proposées sont hétérogènes
- Les prestations améliorent directement et/ou indirectement la situation de soins des patientes et des patients psychiatriques présentant des troubles somatiques comorbides

- Les structures d'organisation sont hétérogènes
- Les ressources nécessaires sont hétérogènes
- Pour améliorer la faisabilité des modèles, la volonté et la disposition à changer seront davantage nécessaires que les ressources

Utilité et utilisation :

- L'utilité pour les patientes et les patients est prioritaire
- Les utilisatrices et utilisateurs jugent l'utilisation réjouissante pour tous les modèles ; les patientes et les patients sont nettement plus critiques face aux modèles de bonne pratique présentés

Chances du modèle :

- Une procédure standardisée fait ses preuves
- La prise en compte parallèle de plusieurs domaines affiche une efficacité multiple
- Des approches intégratives, multidisciplinaires et interprofessionnelles présentent de nombreuses opportunités
- Un soutien au niveau hiérarchique (supérieur) apporte de la longévité et promeut la durabilité
- Il faut des utilisatrices et utilisateurs enthousiastes, impliqués et convaincus et des personnes directrices
- La numérisation, le dossier électronique du patient (DEP) et la stratégie e-health sont une chance
- Les modèles pauvres en ressources se prêtent au transfert sur d'autres régions

Défis dans la mise en œuvre :

- Défi de la numérisation et du dossier électronique du patient (DEP), e-health
- L'accès à bas seuil des modèles est considéré comme un risque
- Dépendance des personnes principales

Conclusions

Du point de vue des patientes et des patients, on peut constater divers aspects positifs, mais aussi délicats, qui concernent les procédures, la formation de base, continue et le perfectionnement de professionnels, l'acquisition de connaissances ainsi que la mise en œuvre.

Un environnement de soins intégrés permet de repérer le potentiel que des synergies naissantes peuvent avoir sur les débuts puis le déroulement d'un traitement. Cet environnement encourage de plus un meilleur échange de connaissances entre professionnels, lequel peut bénéficier aux patientes et aux patients.

Parmi les difficultés constatées, il faut citer la faible implication concrète et explicite des personnes concernées et des proches. Même si la focalisation sur le patient est souvent un aspect important dans les modèles, il faut tendre vers une plus forte participation au processus de traitement des personnes concernées. Par ailleurs, les pairs, c'est-à-dire les expertes et les experts par expérience, ne trouvent un accès explicite dans aucun des modèles. Leur implication pourrait contribuer notablement à de meilleurs soins intégrés de patientes et de patients comorbides.

Il convient également de constater que la majorité des modèles n'a pas été évaluée vraiment systématiquement et scientifiquement. Pour autant, il demeure possible de formuler des enseignements pour chaque modèle que les utilisatrices et les utilisateurs desdits modèles pourraient prendre en compte à moyen et long terme.

Bien qu'un grand nombre de modèles de bonne pratique soient déjà mis en œuvre, il faudra fournir davantage d'efforts encore à l'avenir pour améliorer la situation de soins coordonnés pour les groupes de patients vulnérables, comme les personnes souffrant à la fois de troubles psychiatriques et somatiques. Le présent rapport apporte des pistes de réflexion et de concrétisation pour réussir.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Berichtstruktur

Ausgangslage

Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat 2015 im Rahmen der Umsetzung der gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates *Gesundheit2020* das Projekt „Koordinierte Versorgung“ lanciert. Es hat übergeordnet zum Ziel, die Qualität der Versorgung spezifischer Patientengruppen über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern. Der vorliegende Bericht berücksichtigt komorbide Menschen, die gleichzeitig an einer psychischen und einer somatischen Krankheit leiden. Ein besonderer Fokus gebührt dieser Personengruppe insbesondere aus den folgenden Gründen und Forschungserkenntnissen, die teilweise auch wissenschaftlich hergeleitet sind:

- Hohe somatische Komorbidität bei psychisch Erkrankten (ca. 70% der psychisch Erkrankten haben ein komorbides somatisches Leiden).⁷
- Massiv früheres Sterbealter bei Menschen mit psychischen Störungen (bis 20 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung), wobei die Ursachen multifaktorieller Natur sind (unsystematische Erfassung von Begleitkrankheiten, Neben-, Wechselwirkungen der Medikamente, Barrieren bezüglich des Zugangs zu Prävention/Behandlung, etc.)⁸
- Psychische Erkrankungen sind Risikofaktoren für somatische Erkrankungen (Diabetes, Herz-Kreislauf, Krebs, etc.)
- Psychisch erkrankte Menschen mit einer gleichzeitigen körperlichen Erkrankung sind erwiesenermassen weniger gut somatisch versorgt im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.
- Die Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen bezüglich somatischer Begleiterkrankungen bei psychisch Erkrankten ist notwendig.

Trotz dieser Forschungsbefunde stellt die psychisch-somatische Komorbidität ein noch relativ wenig erforschtes Gebiet dar.⁹ Die gleichzeitige somatische und psychische Symptomatik fordert dann auch eine koordinierte Versorgung und klare Abläufe an den Schnittstellen. Während die Notwendigkeit einer koordinierten Versorgung aus theoretischer Sicht evident und belegt ist, gibt es hingegen wenige Kenntnisse zur expliziten praktischen Umsetzung einer koordinierten Versorgung.

Vor diesem Hintergrund und aufbauend auf der im Jahr 2017 durchgeführten Situationsanalyse „Verbesserung der koordinierten Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle ‚Akutsomatik – (Akut)Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik‘“¹⁰ beinhaltet der vorliegende Bericht eine Recherche, Beschreibung und Analyse von existierenden Modellen guter Praxis zur koordinierten Versorgung der Patientengruppe von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlicher körperlicher Erkrankung. Davon abzuleiten sind allgemeine Merkmale von Modellen guter Praxis, welche die Versorgungssituation von besonders vulnerablen Menschen verbessert.

Die Analyse von Modellen guter Praxis schafft somit relevante Grundlagen, um den Aufbau von wirksamen Versorgungsmodellen und -strukturen in allen Regionen der Schweiz zu fördern und somit die Versorgung der genannten Patientengruppe nachhaltig zu verbessern. Die Analyse mit praxisorientiertem Fokus verfolgt die übergeordnete Zielsetzung, Modelle guter Praxis an der Schnittstelle (Akut-)Psychiatrie – Akutsomatik für die flächendeckende Umsetzung in der Schweiz zu identifizieren und aufzuarbeiten. Das Dokument richtet sich an Fachpersonen, politische Entscheidungsträger und/oder Kader von themenrelevanten Organisationen.

Berichtsstruktur

Der vorliegende Bericht enthält die Detailanalyse von acht ausgewählten Modellen guter Praxis an der Versorgungsschnittstelle (Akut)Psychiatrie und Akutsomatik. Der Hauptfokus liegt auf der Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen.

⁷ Vgl. Miro 2009; Treasure et al. (2009); Von Korff et al. (2009).

⁸ Nationale Strategie Sucht 2017–2024. Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015. Vgl.: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>, (19.9.2018).

⁹ Vgl. Schlapbach und Ruffin (2017).

¹⁰ Vgl. Schlapbach und Ruffin (2017), Vgl. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/BAG_2017_Koord_Versorgung_Somatik-Psy.pdf, (10.10.2018).

Ausgehend von der Darlegung der Auswahlkriterien und Begründung der Auswahl der spezifischen Modelle (Kapitel 2.2) folgt die Diskussionsdiskussion der Modelle entlang spezifischer Fragestellungen (Kapitel 3). Darauf aufbauend werden die acht ausgewählten Modelle vergleichend ausgewertet und allgemeine Schlussfolgerungen gezogen (Kapitel 4). Im Anhang findet sich die Gesamtübersicht aller Modelle guter Praxis, welche aufgrund der Literaturanalyse eruiert und/oder der Emailkonsultation bei Fachpersonen und -institutionen im Zeitraum zwischen Februar 2018 und April 2018 genannt worden sind.

1.2 Fragestellungen

Im Einzelnen behandelt der vorliegende Bericht die nachfolgenden Fragen (Tabelle 3), welche im Rahmen einer Detailanalyse mittels Telefoninterviews mit Expertinnen und Experten resp. Modell-anwendenden erörtert und behandelt worden sind:












Tabelle 3: Fragestellungen für die Detailanalyse

Nr	Frageblock	Detailfragen
1	Aktivitäten und Output	<p><i>Themenstellungen allgemein</i> Zeitpunkt der Lancierung, angebotene Leistungen, Organisationsstrukturen, benötigte Ressourcen (Einführung / Umsetzung, finanzielle / personelle / technische / infrastrukturelle Ressourcen), Ziel-/Nutzergruppe etc.</p> <p><i>Konkrete Fragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wann wurde das Modell lanciert? ▪ Welche Leistungen werden angeboten? ▪ Basierend auf welchen Organisationsstrukturen wird das Modell umgesetzt? ▪ Welche Ressourcen werden benötigt? <ul style="list-style-type: none"> - Hinsichtlich Einführung resp. Umsetzung des Modells? - Hinsichtlich finanzieller, personeller, technischer, infrastruktureller Ressourcen? ▪ Was ist die Ziel-/Nutzergruppe?
2	Outcome	<p><i>Themenstellungen allgemein</i> Bewertung von Nutzen und Nutzung dieser Strukturen</p> <p><i>Konkrete Fragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wie wird der Nutzen des Modells bewertet? ▪ Wie wird die Nutzung des Modells bewertet?
3	Analyse und Bewertung	<p><i>Themenstellungen allgemein</i> Was hat dazu geführt, dass das Angebot lanciert wurde? (z.B. kantonale/ politische Strategien oder Vorschriften, etwa im Rahmen der Spitalplanung, finanzielle Anreize, personenabhängige Gründe...), Chancen und Herausforderungen, «lessons learned» etc.</p> <p><i>Konkrete Fragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was hat dazu geführt, dass das Angebot lanciert wurde? ▪ Welche Chancen bietet das Modell? ▪ Welche Herausforderungen sind bei der Umsetzung zu beachten? ▪ Was sind wichtige «lessons learned»?
4	Empfehlungen	<p><i>Themenstellungen allgemein</i> Welche Kriterien und Voraussetzungen sollten übergeordnet bei der Etablierung und Implementierung spezialisierter Angebote besonders berücksichtigt werden?</p> <p><i>Konkrete Fragen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Kriterien und Voraussetzungen sollten übergeordnet bei der Etablierung und Implementierung spezialisierter Angebote besonders berücksichtigt werden?

2 Methodik

Für die Analyse der Modelle guter Praxis wurde ein mehrschrittiges Vorgehen angewendet (Abbildung 1):

Abbildung 1: Vorgehensschritte

Schritte	1. Schritt		2. Schritt	3. Schritt	4. Schritt	5. Schritt	6. Schritt	7. Schritt	8. Schritt	9. Schritt	10. Schritt
	Erstellung Gesamtübersicht Modelle guter Praxis		Vorauswahl von 17 Modellen guter Praxis	Gemeinsame Auswahl der acht Modelle guter Praxis	Detailanalyse der acht Modelle guter Praxis	Besprechung Berichtsentwurf, erste Schlussfolgerungen	Überprüfung durch Expertinnen und Experten	Valorisierung durch Patientenkongress Teilnehmende	Einarbeitung Ergebnisse Patientenkongress	Besprechung Berichtsentwurf, Schlussfolgerungen	Finalisierung Schlussbericht
	März – April 2018	Februar – März 2018	April 2018	April 2018	Mai – Juni 2018	Juli – August 2018	August 2018	September 2018	September 2018	September 2018	September – Oktober 2018
Methode											
	Nationale und internationale Literaturrecherche	Emailkonsultationen von Fachpersonen und Fachinstitutionen	Vorauswahl von 17 Modellen guter Praxis durch Autorinnen, basierend auf Auswahlkriterien, Begründung der Auswahl	Besprechung der Vorauswahl mit BAG, gemeinsame finale Definition der acht Modelle	Vertiefende Telefoninterviews gemäss Fragenkatalog mit Expertinnen und Experten der Praxisbeispiele, durch Autorinnen	Mündliche Besprechung des Berichtsentwurfs zwischen BAG und Autorinnen	Zustellung der Detailanalyse an Expertinnen und Experten der Praxisbeispiele zwecks Sicherstellung der Korrektheit der dargelegten Praxisbeispiele	Kurzpräsentation und Diskussion der Modelle mittels Workshop am 1. Nationalen Patientenkongress; Einbezug allgemeiner Rückmeldungen zur Thematik aus Sicht Patientinnen und Patienten	Ergänzung und Konsolidierung des Berichtsentwurfs mit den Workshop Ergebnissen	Mündliche Besprechung des Schlussberichts zwischen BAG und Autorinnen	Finalisierung des Schlussberichts durch Autorinnen
Legende: BAG = Bundesamt für Gesundheit											

2.1 Erarbeitung einer Gesamtübersicht von Modellen guter Praxis

In einem ersten Schritt wurde eine Gesamtübersicht (vgl. Anhang) von Modellen guter Praxis anhand folgender Erhebungsmethoden erstellt:

- **Nationale und internationale Literaturrecherche:** Die 2017 vorgenommene Situationsanalyse zu psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher somatischer Erkrankung bezog sich bereits auf verschiedene Praxisbeispiele. Die damals konsultierte Literatur wurde nochmals detailliert im Hinblick auf eine möglichst vollständige Eruiierung der Praxisbeispiele gesichtet. Zusätzlich wurde die Literaturrecherche aktualisiert, um neuere Publikationen zwischen Frühling 2017 und Frühling 2018 und die darin dargelegten Modelle guter Praxis zu berücksichtigen. Gesamthaft bezieht sich die Literaturrecherche auf deutsch-, englisch- und französischsprachige medizinische sowie sozial- und pflegewissenschaftliche Fachliteratur. Online Datenbanken (Chochrane-Library, Embase, Medline, PsycInfo, Psyn dex, PubMed, PubPsych), Bibliotheksdatenbanken (Nebis) sowie Google scholar und Google ordinary wurden systematisch nach einzelnen und kombinierten Suchbegriffen¹¹ durchsucht. Ebenfalls wurden Literaturempfehlungen von konsultierten Fachpersonen einbezogen.
- **Emailkonsultation von Fachpersonen und Fachinstitutionen:** Im Rahmen eines «Call for Good Practices» wurden Fachpersonen und Vertreter/innen von Fachinstitutionen per Email (Deutsch/Französisch) angefragt, Hinweise zu Modellen guter Praxis zur Verfügung zu stellen. Der «Call for Good Practices» für nationale und internationale Modelle wurde gesamthaft 63 Fachpersonen und -institutionen aus der Schweiz zugestellt. Bei den kontaktierten Fachpersonen/-institutionen handelt es sich einerseits um Expertinnen und Experten, welche bereits im Rahmen der Situationsanalyse von Schlapbach und Ruffin (2017) in einem Telefoninterview oder im Valorisierungsworkshop ihre Expertise einbrachten. Andererseits wurde der «Call for Good Practices» an weitere Fachpersonen/-institutionen mit einschlägigen Erfahrungen im Bereich des Analysegegenstandes versandt. Von den 63 konsultierten Personen resp. Institutionen stellten insgesamt 17 Fachpersonen (=Rücklauf von 27%) Hinweise auf verschiedene Modelle guter Praxis zur Verfügung.

Durch die Literaturrecherche und den Call for Good Practices konnten insgesamt 49 Modelle gefunden werden. Die vollständige Gesamtübersicht der gefundenen Modelle und konsultierten Stellen findet sich im Anhang.

2.2 Auswahl Modelle guter Praxis

In einem weiteren Schritt nahm socialdesign ausgehend von der Gesamtübersicht eine Vorauswahl von Modellen guter Praxis vor. Die Vorauswahl erfolgte anhand der in Tabelle 4 abgebildeten Kriterien. Diese Kriterien wurden vorgängig mit der Auftraggeberschaft definiert.

Die Vorauswahl resp. Beurteilung aus externer Sicht brachte 17 prioritäre Modelle guter Praxis hervor und bildeten die Grundlage für die gemeinsam mit dem Bundesamt für Gesundheit vorgenommene Auswahl der finalen acht Modelle guter Praxis.

Tabelle 4: Auswahlkriterien Prozess Vorauswahl

Auswahlkriterium	Beschrieb
Zeitlicher Fokus	<ul style="list-style-type: none">▪ Umsetzungsdauer lässt Aussagen über Erfahrungen mit der Implementierung in verschiedenen Phasen zu▪ Modell hat Aktualität / existiert auch heute noch

¹¹ Folgende Suchbegriffe wurden mit Übersetzung in die jeweiligen Sprachen eingesetzt: Komorbidität, komorbid, psychisch, somatisch, akutsomatisch, körperlich, stationär, somatopsychische Komorbidität, Differenzialdiagnose, Medikation, Modelle guter Praxis, Best Practices, Beispiele, Projekte.

Auswahlkriterium	Beschrieb
Regionaler Fokus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelle berücksichtigen gesamthaft nationale und internationale Modelle guter Praxis ▪ Modelle aus verschiedenen Sprachregionen der Schweiz
Thematischer Fokus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelle decken gesamthaft die vier Themenfelder inkl. zugehörige prioritäre Handlungsbereiche ab, welche in der Situationsanalyse¹² (2017) identifiziert wurden: <ol style="list-style-type: none"> 1) Stigmatisierung & Diskriminierung 2) Wissen 3) Diagnostik & Behandlung 4) Versorgungssystem & Struktur
Struktureller Fokus	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelle decken gesamthaft die prioritären Versorgungsbereiche ab, in welchen die Zielgruppe der psychisch erkrankten Personen mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen vorzufinden ist¹³ ▪ Modelle, die unterschiedliche interprofessionelle Settings berücksichtigen ▪ Einbezug von Patientinnen und Patienten und Angehörigen (Compliance, Stärkung des Selbst-Managements)
Upscale-Potenzial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modell eignet sich für flächendeckende Umsetzung (sowohl aufgrund von Nutzen als auch von organisatorischer Anlage) ▪ Potenzial zur Übertragbarkeit von internationalem auf Schweizer Kontext ▪ Potenzial zur Übertragbarkeit von regionalen/lokalen auf nationalen Kontext

2.3 Datenerhebung, Auswertung und Valorisierung

Vertiefende Telefoninterviews mit Vertretenden der Modelle

In einem nächsten Schritt wurde im Zeitraum zwischen Mai und Juni 2018 mit Vertretenden¹⁴ der ausgewählten Modelle vertiefende Telefoninterviews à ca. 45-60 Minuten durchgeführt.¹⁵ Die Liste der Interviewpartner/innen findet sich in Tabelle 5. Die Gespräche fanden leitfadengestützt statt. Den Befragten wurden die Fragen vorgängig zugestellt, um sich optimal auf das Gespräch vorbereiten zu können. Die Telefongespräche wurden auditiv aufgezeichnet und anhand einer simultanen Mitschrift durch die Interviewführende protokolliert.

Basierend auf der Mitschrift und den Audioaufzeichnungen wurde eine Detailanalyse (Modellvignette) der jeweiligen Modelle entlang einer systematischen Struktur vorgenommen und darüber hinaus die Modelle vergleichend ausgewertet. Die Modellvignetten wurden im Anschluss den Interviewpartner/innen zugestellt, um die Sachrichtigkeit zu überprüfen und bestätigen.

Valorisierung im Rahmen eines Workshops am 1. Nationalen Patientenkongresses

In einem weiteren Schritt wurden die vertieft analysierten Modelle anlässlich des 1. Nationalen Patientenkongresses¹⁶ am 14. September 2019 in Bern mit ca. 40 Workshop-Teilnehmenden valorisiert. Für den Workshop standen 45 Minuten zur Verfügung. Die grosse Mehrheit der Teilnehmenden waren oder sind gemäss eigener Angaben Selbstbetroffene und/oder Angehörige. Einzelne der Teilnehmenden waren/sind zudem Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich.

Den Teilnehmenden wurde ein Teil der schriftlichen Modellvignetten (Das Wichtigste in Kürze, Angebotene Leistungen) abgegeben. Sie hatten die Aufgabe, in Kleingruppen à 3-5 Personen für ein Modell den Nutzen, die Vor- und Nachteile resp. Stärken und Schwächen

¹² Vgl. Schlapbach und Ruffin (2017).

¹³ Vgl. Schlapbach und Ruffin (2017), S. 10.

¹⁴ In der Folge *Modellanwendende, Befragte oder Gesprächspartner/innen* genannt.

¹⁵ Das Interview für das Modell GEP^{PSY} wurde auf Wunsch der Interviewten in Face-to-Face Form durchgeführt.

¹⁶ Vgl. <https://www.patientenkongress.ch/> (17.10.2018); organisiert von Pro Mente Sana, Berner Fachhochschule und Netzwerk Psychische Gesundheit. Thema: Gemeinsam den Herausforderungen der Psyche begegnen.

aus Sicht der Patientinnen und Patienten herauszuarbeiten. Den Teilnehmenden war somit der Nutzen aus Sicht der Anwendenden nicht bekannt. Somit konnte übergreifend festgestellt werden, inwiefern die Wahrnehmung des Nutzens übereinstimmend ist und wo Divergenzen bestehen. Die Ergebnisse wurden auf Flipcharts festgehalten. Die zentralsten Schlussfolgerungen wurden zum Abschluss im Plenum diskutiert. Nichtsdestotrotz konnten wichtige Hinweise zusammengetragen werden. Ebenfalls erfolgte im selbigen Workshop der Workshop «Doppelt krank: Fördern von somatisch-psychiatrisch integrierten Modellen» von Maya Cipusev, Ausbilderin FA, Peer, Expertin durch Erfahrung. Die in diesem Teil des Workshops diskutierten Inputs fanden in den hier vorliegenden Bericht im Kapitel 3 (Sicht der Patientinnen und Patienten) und Kapitel 4 der vergleichenden Auswertung Eingang. Es ist jedoch zu beachten, dass die Teilnehmenden keine direkten Nutzniessenden von den hier vorgestellten Modellen sind, sondern aus ihrer individuellen Betroffenheit die Sicht der Patientinnen und Patienten einnehmen und darlegen.

Überarbeitung und Finalisierung

Im Anschluss an den Workshop wurden die zentralen Ergebnisse, welche schriftlich festgehalten worden sind, in den Bericht eingearbeitet (vgl. Kapitel Nutzen, Chancen und Herausforderungen) und im Kapitel 4.4 übergreifend dargestellt.

2.4 Limitierende Faktoren

Im Hinblick auf die Beurteilung der Modelle guter Praxis gilt es, auf einzelne limitierende Faktoren hinzuweisen, welche bei der kritischen Betrachtung der Modelle zu berücksichtigen sind. Es sind dies die folgenden:

- Im Aufruf für *Modelle guter Praxis* wurde nach Modellen gesucht, welche die zusätzliche somatische Erkrankung bei psychisch Erkrankten ins Zentrum stellt (vgl. a). So findet sich bei den acht Modellen guter Praxis immer ein Bezug zwischen der Psychiatrie und der Akutsomatik. Das heisst, die Komorbidität der beiden Bereiche ist bei allen Modellen expliziter Bestandteil. Jedoch kristallisierte sich im Rahmen der telefonischen Interviews resp. der Detailanalyse heraus, dass sich einzelne Modelle dennoch dahingehend unterscheiden, um welche primäre Zielgruppe es sich handelt. Dabei kann der explizite und/oder implizite Fokus wie folgt gelegt sein:
 - a) primär psychisch Erkrankte mit somatischer Komorbidität
 - b) primär somatisch Erkrankte mit psychischer Komorbidität
 - c) keine explizite Spezifizierung der primären Erkrankung, aber expliziter Fokus auf die Schnittstelle

Da die genauere Analyse darauf schliessen lässt, dass auch bei denjenigen Modellen mit Fokus b) oder c) eine deutliche Verbesserung der zentralen Aspekte Entstigmatisierung, Wissenserweiterung, optimierte Diagnostik und Behandlung sowie verbesserte Versorgungssituation erzielt wird, werden diese im vorliegenden Dokument abgebildet.

- Die vorliegende Analyse basiert primär und grösstenteils auf den Informationen, welche im persönlichen Telefoninterview von den Interviewpartnerinnen und -partner in Erfahrung gebracht werden konnten. Entsprechend findet sich eine unterschiedlich detaillierte Ausprägung der Darlegung und Vorstellung der Modelle. Zudem variieren die zusätzlich allgemein öffentlich verfügbaren Informationen (z.B. Websites) oder die von den Gesprächspartnerinnen und -partner zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationen zu den Modellen. Diese Aspekte führen dazu, dass die Vergleiche zu einem gewissen Grad limitiert sind.

3 Modelle guter Praxis

Modelle guter Praxis im Bereich der Versorgung von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlichen somatischen Erkrankungen

In diesem Kapitel werden die acht ausgewählten und in der Übersichtstabelle (Tabelle 5) dargestellten Modelle guter Praxis systematisch entlang der definierten Fragestellungen vorgestellt. Dabei wird die Sicht der Modellanwendenden dargestellt.¹⁷

Die Tabelle enthält die Bezeichnung des Modells (kursiv) gemäss Angaben der interviewten Personen, die institutionelle Verortung des Modells, die Angaben zu den interviewten Gesprächspartnerinnen und -partnern, Schlagworte zu den im Modell berücksichtigten Handlungsbereichen sowie die Region, in der das Modell aktuell Anwendung findet. Die Reihenfolge, in der die Modelle präsentiert werden, ist zufällig gewählt.

Tabelle 5: Übersicht der acht ausgewählten Modelle guter Praxis

Modelle guter Praxis				
Nr.	Modell Bezeichnung und institutionelle Verortung	Interviewte Gesprächspartnerinnen und -partner	Handlungsbereiche ¹⁸	Region
3.1	<i>Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY}) der Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) Bern</i> Universitäre Psychiatrische Dienste Bern	Frau Nesa, Pflegefachfrau im Ambulatorium der UPD Bern Herr Dr. med. Hahn, Psychiater im GPZ Bern	Diagnostik & Behandlung, Psychiatrie, Pflege, Erhebungsinventar, ambulantes Setting	CH: BE
3.2	<i>Medical-Psychiatric Unit +</i> Maastricht University Medical Center + (MUMC+)	Herr Prof. Dr. Med. C. Leue, Maastricht University Medical Center + (MUMC+)	Versorgungssystem, Institutionalisierung von Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie, Wissen, Forschung	Holland, Maastricht
3.3	<i>Einführung und Nachhaltigkeitssicherung durch aktive Anwendung von Clinical Assessment & Decision Making-Kompetenz in der pflegerischen Praxis</i> Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw), Berner Fachhochschule (bfh)	Frau U. Bregenzer, MSc, Pflegeexpertin und Stv. Leiterin BBE	Pflege, Diagnostik & Behandlung, Weiterbildung, Versorgungssystem	CH: ZH, BE
3.4	<i>Breit konzipierte Koordination zwischen Akut-somatik und Psychiatrie inkl. Fokus auf Koordinationsfunktion von Pflegefachpersonen der Solothurner Spitäler AG (soH)</i> Solothurner Spitäler AG (soH)	Frau Th. Hirsbrunner, MScN, Pflegeexpertin Solothurner Spitäler AG	Pflege, Diagnostik & Behandlung, koordinierte Verlegung, Schnittstelle Akut-somatik – Psychiatrie	CH: SO
3.5	<i>Luzerner Track: Gemeinsamer Masterstudiengang Medizin angeboten durch die Universitäten Luzern und Zürich, Mantelmodul des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care Luzern (IHAM&CC)</i>	Herr Dr. med. Ch. Merlo, Leiter Institut für Hausarztmedizin und Community Care, Luzern	Ausbildung, Weiterbildung, Forschung	CH: LU, ZH

¹⁷ Die vergleichende und übergreifende Beurteilung aus externer Sicht erfolgt im Kapitel 4.

¹⁸ Das Modell berücksichtigt die erwähnten Bereiche explizit und/oder implizit.

Modelle guter Praxis				
	<i>und der Luzerner Psychiatrie (lups) im Bachelorstudium</i> Universitäten Luzern und Zürich			
3.6	<i>Interdisziplinäre Fortbildungen</i> Hausarztverein Luzern Reuss	Herr Dr. med. Ch. Merlo, Leiter Institut für Hausarztmedizin und Community Care, Luzern	Aus-/Weiterbildung, Fokus: Hausärzte, Schnittstelle Akutsomatik – Psychiatrie	CH: LU
3.7	<i>Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV (CHUV)</i> Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)	Herr Prof. Dr. Med. F. Stiefel, Chef de Service, CHUV	Versorgungssystem und -struktur, Institutionalisierung von Konsiliar- und Liaison-psychiatrie Diagnostik, Stigmatisierung, Wissen, stationäres Setting	CH: VD
3.8	<i>Überweisungsformular und Austausch an der Schnittstelle Hausärzte – Psychiatrie</i> Argomed Ärzte AG	Herr Dr. med. A. Weisshaar, Argomed Ärzte AG	Schnittstelle Hausärzte – Psychiatrie, Weiterbildung	CH: AG, BE, LU, SO, ZG

3.1 Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY}) der UPD Bern

Das Wichtigste in Kürze

Beim *Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY})* der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) handelt es sich um ein Screening-Instrument, welches in der Psychiatrie für die Erhebung der körperlichen Gesundheit, also der somatischen Beschwerden, bei Patientinnen und Patienten der drei Ambulatorien der UPD Bern eingesetzt wird. Durchgeführt wird das *GEP^{PSY}* einmal jährlich von Pflegefachpersonen.

Region: Bern

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutzniessende:** Alle Patientinnen und Patienten der drei Ambulatorien der UPD Bern
- **Anwendende:** Direkte: Pflegende der UPD Bern. Indirekt: Hausärztinnen und Hausärzte; Psychiaterinnen und Psychiater

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Regelmässige, systematische und standardisierte Anwendung im ambulanten Bereich
- Ressourcenarme Anwendung (personell, infrastrukturell) koordinierte Vernetzung zwischen ambulanter Psychiatrie und Grundversorgenden
- Förderung der Sensibilisierung der psychiatrischen Pflegefachpersonen für somatische Symptome und Krankheiten
- Wissensstärkung und Erweiterung der psychiatrischen Pflegefachpersonen für somatische Symptome und Krankheiten
- Einfache Übertragbarkeit auf andere Regionen und/oder Institutionen der Schweiz

3.1.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Lanciert wurde das Modell als Pilotprojekt in den Ambulatorien und der Tagesklinik der UPD im Jahr 2011 durch den damaligen Direktor der Pflege der UPD.

Die Idee eines somatischen Screenings bei psychiatrischen Patientinnen und Patienten ging aus dem Wissen um die somatische Unterversorgung im psychiatrischen Bereich hervor. Zentral waren dabei die Erkenntnisse, dass einerseits körperliche Erkrankungen sich auf die Mortalität und Morbidität auswirken, andererseits, dass die Lebenserwartung bei psychisch Erkrankten mit zusätzlicher somatischer Erkrankung deutlich tiefer ist. Andererseits ist bekannt, dass sich der Verlauf, die Behandlung und Prognose bei komorbiden Patientinnen und Patienten deutlich schlechter gestalten. Das im englischen Sprachraum existierende Screening Instrument «Health Improvement Profile, HIP¹⁹» wurde an den UPD Bern ins Deutsche übersetzt und angepasst und als GEP^{PSY} im Rahmen eines Pilotprojekts in den Ambulatorien und der Tageskliniken der UPD eingesetzt. Nach der Pilotphase wurde das GEP^{PSY} als fixes Screening Instrument aufgenommen und findet seither einmal jährlich zu einem definierten Zeitpunkt im Jahr bei allen ambulanten Patientinnen und Patienten der UPD und jener der Tageskliniken durch Pflegefachpersonen Anwendung. Zweck des Screenings ist die systematische Befunderhebung des somatischen Status' der Patientinnen und Patienten, das Verhindern von Doppelspurigkeiten bei der Versorgung durch die Hausärztinnen und Hausärzte und die Psychiaterinnen und Psychiater.



Ziel-/Nutzergruppe

Die im Rahmen des GEP^{PSY} adressierte *Zielgruppe* sind psychisch Erkrankte der drei Ambulatorien der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern. Im stationären Bereich wird das GEP^{PSY} aktuell nicht durchgeführt, weil dort standardisiert umfassende somatische Eintrittschecks durchgeführt werden. Mehrheitlich handelt es sich bei der Zielgruppe um chronische Langzeit Patientinnen und Patienten, wobei ca. 60% eine F20 Diagnose²⁰ aufweisen.

Die direkte *Nutzergruppe* resp. Leistungserbringenden sind Pflegefachpersonen der UPD, Ambulatorien und Tageskliniken. Sie führen die Screenings und damit verbundenen Befunderhebungen (wie Blutentnahmen, Gewichtsmessung, etc.) durch, vernetzen sich im Rahmen der abzuleitenden Interventionen oder Massnahmen mit Hausärztinnen und Hausärzte sowie mit Psychiaterinnen und Psychiater der Ambulatorien.



Angebotene Leistungen

Der Fragekatalog des Screenings führt über konkrete, geschlechterspezifische resp. geschlechtsbezogene Fragestellungen²¹ durch die Befunderhebung. Das GEP^{PSY} umfasst verschiedenste Gesundheitsparameter, unter anderem verschiedene wichtige Laborwerte (Leber, Lipide, Blutzucker, etc.), Vitalzeichen und Gewicht, die im Zuge des Screenings vor Ort gemessen werden. Weiter umfasst das GEP^{PSY} Fragen zu ärztlichen Kontrollen (Zähne, Augen, etc.), Selbstuntersuchung, Aktivitäten des täglichen Lebens (Ernährung, Trinken, Bewegung, Schlaf, etc.), Noxen (Koffein, Alkohol, Rauchen, Cannabis) sowie Sexualität (Safer Sex, Zufriedenheit), die mündlich bei den Patientinnen und Patienten erfragt werden.

Der Ablauf verläuft wie folgt: Das Screening mittels GEP^{PSY} wird normalerweise nach erfolgter jährlicher Blutentnahme im Gespräch mit dem Patienten resp. der Patientin erhoben. Die Laborkontrolle wird von den drei Ambulatorien durchgeführt und in einem externen Labor ausgewertet. Der Patient resp. die Patientin hat die Möglichkeit, einzelne Fragen nicht zu beantworten. Das Resultat des Screenings wird im Anschluss im Einverständnis des Patienten oder der Patientin dem Hausarzt übermittelt. Möglich ist auch, dass der Hausarzt resp. die Hausärztin die Erhebung inklusive Laborkontrolle selbst durchführt und die behandelnden Fachkräfte der Ambulatorien informiert. Durch die dadurch entstehende Vernetzung mit den Hausärztinnen und Hausärzten werden darüber hinaus Doppelspurigkeiten in der Behandlung vermieden sowie der regelmässige enge Kontakt zwischen den UPD und den grundversorgenden Hausärztinnen und Hausärzten gestärkt.

¹⁹ Vgl. White, Jacquie; et al. (2011).

²⁰ Gemäss ICD-10: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.

²¹ Z.B. bei Frauen Fragen zur Menstruation oder Selbstuntersuchung der Brüste.

Für alle Gesundheitsparameter werden normative Grenzwerte sowie Werte im grünen und roten Bereich angegeben. Weiter sind spezifische Interventionen und Handlungsindikationen resp. Massnahmen aufgeführt, falls ein Wert ausserhalb des Normbereichs liegt und somit ein erhöhtes Gesundheitsrisiko besteht. Zu den Interventionsvorschlägen existiert zudem ein Handbuch für die erweiterte Beurteilung von möglichen Massnahmen.

Nach dem Screening werden die Problembereiche hinsichtlich der zentralsten somatischen Aspekte priorisiert. Bei Bedarf wird danach von der Pflege oder dem Psychiater resp. der Psychiaterin ein hausärztlicher Termin vereinbart. So können Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Erkrankung regelmässig, d.h. einmal jährlich, einer somatischen Beurteilung zugeführt werden. Diese Erhebung findet nicht zu einem festgelegten Zeitpunkt statt. Die Einplanung wird jedoch von den fallführenden Fachkräften (Case Manager) vorgenommen und liegt so in dessen Verantwortung.

Die jährlichen Laborkontrollen durch die Grundversorgenden ergänzen das GEP^{PSY} und komplementieren die somatische Befundaufnahme bei ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Für die Durchführung des Papierbogen-Screenings und der damit verbundenen Befundaufnahme sind gemäss den Befragten keine speziellen oder spezifischen Organisationsstrukturen erforderlich. Nach einer kurzen Schulung sind alle (medizinisch ausgebildeten) Personen und insbesondere Pflegefachpersonen befähigt, das GEP^{PSY} adäquat anzuwenden.

In Bezug auf die initial notwendigen Ressourcen ist festzuhalten, dass im Rahmen des Pilotprojektes die Pflegenden einmalig in der Anwendung geschult worden sind. Dies erfolgte während der regulären Arbeitszeit, d.h. diesbezügliche Ressourcen sind nicht zusätzlich zur Verfügung gestellt worden. In der Post-Pilotphase sind keine Schulungen mehr durchgeführt worden und werden von den Anwendenden als nicht notwendig erachtet.

Die einmal jährliche Durchführung des Screenings erfordert aus Sicht der interviewten Akteure keine spezifischen zusätzlichen aufzuwendenden finanziellen, personellen oder infrastrukturellen Ressourcen. Die Erhebungen erfolgen jeweils während der regulären Arbeitszeit, in den bestehenden Räumlichkeiten der Ambulatorien und Tageskliniken und mittels des aktuellen Personalbestands. Daher sind die benötigten Ressourcen schwierig zu quantifizieren. Die vorgesehenen erforderlichen Laboranalysen werden mittels der bestehenden Infrastruktur durchgeführt. Weitere relevante Materialien (Waage, Metermass, etc.) gehören zum Standard einer medizinischen Institution und mussten nicht zusätzlich erworben werden.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
	<ul style="list-style-type: none"> Schulungen der Anwendungsgruppe (Pflegende) 	<ul style="list-style-type: none"> 1x jährliche Durchführung, auf interne Zeiten Koordinationszeit nach Durchführung mit anderen Stellen, Institutionen
▪ Infrastrukturell, technisch		
	<ul style="list-style-type: none"> Übersetzung des englisch sprachigen Leitfadens Büromaterial (Kopien des Formulars) 	<ul style="list-style-type: none"> Büromaterial (Kopien des Formulars)

3.1.2 Nutzen und Nutzung



Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* ist aus Sicht der Befragten feststellbar, dass insbesondere mehrfach vulnerable Personen(-gruppen)²² durch die standardisierte und regelmässige Befunduntersuchung adressiert werden. Allfällige bislang unbekannte körperliche Erkrankungen können so entdeckt werden und die Chancen auf eine adäquate Behandlung erhöht werden. Von den Patientinnen und Patienten wird die Untersuchung als sinnvoll erachtet, da sie aufgrund der ganzheitlichen und umfassenden körperlichen Untersuchung und Massnahmenableitung an Lebensqualität gewinnen können. Weiter profitieren die (Psychiatrie-)Pflegefachpersonen von den somatischen Bestandesaufnahmen dahingehend, dass sie ihr somatisches Wissen aktualisieren, stärken und erweitern können. Gestärkt wird durch die Anwendung des GEP^{PSY} auch die Zusammenarbeit mit den Grundversorgern (Hausärztinnen und Hausärzte), da beim Feststellen von somatischen Auffälligkeiten die Zuweisung zu ebendiesen erfolgen muss.

In Bezug auf die *Nutzung des Modells* ist aus Sicht der Befragten festzustellen, dass der Einsatz des GEP^{PSY} zum Standardvorgehen innerhalb der UPD gehört und die Anwendung konsequent wie vorgesehen einmal jährlich erfolgt. Sind Patientinnen und Patienten sehr gut hausärztlich versorgt aufgrund einer bekannten Erkrankung, wird das GEP^{PSY} nicht zusätzlich durchgeführt.

Sicht der Patientinnen und Patienten²³:

Die Patientinnen und Patienten erachten das Modell insbesondere dann als sinnvoll, wenn die Betroffenen keinen Hausarzt resp. Hausärztin haben und so die somatische Befundaufnahme und der körperliche Status unter Umständen vergessen geht. Die Voruntersuchungen und das Vermeiden von Doppelspurigkeiten scheinen sinnvoll. Die Erhebung der somatischen Symptome bei psychiatrisch erkrankten Personen sensibilisiert die Fachpersonen und Betroffenen für die Ganzheitlichkeit der Patientinnen und Patienten, was aus Patientensicht zwingend ist.

3.1.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:



Chancen des Modells

Die Hauptzielgruppe, konkret Patientinnen und Patienten mit psychotischen Erkrankungen, verfügt häufig über eine generell geringe Krankheitseinsicht und werden daher nur selten aus eigenem Antrieb medizinisch versorgt. Durch die standardmässige Befundmessung wird diesem Zustand bestmöglich Rechnung getragen. Die Anwendung des GEP^{PSY} sensibilisiert und schult (Psychiatrie-)Pflegefachpersonen für somatische Beschwerden. Weiter wird die Vernetzung der ambulanten Psychiatriepflege mit der somatischen Grundversorgung gestärkt. Damit werden Doppelspurigkeiten vermieden (doppelte Laboruntersuchungen durchführen) und letztlich kostenbewusster gehandelt.

²² U.a. bio-psycho-sozial vulnerable Personen.

²³ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Das Screening stellt aus Sicht der Anwendenden einzig eine Bestandesaufnahme dar und beinhaltet eine minimale Ableitung von Massnahmen. Die Massnahmen, welche dem Screening folgend oder folgen sollten, wie z.B. die Überweisung zu Hausärzten/innen und die entsprechende Behandlung, sind mit deutlich höheren Ressourcen verbunden und vom Setting ausserhalb der drei Ambulatorien der UPD abhängig. Es bedarf auch nach der Überweisung zu Somatikerinnen und Somatiker einer weiteren Kommunikation zwischen den Akteuren an den Schnittstellen.

Die Klientel bringt nebst der eingeschränkten Krankheitseinsicht und Voraussicht hinsichtlich Konsequenzen einer Erkrankung häufig auch verweigernde Verhaltensweisen mit sich. So ist die Durchführung eines Screenings oder die Bekanntgabe der Resultate zuhanden der Grundversorger nicht immer möglich.

Aktuell werden die Resultate des Screenings manuell in die Patientendossiers übertragen. Sollte das GEP^{PSY} in Zukunft aufgrund der Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) elektronisch durchgeführt werden, ist möglicherweise eine Investition in die Infrastruktur zu bedenken (W-Lan, Computerstationen, etc.).

Sicht der Patientinnen und Patienten²⁴:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sind mit dem Modell keine speziellen Herausforderungen mit potentiell negativen Auswirkungen für die Betroffenen zu erkennen.

3.1.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Es sollte klar definiert oder geklärt werden, welche Fachpersonen welche Verantwortung haben für die Massnahmen, die aufgrund der Befundaufnahme im Rahmen des GEP^{PSY} angezeigt sind. Dies ist notwendig, um mögliche Doppelspurigkeiten zwischen den ambulanten psychiatrisch versorgenden und hausärztlich grundversorgenden Fachpersonen zu vermeiden.
- Die Aktivitäten im Rahmen der GEP^{PSY} Durchführung und die damit verbundenen zeitlichen Ressourcen nach der Durchführung des GEP^{PSY} sind zu berücksichtigen.
- Die verbundenen administrativen und organisatorischen Arbeiten erzeugen viele nicht verrechenbare Zeiten, was den Kostendruck in den ambulanten Settings verstärkt.
- Wiederkehrende Schulungen der Pflegenden hinsichtlich der Anwendung und Durchführung des GEP^{PSY} wären sinnvoll, sind aktuell aber nicht im Prozess vorgesehen.
- Die Kommunikation zwischen den GEP^{PSY}-Anwendenden (Pflegende der Ambulatorien und den Grundversorgenden (Hausärztinnen und Hausärzten) sollte klar definiert und verlässlich sein.

Arbeitsinstrumente

- Das GEP^{PSY} stellt eines von vielen im Arbeitsalltag anzuwendenden Formularen dar, welches im Rahmen der Behandlung von ambulanten psychiatrischen Patientinnen und Patienten ausgefüllt werden muss. Diesbezügliche notwendige Ressourcen sind grundsätzlich nur minimal, hingegen erweisen sich die der somatischen Befundaufnahme folgenden notwendigen Aktivitäten und Behandlungsumsetzungen

²⁴ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

wie Termine vereinbaren, Patientinnen und Patienten Begleitung, konkretere somatische Abklärungen, etc. deutlich ressourcenintensiver.

Einstellungen und Haltungen

- Die Anwendung und Durchführung des GEP^{PSY} verbessert die somatische Versorgungssituation der psychiatrischen Patientinnen und Patienten grundsätzlich.
- Patientinnen und Patienten schätzen die durch die Anwendung des Screenings entstehende Interaktion, diese stärkt zudem die Vertrauensbasis zu den Fachpersonen.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Arbeitsmaterialien, GEP^{PSY} Bogen, S. 53ff:** https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/files/pv_book/Downloadmaterialien_APP.pdf
- **Forschungsliteratur zum GEP^{PSY}:** Sulin Bänziger, Anna Hegedüs, Christian Burr, Katharina Glavanovits, Ian Needham, Christoph Abderhalden (†), Dr. Eva Cignacco (2016). The application of the Health Improvement Profile (GEPPSY) to investigate the prevalence of somatic health risks of persons with severe mental health problems in outpatient and day hospital settings.
- **Forschungsliteratur zum englischen Screening-Instrument:** White, Jacquie; Gray, Richard, J.; Swift, Louise; Barton, Garry, R.; Jones, Martin (2011). The serious mental illness health improvement profil (HIP): study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, p. 1-12.

3.2 The Medical-Psychiatric Network (Maastricht University Medical Centre+)

Das Wichtigste in Kürze

Beim Modell *The Medical-Psychiatric Network* handelt es sich um ein holländisches Modell des universitären medizinischen Centers Maastricht (Maastricht University Medical Center, MUMC+). Das Modell soll zur ganzheitlichen Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen beitragen. Das MUMC+ bietet Leistungen an zur Gesundheitsrehabilitation, zum Gesundheitserhalt und zur Gesundheitsförderung. Dabei hat der Patientenfokus höchste Priorität.

Region: Holland, Maastricht

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutzniessende:** Komplexe, stationäre und poliklinische, Patientinnen und Patienten mit somatischer und psychiatrischer Komorbidität
- **Anwendende:** Speziell ausgebildete Case Manager; Psychologinnen und Psychologen; spezialisierte Pflegefachkräfte unter Supervision (Psychiater, Internist, etc.)

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Expliziter Fokus auf komplexe, komorbide, somatisch wiederkehrende Patientinnen und Patienten mit unzureichend erfassten psychiatrischen Erkrankungen
- Explizite und breite Multidisziplinarität (Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Case Manager, Pflege, Hausärztinnen und Hausärzte, somatische Disziplinen)
- Koordinierte Versorgung stationär sowie am Übergang zum ambulanten und hausärztlichen Bereich
- Umfassende Wirkungsforschung am MUMC+

3.2.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Die Anfänge des Modells datieren aus dem Jahr 1998. Damals ist innerhalb des Maastricht University Medical Centers (MUMC) eine so genannte Med-Psych-Unit (MPU) oder «complexity unit», also Komplexitätsabteilung, geschaffen worden. Bei dieser Abteilung stand die integrierte klinische Versorgung im Zentrum, welche zudem die fragmentierte stationäre Versorgung ablösen sollte. Bei der complexity unit handelte es sich um eine Abteilung, die sich an komplexe, komorbide und häufig wiederkehrende (Drehtür-)Patientinnen und Patienten richtete. Aus der Abteilung wurde später ein grösseres medizinisch-psychiatrisches Netzwerk (Med-Psych-Network) geschaffen. Dieses fokussierte nicht ausschliesslich auf die klinische Versorgung der Patientinnen und Patienten, sondern über Sektionen und Abteilungen hinweg aktiv wurde. Mit anderen Worten, neben der stationären Versorgung auf der MPU wurden multidisziplinäre poliklinische Versorgungsansätze realisiert (z.B. das multidisziplinäre Schmerzzentrum oder das Pelvic-Care-Centre) und die daran gekoppelte Rückführung der Patientinnen und Patienten zum Hausarzt unter der Begleitung eines Case Managers. Ziel der Ausweitung durch die Schaffung eines Netzwerkes war die Sicherstellung von Kontinuität für die Patientinnen und Patienten über die Abteilungen hinweg. Im Rahmen des Netzwerkes entwickelten sich zunehmend krankenhauserne Liaisons- und Konsiliar-Aktivitäten, welche in den verschiedensten Bereichen Einzug hielten. Von diesem etablierten Netzwerk aus wurde die Brücke zu der primären Versorgung (konkret Hausarztmedizin) geschlagen und eine Versorgungslücke geschlossen. Seit ca. 2010 gehören spezialisiert ausgebildete Case Manager (spezialisierte Pflegefachkräfte und Psychologinnen und Psychologen) zum festen Konzept der koordinierten Versorgung.



Ziel-/Nutzergruppe

Die adressierten *Zielgruppen*, d.h. Leistungsempfangende sind (komorbide, komplexe) somatische und psychiatrische Patientinnen und Patienten, welche sich am Übergang von der Krankenhausversorgung und der hausärztlichen Versorgung befinden. 90% der in die Med-Psych-Unit eintretenden Patientinnen und Patienten leiden an einer psychiatrischen Krankheit und weisen somatisch nicht gut erfasste Krankheitssymptome auf. Dies trifft ebenfalls auf 80% der multidisziplinär poliklinisch versorgten Patientinnen und Patienten zu.

Die im Modell adressierte *Nutzergruppe* und somit Leistungserbringende sind psychiatrische und somatische Fachpersonen wie somatische Spezialisten Pflegefachpersonen, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater sowie spezialisiert ausgebildete Case Managers.



Angebotene Leistungen

Die angebotenen Leistungen basieren auf dem Ansatz der Integration von Patientenpflege, Forschung und Lehre. Der grundsätzliche Behandlungsfokus wird explizit auf Prävention, integrierte Pflege und regionale Kooperation innerhalb der Versorgungskette gelegt.

Die drei zentralen Aufgaben des MUMC+ sind:

- *Patienten Care*: Dazu gehören diagnostische und behandlungsbezogene Tätigkeiten für die Versorgung einfacher bis hochkomplexer Patientinnen und Patienten.
- *Forschung*: Wissenschaftliche Grundlagenforschung und Anwendungsforschung, welche die spezialisierte Behandlung ergänzt und unterstützt.
- *Lehre und Ausbildung*: Neue Generationen von Ärztinnen und Ärzten und Forschende werden ausgebildet. Es finden multidisziplinäre Konferenzen statt.

Die Patientenversorgung ist das Kernstück des Modells und erfolgt durch so genannte Case Manager. Case Managers können einerseits Psychologinnen und Psychologen, andererseits spezialisierte Pflegefachkräfte sein, welche unter Supervision von Fachspezialistinnen und Fachspezialisten stehen. Case Managers werden für ihre Funktion speziell ausgebildet, beispielsweise zum Thema «funktionelle somatische Erkrankungen». Ihr Auftrag ist es, als Bezugsperson ihren (5-10) Patientinnen und Patienten einen erleichterten Übergang von der klinischen Abteilung bis in die Hausarztpraxis zu ermöglichen. Dies beinhaltet unter anderem das Organisieren von (Arzt-)Terminen oder das Begleiten zu Arztbesuchen. Die Case Manager agieren gleichzeitig als Übersetzer zwischen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten und haben im Rahmen ihrer Ausbildung themenbezogene beschränkte psychotherapeutische Kompetenz.

Zur so genannten „staff guidance“ haben sich multidisziplinäre Konferenzen etabliert, welche den Fachaustausch zwischen den Disziplinen einmal pro Woche verstärken.

 **Organisationsstrukturen und Ressourcen**

Sowohl in Bezug auf die Organisationsstrukturen wie auch die Ressourcen haben die damaligen Initiatoren des Modells grösstenteils von den existierenden Rahmenbedingungen Gebrauch gemacht.

In Bezug auf die *Stellenprozente* war keine Aufstockung erforderlich, sondern es erfolgte eine kostenneutrale Neuverteilung innerhalb der psychiatrischen Versorgung. Der vorgängig existierende ambulante Dienst, welcher sich auf die ambulante Begleitung spezialisiert hatte, wurde in die Klinik integriert. Die Bewirtschaftung der Knotenpunkte (Übergänge) mittels Case Manager benötigte keine gebäudetechnischen Infrastrukturen.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
MUMC+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kosten neutral gestartet, d.h. mit wenigen Krankenhaus-internen Anstellungen und Neuausrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Case Managers (für je 5-10 Patientinnen und Patienten) ▪ 160% Psychiaterinnen und Psychiater (3 Personen) ▪ 200% Klinische Psychologinnen und Psychologen
Technisch infrastrukturell		
MUMC+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wurde keine spezielle Infrastruktur benötigt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es wird keine spezielle Infrastruktur benötigt ▪ Weiterentwicklungen technischer Art sind unter Umständen kostenintensiver

3.2.2 Nutzen und Nutzung

 **Nutzen und Nutzung**

Sicht der Anwendenden:

Der ursprüngliche konzeptionelle *Nutzen des Modells* stellt gemäss der Befragten die Einsparung von 1'000 Euro pro Patientin oder Patient und Jahr dar²⁵. Die Einsparungen ergeben sich vor allem durch die Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer. Ein weiterer Nutzen ist die Aufhebung der Trennung von (Klinik-)Spezialistinnen und Spezialisten und Hausärztinnen und Hausärzte, da der Übergang geordneter verläuft und Missverständnissen bezüglich der Verantwortlichkeiten vorgebeugt wird. So bekunden Hausärztinnen und Hausärzte

²⁵ Vgl. Leue, Carsten et al. (2017). Chapter 2, S. 30-44.

den erkannten Mehrwert des Modells und anerkennen das Med-Psych-Network als Erfolgsmodell.

Hinsichtlich der *Nutzung des Modells* ist aus Sicht der Befragten festzuhalten, dass sich die Anzahl der Rückfälle oder Wiedereinweisungen signifikant reduziert hat, was in Holland unter anderem für Versicherer eine wichtige Kennzahl ist. Der Nutzen und die Nutzung wurden im Rahmen von Forschungsprojekten evaluiert.²⁶

Sicht der Patientinnen und Patienten²⁷:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist der Austausch zwischen den Fachpersonen positiv und förderlich für die ganzheitliche Betrachtung der Betroffenen. Auch kann dadurch eine Wissensvermittlung stattfinden, was sich positiv für die Erkrankten auswirken könnte.

3.2.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:



Chancen des Modells

Der Einsatz von spezialisierten Case Managern (Ausbildungsdauer 2 Jahre, nebenberuflich) erhöht die „Adherence und Compliance“, also das Befolgen der ärztlichen Verordnung. Dadurch werden die Behandlungschancen gestärkt. Da die Case Manager zum Zeitpunkt des Klinikaufenthalts, am Übergang, wie auch im ambulanten Setting aktiv sind, verbringen sie mehr Zeit mit den Patientinnen und Patienten, sind näher an den verschiedenen Themen und Problematiken und bauen in der Regel eine vertrauensvolle Beziehung auf. Somit stellen sie eine wichtige Ressource für die Patientinnen und Patienten dar, entlasten aber gleichzeitig auch die oftmals überlasteten Fachpersonen der stationären Institutionen.

Die fachkundigen Case Manager übersetzen medizinische Diagnosen in eine einfache und von Laien verständliche Sprache. Dies führt zu einem verbesserten Selbstmanagement, also zur Stärkung der Kompetenzen für die eigene und von äusseren Einflüssen unabhängige Entwicklung der Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig kann dadurch eine Entstigmatisierung der Patientinnen und Patienten erreicht werden, u.a. aufgrund des verbesserten Wissens über die eigenen Krankheiten.

Das Profil des Case Managers entspricht trotz seiner medizinischen Fachkenntnisse mehr dem einer Bezugsperson, weil er oder sie die Patientinnen und Patienten in den Alltag begleiten und eine grössere Identifikationsfläche bieten. Dies führt häufig zu einer verbesserten Befolgung der ärztlichen Behandlungsanweisungen und trägt letztlich zu einer besseren Versorgung bei.

Der integrative und interdisziplinäre Ansatz und spezifisch die etablierten multidisziplinären Konferenzen, fördern die interdisziplinäre Kommunikation und (langfristig) den Wissensbestand der Fachpersonen. Dadurch erlangt einerseits die (oftmals vergessene) psychiatrische Komorbidität an Bedeutung und wird integral behandelt. Gleichzeitig führt es häufig zur auflösenden Erklärung von unverständlichen somatischen Problemen, was die Behandlungspromos fördert und begünstigt.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Die erfolgreiche Realisierung und Etablierung des Modells ist stark abhängig vom persönlichen Engagement der involvierten Fachpersonen. Diese personenbezogene Abhängigkeit birgt ein gewisses Risiko in Bezug auf die Nachhaltigkeit und Langlebigkeit des Modells mit

²⁶ Vgl. Leue, Carsten et al. (2017). Chapter 7, S. 117-141.

²⁷ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

sich. Spezialisten ohne Verständnis für und von psychosomatischer Problematik werden sich schwer tun Stigmas zu überwinden.

Initial können unter Umständen Unsicherheiten und Unwissen bei den beteiligten Personen für das jeweils andere Themengebiet bestehen. Beispielsweise ist für Somatikerinnen und Somatiker die Wichtigkeit von psychischen Aspekten bei der Manifestierung oder Genese körperlicher Krankheiten nicht immer offensichtlich (und vice versa). So sind edukative Schulungen für den jeweils nicht primär angestammten Fachbereich notwendig und sinnvoll.

Weiter stellen die niederländische Kostenfinanzierungspraxis oder Kostendichotomie gemäss der Befragten ein Hindernis dar. Unter Kostendichotomie wird die, klare Trennung der Kosten, die in der Akutsomatik und der Psychiatrie entstehen, gemeint. Aufgrund dieser Kostenspaltung (Psychiatrie, Akutsomatik) besteht ein begrenztes Verständnis für den jeweilig anderen Bereich. Das erschwert die transparente Evaluation der insgesamt aufgewendeten Kosten.

Sicht der Patientinnen und Patienten²⁸:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist es bei Modellen dieser Art zentral, dass eine Sprache gesprochen wird, welche von allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren verstanden wird. Es besteht eine gewisse Gefahr, dass in klinischen Institutionen wie dem Zentrum ein zu starker Medikamentenfokus vorherrschen könnte. Weiter scheint das Modell stark fremdbestimmt zu sein. Umso wichtiger ist aus Patientensicht, dass deren Einbezug nicht zu wenig gewichtet wird oder vergessen geht. Modelle, welche mit Forschungstätigkeiten einher gehen, sind möglicherweise mit grösseren notwendigen Geldressourcen verbunden. Es wurde die Befürchtung geäussert, dass dies dazu führen kann, dass solche Modelle im Zuge von Sparmassnahmen einem Risiko ausgesetzt sind.

3.2.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die Realisierung von Netzwerken wie dem Maastrichter Med-Psych-Network Modell kann grundsätzlich einfach geschehen.
- Trotz der erfolgreichen Umsetzung sind Weiterentwicklungen angezeigt, um unter anderem auch grössere quantitative Erfolge (Einsparungen) verbuchen zu können. Weiterentwicklungen sollen im Bereich der Multidisziplinarität resp. Interprofessionalität stattfinden, konkret bei der Entwicklung der stationären multidisziplinären Visitenstruktur. So wird angestrebt, künftig auch Visiten interprofessionell zu gestalten.
- Die Diagnosestellung und Behandlung sollten integral, interprofessionell und nicht fragmentiert stattfinden. Weiter sollen auch im Bereich der Wissenserweiterung Entwicklungen stattfinden, was aktuell im Bereich der Beschreibung der Symptomentwicklung (Ätiologie) geschieht.
- Der Übergang der Patientinnen und Patienten mit psychischer und somatischer Komorbidität von einer stationären Institution in das ambulante Setting sollte umfassend professionell begleitet sein.

Arbeitsinstrumente

- Aktuell in Entwicklung sind technische Tools im Bereich der digitalen Evaluation. Konkret entsteht eine «momentary assessment app», welche die Patientinnen und Patienten im täglichen Leben nach kontextabhängigen psychischen und physischen Symptomen abfragt.

²⁸ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

Einstellungen und Haltungen

- Die erfolgreiche Etablierung bedarf einer Überzeugung, Verpflichtung und eines Engagements der beteiligten Personen, das heisst, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiater und Somatikerinnen und Somatiker, die sich persönlich dazu verpflichten und sich aus Überzeugung engagieren („dedicated consulting“).
- Alle involvierten Berufsgruppen sollten begeistert von dem Modell sein.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage des Maastricht University Medical Centers:** <https://www.mumc.nl/en>
- **Leue, Carsten (2017)**

3.3 Einführung und Nachhaltigkeitssicherung durch aktive Anwendung von Clinical Assessment & Decision Making-Kompetenz in der pflegerischen Praxis (ipw, bfh)

Das Wichtigste in Kürze

Bei dem Modell handelt es sich um ein Nachhaltigkeitssicherungsprojekt in der klinischen Praxis der Integrierten Psychiatrie Winterthur und Zürcher Unterland (ipw) bezüglich der aktiven Anwendung des im CAS 'Clinical Assessment and Decision Making' (CADM), erworbenen Wissens. Der Lehrgang verfolgt einen Public Health Ansatz mit dem Ziel einer Verbesserung und Optimierung in der ganzheitlichen Pflege durch die Stärkung des somatischen Know-hows. Das Nachhaltigkeitsprojekt verfolgt das Ziel den ganzheitlichen Pflegeansatz bei psychiatrischen Pflegefachkräften aktiv zu stärken.

Region: Winterthur, Bern

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutznliessende:** Psychiatrische stationäre Patientinnen und Patienten der ipw
- **Anwendende:** Psychiatrische Pflegefachpersonen der ipw, welche CADM Kompetenz in der Grundausbildung an der Fachhochschule (Bachelor in Pflege) oder Pflegefachpersonen mit einem Diplom Höhere Fachschule (HF), die durch die Absolvierung eines CAS in CADM diese Kompetenz erworben haben

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Sensibilisierung für koordinierte vernetzte Versorgung in der Weiterbildung
- Fundierte Wissens- und Kompetenzerweiterung bezüglich Akutsomatik für psychiatrische Fachpersonen
- Stärkung des interprofessionellen Austausches

3.3.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Die Idee eine Gruppe psychiatrische Pflegefachpersonen gemeinsam den CAS 'Clinical Assessment and Decision Making' (CADM) an der Berner Fachhochschule (bfh) absolvieren zu lassen entstand im Frühjahr 2016 durch die Initiative der stellvertretenden Leiterin Bildung, Beratung, Entwicklung (BBE) und Pflegefachleiterin der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw). Hintergrund für die Entwicklung des Modells bildeten verschiedene wissenschaftliche Forschungsbefunde, die einleitend umschrieben worden sind (vgl. 1.1 Ausgangslage), wie auch im Arbeitsalltag festgestellte Gegebenheiten:

- Deutlich höhere Mortalität bei psychisch Erkrankten mit somatischer Komorbidität

- Ungleiche somatische Versorgung von psychisch Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung
- Notwendigkeit der stärkeren Sensibilisierung des medizinischen Personals bezüglich somatischer Begleiterkrankungen bei psychisch Erkrankten
- Abnehmende Anzahl fallführender Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in den Institutionen und folglich zunehmende somatische Verantwortlichkeiten bei der psychiatrischen Pflege

Über diese Argumente hinaus erforderte ein zunehmender Fachkräftemangel die Stärkung der (somatischen) Kompetenz der aktuellen und zukünftigen Fachpersonen. Nachdem die Idee entstanden ist, wurde ein Argumentarium erarbeitet, welches die Vorzüge einer solchen Weiterbildung stützten. Darauf basierend fanden im Anschluss mit der Berner Fachhochschule Abklärungen und Verhandlungen statt. Der CAS CADM, welcher bereits vorgängig von der bfh entwickelt und durchgeführt wurde, wurde auf die Bedürfnisse für die Anwendung in der Psychiatrie leicht modifiziert. Die erfolgreichen Gespräche führten zur Aufnahme eines entsprechenden CAS (10 ECTS, 300 Stunden studentischer Arbeitsaufwand, davon 17 Studientage) im Curriculum der bhf. Im Sommer 2017 schlossen die ersten 14 Pflegefachkräfte der ipw gemeinsam den CAS CADM erfolgreich ab.



Ziel-/Nutzergruppe

Zielgruppen können grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten sein, bei welchen somatische Beschwerden auftreten. In Bezug auf das Modell der ipw umfasst die Zielgruppe Patientinnen und Patienten des stationären psychiatrischen Bereichs.

Die *Nutzungsgruppe* des CADM sind allgemein Fachpersonen aus dem Bereich Pflege, Geburtshilfe, Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung sowie Rettungsdienst. Beim vorliegenden Modell der ipw sind es psychiatrische Pflegefachpersonen mit einem Diplom einer Fachhochschule (Bachelor in Pflege) oder einem Diplom einer höheren Fachschule (HF) mit absolviertem CAS in CADM.



Angebotene Leistungen

Das CADM beinhaltet per Definition das systematische Erheben einer Anamnese und die körperliche Untersuchung (Clinical Assessment) sowie die Interpretation der erhobenen Befunde, mit dem Ziel einer klinischen Einschätzung der Patientinnen und Patienten (Clinical Decision Making). Die konkreten Inhalte des CAS umfassen:

- Anamnese, speziell fokussierte Anamnese, Erheben von Leitsymptomen
- Körperliche Untersuchung (Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation) relevanter Körpersysteme
- Erhebung des psychischen Zustandes
- Befund-Erhebung und Dokumentation im forensisch medizinischen Kontext
- Grundlagen klinischer Entscheidung
- Differentialdiagnostische Prinzipien
- Entscheidungsregeln für relevante Gesundheitsprobleme.

Die Weiterbildung der Pflegefachkräfte wird in den ipw explizit unterstützt. So werden die Pflegefachpersonen in der Anwendung und Umsetzung der erlernten Kompetenzen 'on the Job' gecoacht. Dazu werden einmal monatlich Workshops angeboten, an welchen die Praxiserfahrungen in einer Intervention reflektiert und Fachfragen aus der klinischen Praxis diskutiert werden. Ebenfalls besteht im Rahmen dieser Workshops ein Skilllab zur Verfügung, welches mit den für die Befundaufnahme notwendigen Materialien ausgestattet ist. Somit ist gewährleistet, dass die Pflegefachpersonen ihr Know-how in den verschiedenen Untersuchungstechniken (Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation) auch praktisch üben können. Ebenfalls wird die Nahtstelle der Kommunikation mittels ISBAR²⁹ (ein Acronym³⁰

²⁹ ISBAR = Identify, Situation, Background, Assessment und Recommendation).

³⁰ Acronym = Sonderfall einer Abkürzung.

welches für ein systematisches Rapportingsystem genutzt wird) und SOAP³¹ (ein Acronym welches für eine systematische Dokumentation genutzt wird) mit dem ärztlichen Dienst ge-coacht.

Die Absolvierung des CAS und die konkrete Umsetzung im stationären psychiatrischen Rahmen rückt die ganzheitliche Beurteilung in der klinischen Praxis, Diagnostik und Behandlung gezielt im interprofessionellen Austausch ins Zentrum.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Die in diesem Modell notwendigen Organisationsstrukturen sind aus Sicht der Befragten erheblich. So wird ein umfassendes so genanntes Skilllab (d.h. sämtliche für die Befunderhebung notwendigen Instrumente sowie Stellwände oder Kabinen) im Workshop benötigt, in dem die in der Weiterbildung erlernten Fertigkeiten (Skills) trainiert werden können.

Weiter wird für die Durchführung des monatlichen Workshops in der ipw die Dozentin des CAS CADM von der Berner Fachhochschule bfh engagiert. Intern werden derzeit Trainerinnen und Trainer in CADM aufgebaut. Die Trainerinnen und Trainer haben einem Masterabschluss in Pflege und befinden sich teilweise zusätzlich im Promotionsstudium. Der Einbezug der Trainierenden hat zum Ziel, mittelfristig die Workshops in der ipw selbständig leiten zu können.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbildung an der bfh 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interne Kosten für Erarbeitung des Curriculums ▪ Übernahme der Weiterbildungskosten für die CADM Studierenden der ipw 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übernahme der Weiterbildungskosten der nachfolgenden CADM Studierenden der ipw ▪ Indirekte Kosten durch Arbeitsausfall der CAS Studierenden ▪ Wiederkehrende Administration: Jahresplanung, Korrespondenz, Vorbereitungsaufträge, etc. Ca. 15% der Administration für CADM
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training nach CAS Abschluss 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abschluss eines Kooperationsvertrages mit der bfh ▪ Koordination und interne Absprachen mit der Pflegedirektion, Pflegelinie und der ärztlichen Direktion ▪ Sekretariatsunterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monatlich 5h Coaching im Gruppensetting durch Trainer für Workshops (Arbeitsausfälle dieser Pflegefachpersonen) ▪ Salär der Dozentin der bfh für den Aufwand von monatlich sieben Lektionen ▪ Zeitressourcen für den Aufbau der ipw internen Trainer, Trainerin ▪ Aufwand für ipw interne Projektverantwortliche (ca. 15%) ▪ Sekretariatsunterstützung ▪ Wiederkehrende strategiebezogene Koordination, inhaltliche Planung der Workshops und Administration: evaluative Rückmeldungen an Ärztedienst, Pflegelinie, etc. über aktuelles Vorgehen
Technisch infrastrukturell		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterbildung an der bfh 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infrastruktur der bfh ▪ Unterrichtsräume in der ipw 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infrastruktur der bfh ▪ Unterrichtsräume in der ipw
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Training nach CAS Abschluss in der ipw 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stellwände für Skilllab anfertigen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stellwände für Skilllab ▪ Instrumente der Befunderhebung

³¹ SOAP = Subjektive Daten, objektive Daten, Assessment/Analyse und Planung.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
	<ul style="list-style-type: none"> Instrumente der Befunderhebung 	<ul style="list-style-type: none"> Ausleihen der Untersuchungsliegen für die Workshops der einzelnen Stationen Räume in der ipw

3.3.2 Nutzen und Nutzung



Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* wird aus Sicht der Befragten festgestellt, dass die Ausbildung (bei Fachpersonen mit einem Bachelorabschluss in Pflege) bzw. Weiterbildung (bei Fachpersonen der Höheren Fachschule, HF) für den Praxisalltag als sehr wertvoll empfunden wird. Dies geht aus Intervisionen hervor, bei denen sich die Absolventeninnen und Absolventen mit deutlich breiteren und fundierteren Fachkenntnissen einbringen können.

Hinsichtlich der *Nutzung des Modells* ist aus Sicht der Befragten festzuhalten, dass das Modell noch sehr jung ist und zum Zeitpunkt der Analyse erst 17 Personen den Ausbildungsgang erfolgreich absolviert haben.

Derzeit wird im Rahmen einer Kooperation mit der ZHAW³² eine Evaluation der Nachhaltigkeitssicherung der aktiven Anwendung der CADM Kompetenz vorgenommen. Die Evaluation wird durch psychiatrische Pflegefachpersonen im Rahmen von drei studentischen Forschungsprojekten zur Erlangung des Masters in Pflege durchgeführt. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, die Nachhaltigkeit dieses Modelles der guten Praxis zu vertiefen und zu sichern.

Sicht der Patientinnen und Patienten³³:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird begrüsst, dass das Modell eine ganzheitliche Betrachtung der Erkrankten verfolgt und bereits in der Ausbildung der Fachpersonen auf diese Betrachtungsweise fokussiert. So findet bei den zukünftigen behandelnden medizinischen Fachpersonen früh eine Sensibilisierung statt, was sich idealerweise im Praxisalltag äussert und die Haltung auch gelebt wird.

3.3.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:



Chancen des Modells

Die Weiterbildung und Wissenserweiterung der somatischen Fachkompetenz führen zur Verbesserung und Optimierung der ganzheitlichen Pflege für die psychiatrisch Pflegenden.

Die Kompetenzerweiterung ist eine langfristige Investition in die Qualität der Versorgung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten mit komorbiden somatischen Beschwerden.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Mit dem Weiterbildungslehrgang ist eine gewisse Lernphase verbunden, bevor in die effektive Nutzungsphase übergegangen werden kann. Dies ist bedingt durch die spezifischen Bedingungen des stationären Settings.

³² ZHAW = Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

³³ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

Gemäss der Befragten ist die Anwendung des CADM in der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie etwas schwieriger. Dies weil dort vorwiegend ein Gesprächssetting vorzufinden ist und die somatische Abklärungssituation für die Patientinnen und Patienten auf den ersten Blick weniger nahe liegt und weniger bereit sind, über somatische Beschwerden zu berichten. Ebenfalls sind die in diesem Setting tätigen psychiatrischen Fachpersonen meist ebenfalls somatisch weniger gut ausgebildet. Im Bereich der Alterspsychiatrie ist die Multimorbidität grundsätzlich grösser und die somatischen Beschwerden zahlreicher, weshalb die dort tätigen Fachpersonen die erlernten Kompetenzen häufiger einsetzen können. Zudem ist im Arbeitsalltag nicht immer genügend Zeit für die notwendigen Praxisbeispiele oder einen Austausch mit anderen Fachpersonen vorhanden, was den Erwerb einer qualifizierten, reflektierten Routine verzögern kann.

Eine weitere Herausforderung ist die Tatsache, dass die Stellenschlüssel im stationären Bereich zunehmend enger werden. Dies kann dazu führen, dass weniger Zeit und Ressourcen für den Kernauftrag der (Pflege-) Mitarbeitenden zur Verfügung steht. Daher ist für die institutionelle Umsetzung des Modells, also das Anbieten der Möglichkeit zum Erwerb der CADM-Kompetenzen mittels des Lehrgangs, ein verstärktes Engagement umso notwendiger.

Sicht der Patientinnen und Patienten³⁴:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten besteht die Gefahr, dass in der Ausbildung dennoch eine zu starke Spezialisierung auf eine Fachrichtung stattfinden könnte. Das Modell erfordert eine grosse Offenheit der Anwendenden, über die Grenzen des eigenen Fachbereichs zu schauen. Die Einstellung muss stark verinnerlicht werden, um automatisiert handlungssteuernd zu werden.

3.3.4 Lessons learned und Materialien

Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die entstehenden Abwesenheiten während der Weiterbildung sowie die notwendigen Trainings der Kompetenzen während und nach der Weiterbildung sind im Praxisalltag einzukalkulieren.

Arbeitsinstrumente

- Die grossen Investitionen in den Weiterbildungslehrgang haben sich kurzfristig bereits gelohnt. Der subjektive Mehrwert der Weiterbildung für den Praxisalltag wird von den Pflegenden hervorgehoben. Jedoch ist zu beachten, dass sich die objektiven und messbaren Effekte der Weiterbildung auf die Patientenbehandlung erst längerfristig zeigen werden. Entsprechend sind Nachhaltigkeitssicherungen, das heisst, der langfristige Nutzen für Anwendende und Patientinnen und Patienten, noch auszubauen.
- Für die nachhaltige Wissenssicherung und Qualitätssicherstellung bei der Anwendung der erlernten Skills ist es notwendig, die ausbildende Dozentin längerfristig einzubeziehen. Somit sind längerfristige personelle Investitionen notwendig und der Aufbau ipw interner CADM Trainerinnen und Trainer unerlässlich.
- Längerfristig soll das GEP^{PSY} stationär die Erhebung standardmässig komplettieren, mit den aktuellen Ressourcen ist dies noch nicht umsetzbar.

³⁴ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

Einstellungen und Haltungen

- Der Einbezug mehrerer Hierarchiestufen für die Schaffung der diesbezüglichen Weiterbildungskooperation mit der Berner Fachhochschule bfh und die Etablierung der spezifischen Erhebungsmethoden des CADM erwiesen sich als sinnvoll.
- Die sorgfältige Rekrutierung, das heisst, die Auswahl der Studierenden, welche für diesen CAS geeignet sind, wird als sehr zentral betrachtet. Geeignet sind Personen, die motiviert und selbstsicher sind, eine Pionierrolle einzunehmen und eine hohe Lernbereitschaft mit sich bringen. Ein gutes Mittelmass an Fordern, Fördern und Schützen ist angezeigt, da die neuen Kompetenzbereiche, die den Pflegenden nach der Weiterbildung zugesprochen werden, anspruchsvoll sind.
- Die Motivation und Teilnahmebereitschaft bei den Pflegenden sind zu fördern und aufrechtzuerhalten, was durch eine geeignete Organisation und Durchführung, welche mit dem Berufsalltag verträglich ist, erreicht werden kann.
- Eine sorgfältige Evaluation ist für die Weiterführung unerlässlich. Der Nutzen für psychisch Erkrankte im stationären Setting ist bereits in dieser Entwicklungsphase ersichtlich.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage ipw:** <https://ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/home.htm>
- **CAS Clinical Assessment & Decision Making:** https://www.gesundheit.bfh.ch/nc/de/veranstaltungen_details.html?kursid=806

3.4 Breit konzipierte Koordination zwischen Akutsomatik und Psychiatrie inkl. Fokus auf Koordinationsfunktion von Pflegefachpersonen der Solothurner Spitäler AG (soH)

Das Wichtigste in Kürze

Die Solothurner Spitäler AG ist eine Spitalgruppe, bestehend aus drei somatischen Spitälern (Bürgerspital Solothurn, Kantonsspital Olten, Spital Dornach), den Psychiatrischen Diensten sowie weiteren ambulanten Zentren. Das Modell zielt auf die Verbesserung der Verbindung und Koordination zwischen der Akutsomatik und der Psychiatrie im Bereich der Pflege. Dabei nimmt die Pflege eine zentrale Koordinationsfunktion bei der Verlegung ein. Weiter sind Angebote etabliert, welche die Bereiche Akutsomatik und Psychiatrie gemeinsam nutzen, etwa die Wundsprechstunde.

Region: Solothurn

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutzniessende:** Stationäre psychiatrisch/somatisch komorbide Patientinnen und Patienten der Solothurner Spitäler AG
- **Anwendende:** Pflegefachpersonen, Pflegeexpertinnen der Solothurner Spitäler AG

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Standardisierte Koordination der Verlegung von psychiatrisch/somatisch komorbiden Patientinnen und Patienten zwischen den Abteilungen und/oder Institutionen
- Ressourcenarme Umsetzung
- Unkomplizierter Zugang zur Wundsprechstunde für die Psychiatrie, bei Bedarf Fallbesprechungen in den Pflegeteams
- Potential der Kostensenkung durch koordinierte Verlegung

3.4.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das Modell wurde 2015 von zwei Pflegeexpertinnen und den Pflegedienstleitungen der Solothurner Spitäler (soH) initiiert. Die Idee ging aus einem Vorfall hervor, bei welchem ein Patient an der Schnittstelle Akutpsychiatrie und Akutsomatik unzureichend versorgt worden ist. Durch eine verbesserte Koordination im Bereich der Pflege wollte man weiteren solchen Fällen vorbeugen. Weiter hat die Tatsache, dass sich Patientinnen und Patienten teilweise nicht auf der ihrer Symptomatik entsprechenden Abteilung befanden, dazu geführt, die Verlegungspraxis zu optimieren. In Folge dessen erarbeiteten zwei Pflegeexpertinnen der Solothurner Spitäler ein Konzept. Im Zentrum des Konzepts steht die koordinierte Verlegung von Patientinnen und Patienten zwischen den Institutionen oder Spitalabteilungen. Dabei übernehmen Pflegeexpertinnen die Koordinationsfunktion und stehen primär im Kontakt mit dem Pflegepersonal der empfangenden Abteilung oder mit den zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Im weiteren Verlauf sind Fallbesprechungen in der Akutsomatik zu psychiatrischen Themen dazu gekommen. Die Wundsprechstunde im Spital wird auch von der Psychiatrie genutzt. Die Pflegefachpersonen der Psychiatrie können unkompliziert mit der Wundberaterin Kontakt aufnehmen. Das Modell wird seit der Entstehung der Idee umgesetzt und gehört heute zum institutionalisierten Vorgehen.



Ziel-/Nutzergruppe

Nachfolgend werden die Zielgruppe (d.h. Leistungsempfangende) und Nutzergruppe (d.h. Leistungserbringende) des Modells beschrieben:

Zielgruppen sind stationäre Patientinnen und Patienten der Solothurner Spitäler, welche somatisch und/oder psychiatrisch erkrankt sind und eine Verlegung in die jeweils andere Abteilung angezeigt ist. Die Betroffenen leiden beispielsweise an Abhängigkeitserkrankungen, alterspsychiatrischen Symptomen wie Delir oder Demenz, schizoaffektiven Erkrankungen oder haben schwere körperliche Erkrankungen und damit verbundene psychiatrische Krankheiten (z.B. Depression). Die Patientinnen und Patienten sind in ihrer Funktionalität eingeschränkt und haben ein Risiko, in der psychiatrischen und somatischen Rehabilitation überfordert zu sein.

Die *Nutzungsgruppe* ist vorwiegend die Gruppe der Pflegenden der Solothurner Spitäler, wobei insbesondere die dortigen leitenden Pflegeexpertinnen eine zentrale Rolle haben, um die Verlegung zu koordinieren.



Angebotene Leistungen

Die Spitalgruppe der Solothurner Spitäler AG setzt die Koordination und Verbesserung der Verbindung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie im Bereich der Pflege mittels verschiedener Gefässe um. Das zentrale Element ist die koordinierte Verlegung von Patientinnen und Patienten.

- *Verlegungen von Patientinnen und Patienten:* Das Prozedere bei Verlegungen zwischen der Akutsomatik und der Psychiatrie (in beide Richtungen) sind in einem schriftlichen Konzept definiert. Verlegungen werden in der Regel von der zuständigen Pflegefachperson an die zuständige Pflegeexpertin APN gemeldet. Diese nimmt Kontakt mit der zuständigen Pflegeexpertin der Akutsomatik bzw. Psychiatrie Kontakt auf und informiert telefonisch oder elektronisch über die bevorstehende oder bereits erfolgte Verlegung. Der Umfang dieses Austauschs richtet sich nach der Komplexität der Situation: Die Pflegeexpertinnen übernehmen dabei eine Koordinationsfunktion. Sie achten darauf, dass alle relevanten Informationen vorhanden sind, beraten die Pflegeteams, betreuen die betreffenden Patienten selber im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit und sind auch im Kontakt mit den zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Das Prozedere regelt, welche Dokumente, Medikamente etc. bei der Verlegung mitgegeben werden. Bei Bedarf telefonieren

die Pflegefachpersonen der Station zusätzlich miteinander. Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrie, die für eine ambulante Untersuchung oder Abklärung ins somatische Spital verlegt werden, werden in der Regel von einer Pflegenden aus der Psychiatrie begleitet. Teilweise werden auch Patientinnen und Patienten begleitet, die aus der Psychiatrie stationär ins Spital eintreten.

Zu den weiteren Gefässen, welche die Verbindung der Bereiche Akutsomatik – Psychiatrie fördern, gehören:

- *Fallbesprechungen:* Bei Bedarf werden pflegerische Fallbesprechungen in der Akutsomatik zu psychiatrischen Themen durchgeführt. Es besteht keine Regelung dazu zur Häufigkeit oder den Inhalten. Meistens erfolgt die Anfrage über die Pflegeexpertin APN an die Kollegin der Psychiatrie.
- *Wundsprechstunde:* Es besteht eine gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen den Psychiatrischen Diensten und der Wundsprechstunde. Anfragen an die Wundexpertin sind einfach möglich (Mail, Foto). In einem ersten Schritt kann dann eine geeignete Wundbehandlung festgelegt werden, bei Bedarf erhalten Patientinnen und Patienten einen Termin in der Wundsprechstunde.
- *Begleitung von Patienten für ambulante Termine:* Für Patienten aus der Psychiatrie, die einen ambulanten Termin im Spital wahrnehmen (z.B. Diagnostik, ambulante Eingriffe, Nachkontrollen) organisiert das Pflege team in der Psychiatrie in der Regel eine Begleitung. Entweder begleitet eine Pflegeperson aus der Psychiatrie den Patienten oder der Patient wird beim Begleitungsteams des Spitals (Freiwillige) angemeldet.
- *Ärztlicher Konsiliardienst durch Psychiaterinnen und Psychiater in den somatischen Standorten:* Dabei geht es um die Beratung für die medikamentöse Therapie und um die Einschätzung, ob eine Verlegung in die Psychiatrie angezeigt ist.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Sowohl für die Entstehung als auch die laufende Umsetzung werden keine speziellen Organisationsstrukturen oder zusätzliche personelle oder technisch infrastrukturelle Ressourcen benötigt. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen des regulären Arbeitsalltags der Pflege. Einzig für die leitenden Pflegeexpertinnen ergibt sich ein etwas grösserer Zeitaufwand für die mit der Koordination verbundenen Tätigkeiten wie Kommunikation mit den empfangenden oder zuweisenden Abteilungen.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend ³⁵
Personell		
Konzept Verlegung von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Pflegeexpertinnen ▪ Instruktionen und Schulungen innerhalb der regulären Stationsleitungssitzungen und Teamsitzungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mind. 1 APN zur Sicherstellung der Grundversorgung ▪ Psychiatrische Dienste: 180% (2x 90%) für 120 Betten ▪ KSP Olten: 280% (3 Personen) ▪ Bürgerspital: 240% ▪ Intensivstationen Olten und Bürgerspital: 40% ▪ 130% Masterstudentinnen ▪ 100% Leiter Pflegeentwicklung ▪ Pflegefachpersonen und Freiwillige für die Begleitung der Patienten (erfolgt stundenweise)

³⁵ Dies sind die Ressourcen der Abteilungsinvolverten Fachpersonen, nicht spezifisch für die Verlegung notwendig.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend ³⁵
Technisch infrastrukturell		
Konzept Verlegung von Patientinnen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Büromaterial 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 seitige Tabelle mit Instruktionen ▪ Bestehende elektronische Software ▪ Telefonie, Email, Internet

3.4.2 Nutzen und Nutzung

Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* wird aus Sicht der Befragten festgestellt, dass das Vorgehen der Verlegung sehr pragmatisch, das heisst, praxisnah, anwendungsbezogen und anwendungsfreundlich gestaltet ist. Weiter gewinnen die Pflegenden an Sicherheit, was zu tun ist oder wo sie nachfragen können. Weiter erfahren die Patientinnen und Patienten einen dahingehenden Nutzen, als dass sie umfassender und ganzheitlicher medizinisch beurteilt und behandelt werden. Dadurch gestalten sich Heilungsprognosen als vielversprechender. Durch das Vorgehen wird die Patientenzentriertheit der Versorgungspraxis offensichtlicher, Patientinnen und Patienten und ihre Familie fühlen sich dadurch ernster genommen.

Hinsichtlich der *Nutzung des Modells* kann aus Sicht der Befragten festgehalten werden, dass Verlegungen von der Akutsomatik in die Psychiatrie oder von der Psychiatrie in die Akutsomatik gemäss Vorgehen ca. 3-5mal wöchentlich stattfinden. Es wird festgestellt, dass Patientinnen und Patienten häufiger auf der ihrer Symptomatik entsprechenden Abteilung sind. So gestaltet sich die Ausgangslage für die erfolgreiche Behandlung optimaler.

Eine Evaluation des Modells ist nicht vorliegend, die Bewertung des Nutzens und der Nutzung ist eine subjektive Einschätzung der Modellentwickelnden und Anwendenden.

Sicht der Patientinnen und Patienten³⁶:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten bewirkt das Modell einen gegenseitigen Wissensaufbau bei den Fachpersonen durch den gezielten Dialog. Dieser wird durch die Abläufe verstärkt bzw. er ist zwingend für den zielführenden Ablauf. Als weiteren Nutzen erkennen die Workshop-Teilnehmenden die mit dem Modell verbundenen kurzen Kommunikations- und Behandlungswege.

3.4.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:

Chancen des Modells

Durch die koordinierte Verlegungspraxis können allenfalls Kosten eingespart werden, die durch die Folgen einer Nichtverlegung entstehen würden. Die Kostenverminderung kommt etwa dadurch zustande, weil die Patientinnen und Patienten rascher die notwendige und der Symptomatik angemessenen Behandlung erhalten.

Durch die Vernetzung zwischen den Institutionen entstehen ein regelmässiger Wissensaustausch und dadurch eine Qualitätssicherung. Sowohl Barrieren innerhalb einer Disziplin (Pflege), als auch zwischen den Fachbereichen (Akutsomatik – Psychiatrie) werden abgebaut.

Das Modell fördert den Informationsfluss zwischen den Fachleuten und führt zu einer effizienteren Behandlung bei der empfangenden Abteilung. Durch die erhaltene Vorinformation

³⁶ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

zum verlegten Patienten können infrastrukturelle, aber auch medizinische Vorkehrungen getroffen werden, was eine schnellere Behandlung zur Folge hat.

Das Modell fördert unspezifische Skills, so dass beispielsweise die Hemmschwelle beim Pflegepersonal, bei Unsicherheiten nachzufragen oder sich aktiver bei Fallbesprechungen teilzunehmen, deutlich gesenkt werden kann. Dadurch wird die Facharbeit gefördert.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Grundsätzlich gibt es wenige Herausforderungen bei der Umsetzung. Jedoch ist bei den involvierten Fachpersonen ein gewisses Mass an Flexibilität gefordert, da die Behandlung und Verlegung komplexer Patientinnen und Patienten in den Solothurner Spitälern Priorität hat gegenüber administrativen Arbeiten oder Sitzungen. Dies erfordert Verständnis bei den Mitarbeitenden und Kolleginnen und Kollegen, die im Spitalalltag involviert sind.

Da es teilweise sehr komplexe Fälle gibt, wird zunehmend auch die Involvierung der resp. der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und der therapeutischen Fachpersonen erforderlich. Aktuell ist das Modell vorwiegend pflegegeleitet. Interprofessionelle Absprachen, insbesondere zwischen unterschiedlichen Hierarchieebenen, sind etwas schwieriger aufgrund der Arbeitsbelastung beispielsweise der Oberärztinnen und Oberärzte. Es muss transparent geklärt sein, welche Patientinnen und Patienten auf oberärztlicher Ebene thematisiert und beurteilt werden müssen.

Sicht der Patientinnen und Patienten³⁷:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten fehlt der partizipative und dialogische Anteil für die Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Das heisst, die aktive Mitbestimmung, aber auch die Teilhabe am Austausch, kommen zu kurz. Weiter stellt sich die Frage der Finanzierung resp. der erfolgreichen Umsetzung unter dem oftmals existierenden ökonomischen Druck.

Bei diesem Modell sind Pflegefachpersonen die zentralen Akteurinnen und Akteure. Entsprechend ist es wichtig, dass die Kommunikation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen gut verläuft und die Funktionsbereiche und Verantwortlichkeiten mit anderen Berufsgruppen gut geklärt sind.

3.4.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die Schnittstellen zum ärztlichen Dienst muss weiter geklärt werden sowie eine offene Kommunikation nicht nur innerhalb der Pflege, sondern in allen Bereichen wie z.B. bzgl. Therapien, angestrebt werden
- Mindestens eine Pflegeperson mit APN-Profil³⁸ ist erforderlich, um den Fokus der somatischen medizinischen Versorgung zu gewährleisten.
- Die Vernetzung mit bestehenden Angeboten wie zum Beispiel den beratenden ärztlichen Konsiliardiensten der Psychiatrie und die Vernetzung auf allen Ebenen ist erstrebenswert.
- Für die Entwicklung eines Vorgehens oder von Kriterien sind alle involvierten Bereiche zu berücksichtigen und einzubeziehen.

³⁷ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

³⁸ Advanced Practice Nurse, Master of Science in Pflege.

Arbeitsinstrumente

- Die bestehende Infrastruktur sowie eine 2 seitige Tabelle sind für eine standardisierte und koordinierte Verlegungspraxis ausreichend.

Einstellungen und Haltungen

- Durch die umfassende Behandlung gewinnen auch Patientinnen und Patienten an mehr Krankheitseinsicht oder Krankheitswissen, was das Selbstmanagement verbessern kann.
- Durch die gute Koordination und Information wird eine hohe Zufriedenheit bei Angehörigen festgestellt.
- Evaluationen sind notwendig und stehen im Jahr 2018 an, so sollen die bei den Verlegungen häufig involvierten Abteilungen befragt werden, um allfällige Anpassungen vornehmen zu können.
- Das Comittment der Vorgesetzten oder Leitenden für die Einführung einer koordinierten Verlegungspraxis sollte gegeben sein.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage der SoH:** <https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/startseite.html>

3.5 Luzerner Track: Gemeinsamer Masterstudiengang Medizin angeboten durch die Universitäten Luzern und Zürich, Mantelmodul des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care Luzern (IHAM&CC) und der Luzerner Psychiatrie (lups) im Bachelorstudium

Das Wichtigste in Kürze

Bei diesem Modell handelt es sich um das Mantelmodul *symptomorientiertes Vorgehen in der hausärztlichen und psychiatrischen Praxis* das im Rahmen des gemeinsamen Masterstudiengangs (Joint Master Medizin – «Luzerner Track») der Universitäten Luzern und Zürich angeboten wird. Der Luzerner Track stellt ein Modell dar, welches bei der Grundausbildung der Medizinstudierenden und in der Facharztausbildung der angehenden Hausärztinnen und Hausärzte die Schnittstelle Akutsomatik und Psychiatrie gezielt fokussiert und stärkt.

Region: Zürich, Luzern

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutzniesende:** Unspezifische Gruppe von Patientinnen und Patienten, somatische, psychiatrische, ambulante, stationäre
- **Anwendende:** Medizinstudierende der Universität Zürich im Joint Master, medizinische Dozierende und Lehrärzte der Luzerner Psychiatrie und des Instituts Hausarztmedizin und Community Care Luzern

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Die gegenseitige Beeinflussung von Psyche und Akutsomatik wird bereits in der medizinischen Grundausbildung der Medizinstudierenden explizit hervorgehoben
- Die Behandlungsbereiche Diagnostik/Behandlung, Wissen, Entstigmatisierung und Versorgungssystem werden berücksichtigt
- Pioniermodell mit Potential zur Übertragung auf andere universitäre Ausbildungsstätten

3.5.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Der Luzerner Track ist ein gemeinsamer Masterstudiengang (Joint Master) der Universitäten Luzern und Zürich, der seinen Schwerpunkt auf eine praxisnahe Ausbildung setzt. Auslösend für die Zusammenarbeit der beiden Universitäten war ein Vorstoss im Jahr 2012, bei dem der Luzerner Kantonsrat die Machbarkeit einer eigenen medizinischen Fakultät für die Universität Luzern abklären liess. Der Joint Master, anstelle einer eigenen Fakultät, bildete die massgeschneiderte Lösung. Dabei absolvieren die Medizinstudierenden Lehrveranstaltungen an beiden Universitäten und schliessen mit einem gemeinsamen Diplom (Joint degree) ab.

Im November 2016 hat der Bund bzw. der Hochschulrat im Rahmen der Strategie gegen den Ärztemangel³⁹ Projekte für zusätzliche Abschlüsse in der Humanmedizin bewilligt. Im Zuge dessen haben die Universitäten Zürich und Luzern eine einmalige Anschubfinanzierung erhalten, mit welcher der gemeinsame Masterstudiengang Medizin (Joint Master Medizin – «Luzerner Track») entwickelt. Dieser Studiengang umfasst unter anderem ein obligatorisches Mantelmodul, das die Schnittstelle Akutsomatik und Psychiatrie thematisiert. Der Bedarf an einem solchen Ausbildungsmodul, welches die Akutsomatik und Psychiatrie kombiniert, ist darauf begründet, dass einerseits in der Psychiatrie zunehmend somatische Problematiken beobachtet werden und andererseits in der Akutsomatik resp. Hausarztmedizin immer mehr psychiatrische Erkrankungen anzutreffen sind. Entsprechend sollen die angehenden Ärztinnen und Ärzte bereits im Studium vertiefte Kenntnisse der Akutsomatik und Psychiatrie kennenlernen.

Im September 2017 hat der erste Ausbildungsjahrgang von 40 Studierenden ihr Bachelor Medizinstudium in Zürich aufgenommen und im Frühjahrssemester 2018 ein erstes Einführungsmodul durch Luzerner Dozierende absolviert. Dieser erste Ausbildungsjahrgang wird ab 2020 das Masterstudium mit Immatrikulation an der Universität Luzern aufnehmen.



Ziel-/Nutzergruppe

Zielgruppen und *Nutzungsgruppe* sind pro Ausbildungsjahrgang 40 Medizinstudierende, welche sich für den spezifischen Joint Masterstudiengang entscheiden. Die nutzniessende Patientengruppe kann nicht konkretisiert werden, grundsätzlich können sowohl psychiatrische, somatische, somato-psychische, psycho-somatische Patientinnen und Patienten von den erlernten Kenntnissen der Leistungserbringenden profitieren.




Angebotene Leistungen

Im Rahmen dieses Joint Masterstudiengangs wird ein obligatorisches Modul mit dem Titel «symptomorientiertes Vorgehen in der hausärztlichen und psychiatrischen Praxis» angeboten. Es umfasst 8 Halbtage, wobei 3 Halbtage durch die Luzerner Psychiatrie (LUPS) und 3 Halbtage durch die Hausärzte des Instituts für Hausarztmedizin und Community Care Luzern (IHAM&CC) und 2 Halbtage in gemeinsamer Leitung bestritten werden.

Die Themenschwerpunkte des Mantelmoduls sind unter anderem Depression und Sucht sowie Notfallmedizin. Insgesamt wird während sechs Monaten relevantes psychiatrisches Wissen vermittelt, was einem hohen Anteil der Ausbildungszeit entspricht. Die Methodik der Veranstaltungen ist breit gewählt und reicht von Inputreferaten zu Patientenvorstellungen, selbstorganisierten Arbeitsgruppen mit themenbezogenen Aufgaben.

³⁹ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/strategie-gegen-aerztmangel.html>, (17.10.2018).

 **Organisationsstrukturen und Ressourcen**

Die Organisationsstrukturen bilden die beiden Universitäten Zürich und Luzern, wobei letztere die Federführung bei der Entwicklung des Mantelmoduls innehatte. Für den Gruppen- und Einzelunterricht der Joint Master Studierende werden Lehrärztinnen und Lehrärzte aus der Zentralschweiz engagiert.


Der Bund unterstützte den Joint Master Medizin einmalig mit 7 Millionen Franken im Rahmen der Strategie gegen den Ärztemangel. Dieser Beitrag ist für die Aufbaujahre 2017 bis 2020 bestimmt. In diesem Zeitraum befinden sich die Studierenden im Bachelorstudium. Mit Beginn der Masterausbildung, das heisst, ab 2020, lässt sich ein Grossteil der Kosten mit den jährlichen Grundbeiträgen des Bundes und der Kantone für ihre Studierende decken.

Das Modell kann auf verschiedene Kooperationspartner⁴⁰ und Partnerorganisationen⁴¹ unter anderem aus der Region Luzern zählen, welche durch die Erhöhung des Vereins-Mitgliederbeitrages finanzielle Unterstützung des Modells leisten.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
	<ul style="list-style-type: none"> CHF 7 Mio. Anschubfinanzierung, danach selbsttragend 	<ul style="list-style-type: none"> Honorar für ca. 10-12 Dozentinnen und Dozenten; Lehrärztinnen und Lehrärzte
Technisch infrastrukturell		
	<ul style="list-style-type: none"> Bestehende Infrastruktur der Universitäten, keine zusätzlichen Ressourcen notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> Bestehende Infrastruktur der Universitäten, keine zusätzlichen Ressourcen notwendig

3.5.2 Nutzen und Nutzung

 **Nutzen und Nutzung**

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* wird aus Sicht der Befragten festgestellt, dass durch die Etablierung der Thematik in der Grundausbildung der angehenden Mediziner/innen bereits früh im Ausbildungsprozess auf die Schnittstelle Psychiatrie und Akutsomatik sensibilisiert wird und praktische Fertigkeiten erworben werden. Die Zusammensetzung der Ausbildungsinhalte wird von den Modellentwickelnden als hochattraktiv eingeschätzt.

Hinsichtlich der *Nutzung des Modells* kann aus Sicht der Befragten festgehalten werden, dass im ersten Durchgang bereits die maximale Anzahl von 40 Studienplätzen erreicht werden konnte und somit das Interesse als sehr gross einzuschätzen ist.

Eine Evaluation soll im Rahmen der regulären Lehrveranstaltungsevaluation stattfinden.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁴²:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird der frühe Start des Wissenstransfers und der Verständnisförderung begrüsst und als Chance betrachtet. Sie erkennen im Modell einen sinnvollen Türöffner für die interdisziplinäre, multiprofessionelle Zusammenarbeit.

⁴⁰ Departement Health Science and Health Policy sowie Cluster Functioning and Health (Universität Luzern).

⁴¹ Schweizer Paraplegiker-Forschung SPF, Schweizerisches Paraplegiker-Zentrum SPZ, Schweizer Paraplegiker-Vereinigung SPV, Luzerner Kantonsspital LUKS.

⁴² Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

3.5.3 Chancen und Herausforderungen des Modells



Chancen des Modells

Der Joint Master bietet aus Sicht der federführenden Regierungsräte, Projektleiterin und des Rektors der Universität Luzern einen Mehrwert für die angehenden Ärztinnen und Ärzte, aber auch für die Patientinnen und Patienten, welche in Zukunft auf eine gute und ausreichende Gesundheitsversorgung zählen dürfen⁴³.

Die Zusammensetzung und Aufbaustruktur der Ausbildung bringt weiter eine hohe Intensität an Krankheitswissen sowie Wissen zu Schnittstellen und Komorbiditäten mit sich. Weiter wird das Modell von vielzähligen Kooperationspartnerinnen und -partner und Partnerorganisationen finanziell unterstützt. Als Partnerinstitutionen sind die folgenden zu nennen: Luzerner Kantonsspital (LUKS), Luzerner Psychiatrie (LUPS), Hirslanden Klinik St. Anna Luzern, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil, Institut für Hausarztmedizin & Care Community Luzern, Lehrärzte aus Hausarztpraxen⁴⁴. Dadurch ist sowohl die finanzielle Sicherung wie auch die breite Akzeptanz gewährleistet. Durch die Beteiligung von mehreren renommierten Institutionen aus unterschiedlichen geografischen Standorten kann eine breite nationale Akzeptanz erreicht werden.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Aktuell sind keine relevanten umsetzungsbezogenen Herausforderungen oder negativen Erfahrungen bekannt oder festgestellt worden. Das Angebot ist bei den Studierenden sehr gefragt und alle verfügbaren Plätze sind vergeben worden.

Potentielle Herausforderungen könnten gewisse Aspekte im Rahmen des klinischen praktischen Trainings darstellen, etwa das Durchführen Interviews mit «echten» Patientinnen und Patienten, da diese zum Zeitpunkt der Ausbildung schwierig zu erreichen sind.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁴⁵:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sind die im Modell vorgesehenen Ausbildungstage knapp bemessen. Der Praxisbezug resp. der Einbezug von Betroffenen sowie von Peers innerhalb der Veranstaltungen scheint zu fehlen und wird als zwingend erachtet.

3.5.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die organisationale Struktur der Kooperation von mehreren Institutionen schaffen Synergien hinsichtlich der Finanzierung, aber auch des Wissenstransfers
- Die frühe Sensibilisierung der angehenden Fachpersonen (hier der Auszubildenden Mediziner/innen) ist anzustreben.
- Die frühe praktische Erfahrung der Akteure mit Schnittstellenthematiken ist wertvoll.
- Evaluationen im Ausbildungsverlauf und nach Erhalt des Diploms beim ersten Ausbildungsjahrgang sind angezeigt und geplant.

⁴³ Vgl. Medienmitteilung zum Joint Master: https://newsletter.lu.ch/inxmail/html_mail.jsp?params=11055+dave.schlaepfer%40unilu.ch+0+000bz2q0000ti00000000ewhxpghisr, (17.10.2018).

⁴⁴ Vgl. Flyer zum Joint Master: https://www.unilu.ch/fileadmin/shared/Broschueren/Download/Joint_Master_Medizin.pdf, (17.10.2018).

⁴⁵ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

Einstellungen und Haltungen

- Das Mantelmodul wird als eines der wichtigsten Modelle erachtet, dass die beiden Institutionen ausgearbeitet haben. Die feste Etablierung der Verbindung von Akutsomatik und Psychiatrie in der Aus- und Weiterbildung im Curriculum gilt als sehr wichtige Errungenschaft.
- Eine Evaluation bei den Studierenden der ersten Kohorte wird ab Herbst 2019 durchgeführt.
- Inwiefern die Aus- und Weiterbildung sich für die Nutzer- und Zielgruppe im Praxisalltag auswirkt, resp. die Bedeutung für den Praxisalltag, wird erst im Wahlstudienjahr (5. Studienjahr) bzw. in der klinischen Weiterbildung zum Facharzt nach Absolvierung des Studiums evaluierbar sein.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage des Instituts für Hausarztmedizin & Community Care Luzern:** www.iham-cc.ch
- **Flyer Joint Master:** https://www.unilu.ch/fileadmin/shared/Broschueren/Download/Joint_Master_Medizin.pdf
- **Homepages der Universität, Luzerner Track:** <https://www.unilu.ch/studium/studienangebot/master/kultur-und-sozialwissenschaftliche-fakultaet/medizin/>
- **Homepage der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich:** <https://www.med.uzh.ch/de.html>

3.6 Interdisziplinäre Fortbildungen des Hausarztvereins Luzern Reuss

Das Wichtigste in Kürze

Im Rahmen dieses Modells werden viermal jährlich interdisziplinäre Fortbildungen und Fachaustausche durchgeführt von und für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weiteren verschiedenen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten (u.a. Psychiaterinnen und Psychiater). Dabei sind die für die jeweiligen Veranstaltungen gewählten Themen Fachgebiet übergreifend und beinhalten Inhalte der Psychiatrie und der Akutsomatik. Zusätzlich bilden die Mitglieder des Hausarztvereins Studierende und Assistenzärztinnen und Assistenzärzte aus und sind in verschiedenen weiteren Projekten involviert.

Region: Luzern

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutznliessende:** Ambulante psychiatrische und/oder somatische Patientinnen und Patienten, komorbide Patientinnen und Patienten
- **Anwendende:** Hausärztinnen und Hausärzte der Region Luzern

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Sehr einfache Übertragbarkeit auf andere Regionen, Settings, Berufsgruppen
- Wenige zeitliche, finanzielle und infrastrukturelle Ressourcen notwendig für Etablierung und Umsetzung
- Sehr breiter thematischer Fokus möglich (Akutsomatik, Psychiatrie, Schnittstellen)
- Langjähriges Bestehen spricht für die Nachfrage eines solchen Gefässes bei den involvierten Berufsgruppen
- Niederschwelligkeit

3.6.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Das Modell geht aus dem im Jahre 1998 von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus der Region Luzern / Horw gegründeten Hausarztverein Luzern-Reuss hervor. Zu dieser Zeit wurden im Bereich der Hausarztmedizin vermehrt Gruppenpraxen formiert, welche teilweise mit tieferen Tarifen arbeiten konnten. So entstand durch die Eröffnung von vier HMO-Praxen⁴⁶ in der Stadt Luzern eine gewisse Konkurrenzsituation unter der Hausärzteschaft. Zudem existierte aber auch der Wunsch nach einer vermehrten Zusammenarbeit wie auch einem intensivierten Fachaustausch unter den Fachkolleginnen und Fachkollegen. Vor diesem Hintergrund wurde der Hausarztverein gegründet.

Mit der Einführung von HMO-Praxen fand weiter ein Paradigmenwechsel vom Arzt als Einzelkämpfer hin zum Arzt als Teamplayer statt. Die gegenseitige Annäherung, die offene Haltung, aber auch durch das Durchführen von Qualitätszirkeln und Fortbildungen in freundlich-kritischer Atmosphäre verstärkte das Zusammengehörigkeitsgefühl unter seinesgleichen. Zu den ursprünglichen Aktivitäten der Hausarztvereinsmitglieder gehörten gegenseitiges Hospitieren während Sprechstunden in der Hausarztpraxis. Ebenso steht der Verein auch Fachspezialistinnen und Fachspezialisten aus den Bereichen Psychiatrie, Pneumologie, Kardiologie, Neurologie, Endokrinologie offen.

Das Modell in seiner heutigen Form wurde 2013 initiiert und besteht seither.



Ziel-/Nutzergruppe

Zielgruppen und somit Leistungsempfangende sind grundsätzlich alle Patientinnen und Patienten der im Verein vertretenen Disziplinen wie z.B. psychisch/psychiatrisch, endokrinologisch, internistisch erkrankte Personen.

Die *Nutzungsgruppe* und somit Leistungserbringende sind Fachleute aus den Bereichen Hausarztmedizin, Psychiatrie, Pneumologie, Kardiologie, Neurologie, Endokrinologie, und steht jedoch auch weiteren Disziplinen offen.



Angebotene Leistungen

Der Verein bietet interne Fortbildungen für seine Vereinsmitglieder an. Diese finden 4x jährlich statt und werden durch informelle Anlässe (z.B. Sommeranlass) und die jährliche Generalversammlung ergänzt.

Die bei den Fortbildungen zu behandelnden Themen wie auch die Verantwortlichkeiten werden im Vorjahr für das Folgejahr definiert und kommuniziert. Vorwiegend stehen Krankheits-symptome oder allgemeine Leitsymptome im Vordergrund, welche in vielen Disziplinen auftreten können und unterschiedliche somatische und/oder psychische Ursachen haben können, wie beispielsweise Hustenabklärungen, Schwindel oder Schmerzen. Durch die verschiedenen Fachrichtungen der Teilnehmenden werden verschiedene Zugänge für Diagnostik und Behandlung geschaffen.

Weiter fanden auch gegenseitige Hospitationen statt.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Das Modell basiert auf einer Vereinsstruktur, wobei der Verein entsprechend über einen Vorstand von drei Personen verfügt. Zusätzlich ist eine Person sporadisch für die Fortbildungen zuständig. Die Methodik und Durchführung sind angelehnt an Balint-Gruppen.

⁴⁶ HMO-Praxis (Health Maintenance Organisation): Gruppenpraxis, in der neben Allgemeinpraktizierenden auch Fachärztinnen und Fachärzte sowie Therapeuten diverser Fachrichtungen tätig sind.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
	<ul style="list-style-type: none"> Ehrenamtliche, ausserberufliche Tätigkeiten der Vereinsmitglieder 	<ul style="list-style-type: none"> 1 Person für sporadische Administration Ehrenamtliche, ausserberufliche Tätigkeiten der Vereinsmitglieder
Technisch infrastrukturell		
	<ul style="list-style-type: none"> Faxgeräte für Kommunikation zwischen den Fachpersonen (abgelöst durch Email) 	<ul style="list-style-type: none"> Konferenzraum in Hotelrestaurant, Miete für 2h. Bei Bedarf Beamer, Flipcharts, etc.

3.6.2 Nutzen und Nutzung

Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* wird aus Sicht der Befragten festgestellt, dass die ursprünglichen gegenseitigen Hospitationen während den Sprechstunden von den Patientinnen und Patienten sehr positiv aufgenommen worden sind und somit einem Bedürfnis entsprechen.

Hinsichtlich der *Nutzung des Modells* kann aus Sicht der Befragten festgehalten werden, dass es sich um ein niederschwelliges Modell handelt, welches aufgrund der lockeren Strukturen auch eine freiwillige Teilnahme erlaubt. Entsprechend sind die Treffen nur fakultativ und erhalten im Falle einer erhöhten Gesamtarbeitsbelastung keine Priorität. Die 4x jährliche Durchführung scheint passend, eine höhere Frequenz wäre im Sinne einer Optimierung wünschenswert, jedoch nicht zwingend.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁴⁷:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird die persönliche Vernetzung und die resultierende rechtzeitige Behandlung als Gewinn betrachtet. Als weiterer Nutzen wird hervorgehoben, dass das Modell im ambulanten Setting stattfindet und konkret von Hausärztinnen und Hausärzten umgesetzt wird. Dies, weil diese Fachpersonengruppe oftmals die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten darstellt und sie daher eine wichtige Position in der Behandlungskette einnehmen.

3.6.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:

Chancen des Modells

Die lockeren Rahmenbedingungen entsprechen den Bedürfnissen der Vereinsmitglieder, eine stärkere Professionalisierung oder der Einbezug einer fachkundigen moderierenden Person wäre möglich, im Moment aber nicht geplant.

Die Besetzung eines Vertreters aus der Psychiatrie oder Psychologie im Verein ist zwar keine explizite Voraussetzung. Die psychiatriespezifische Betrachtungsweise von vordergründig somatischen Erkrankungen wird jedoch als sehr gewinnbringend erachtet, da die Disziplinen implizit oder explizit andere Denkweisen praktizieren und so eine sinnvolle Ergänzung und Ganzheitlichkeit bei der Fallbesprechung erreicht wird.

⁴⁷ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

Die Teilhabe an der Ausbildung der Studierenden und Assistenzärzte/innen leistet darüber hinaus ein Beitrag gegen den Hausärztemangel.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Es werden keine konkreten Herausforderungen bei der Umsetzung geortet. Einzig die Freiwilligkeit der aktiven Teilhabe und Teilnahme vor dem Hintergrund der unter hoher Arbeitsbelastung in diesem Metier, könnte ein Risiko für das langfristige Weiterbestehen darstellen.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁴⁸:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sind die Psychiaterinnen und Psychiater zu wenig stark eingebunden. Ihnen sollte eine aktivere Rolle zukommen. Weiter könnte der bisher fehlende Einbezug von Peers gewinnbringend sein für die Akteurinnen und Akteure und sich auch auf den Nutzen der Patientinnen und Patienten auswirken.

3.6.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die gemeinsame Aufarbeitung von Problemstellungen könnte noch zielgerichteter und strukturierter erfolgen.
- Die lockeren Rahmenbedingungen und die geringe Anzahl Verbindlichkeiten sind erfolgsversprechend.

Arbeitsinstrumente

- Die Fälle werden von einem kleinen Kreis behandelt, weshalb keine Generalisierungen ihrer Erkenntnisse vorzunehmen sind.

Einstellungen und Haltungen

- Das Modell erfordert eine grosse freiwillige Bereitschaft ihrer Mitglieder und ehrenamtliche Ressourcen. Die Freiwilligkeit und die lockeren Strukturen bilden jedoch auch eine Chance und wirken attraktiv für die Teilnehmenden und Interessierte. Der Erfolg des Modells ist stark vom Interesse, Teilnahmebereitschaft, der Freiwilligkeit und den Bedürfnissen der einzelnen Teilnehmenden abhängig. Entsprechend ist der zwischenmenschliche Umgang zu pflegen, um diese motivationalen Faktoren aufrechtzuerhalten.
- Mitglieder, die finanzielle Anreize im Rahmen der Tätigkeit anstreben, wandern ab zu entsprechenden Gefässen. Die aktuellen Teilnehmenden schätzen die Interdisziplinarität als sehr wertvoll ein.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage des Hausarztvereins:** <https://www.hausarzt-luzern.ch/>

⁴⁸ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

3.7 Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV

Das Wichtigste in Kürze

Der *Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV* ist ein Konsiliar- und Liaison Dienst⁴⁹ (K+L-Dienst) des Universitätsspitals Lausanne (Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV). Konkret handelt es sich um eine psychiatrische Beratungsstelle in der Psychiatrie des CHUV resp. der universitären Poliklinik. Der Service steht den behandelnden somatischen Ärztinnen und Ärzten, aber auch den Patientinnen und Patienten direkt zur Verfügung. Dem Service kommt eine Koordinationsfunktion für die koordinierte Behandlung von psychisch und körperlich erkrankten Personen innerhalb des CHUV zu. Der Service umfasst in erster Linie drei grössere Abteilungen. Daneben existieren zwei weitere kleinere Einheiten (der psychiatrische Notfalldienst, Abteilung für ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung von Essstörungen), welche im Service integriert sind.

Region: Lausanne, Kanton VD

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutznliessende:** Stationäre und ambulante somatische, psychiatrische Patientinnen und Patienten des CHUV, Somatikerinnen und Somatiker des CHUV
- **Anwendende:** Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, psychiatrische Pflegendе, Sozialarbeitende, Somatikerinnen und Somatiker

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis**:

- Institutionalisierte, koordinierte und vernetzte Versorgung von Psychiatrie und Akutsomatik
- Langjähriges Bestehen und langjährige erfolgreiche Umsetzung (hohe Akzeptanz)
- Ganzheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten (somatisch, psychiatrisch, pflegerisch, bio-psycho-sozial)
- Adressiert die Handlungsbereiche Stigmatisierung, Diagnostik/Behandlung, Wissen, Versorgungssystem

3.7.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Lanciert wurde das Modell Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV zu Beginn der 1980er Jahre im Universitätsspital Lausanne (Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV). Initianten waren zwei erfahrene Psychiater (s.g. Senior Staff-Member), welche den Liaisonaspekt schon damals als wichtig erachtet hatten. In der Folge erweiterte sich der Service mehr organisch. Das heisst, die Schaffung und Etablierung des Modells erfolgten weitgehend ohne Konzepte oder Strategien. Die nachhaltige und fortlaufende Bewährung und Akzeptanz des Service führte dazu, diesen auf immer mehr medizinische Gebiete (Rheumatologie, Endokrinologie, Geburtshilfe, Palliative Care, Onkologie etc.) auszuweiten. Aufgrund der zunehmenden Nachfrage am Angebot wurde dieses immer mehr ausgebaut durch die Schaffung von Assistenzarztstellen und es wurden neue Ausbildungsplätze geschaffen.

Die somatischen Kliniken übernehmen die Kosten der psychiatrischen Fachkräfte, letztere sind aber hierarchisch am Service de Psychiatrie de Liaison angebunden und werden dort supervidiert. Später wurde der Service um weitere Psychologinnen und Psychologen, Pflegendе und Sozialarbeitende ergänzt. Der Vorteil hierbei ist, dass diese Berufsgruppe (Psychologinnen und Psychologen) in der Regel länger auf den Stationen verbleiben als Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und dadurch eine Stabilität und Kontinuität der Versorgung

⁴⁹ Konsiliar- und Liaison Dienste sind eine Subdisziplin der Psychiatrie/Psychotherapie, welche sich um diejenigen Patient/innen von Akutspitaler, Rehakliniken oder Pflegeeinrichtungen kümmern, die nebst der körperlichen Grundkrankheit ein psychisches/psychiatrisches Leiden aufweisen.

gewährleistet ist. Im Verlaufe der Jahre kam die Krankenpflege für die Behandlung chronischer psychiatrischer/somatischer Patientinnen und Patienten dazu. Aufgrund vieler bestehender bio-psycho-sozialer Problematiken nahm das CHUV auch Sozialarbeitende im Service de Psychiatrie de Liaison auf. Dass verschiedene Berufsgruppen und Fachleute im Modell integriert werden, basiert auf der Tatsache, dass nicht nur die Psychopathologie als zentral und ausschlaggebend für die Krankheitsentstehung und Genesung der Patientinnen und Patienten betrachtet wird, sondern auch pflegerische oder psychosoziale Aspekte.

Der Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV umfasst heute drei grosse Liaisons-Organisationseinheiten und zwei kleinere Einheiten, welche im Service integriert sind.

- Abteilung Psychiatrie Liaison Générale du CHUV
- Abteilung Unité des Consultations Spécialisées (spezialisierte Konsultationen)
- Eine kleinere dritte Abteilung, die an der medizinischen Poliklinik angegliedert ist

Zwei weitere kleinere Einheiten sind im Service integriert:

- Psychiatrischer Notfalldienst
- Abteilung für die ambulante, teilstationäre, stationäre Behandlung von Essstörungen.



Ziel-/Nutzergruppe

Die *Zielgruppe* des Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV sind Patientinnen und Patienten des CHUV mit (komplexen) bio-psycho-sozialen Problemen, die sowohl psychisch/psychiatrischen wie auch somatischen Diagnosen haben. Insgesamt handelt es sich somit um eine sehr heterogene Gruppe von Patientinnen und Patienten. Nutzniessend sind auch somatische Fachpersonen, welche aufgrund der vom Service erhaltenen Supervision oder Balintgruppen Unterstützung und Weiterbildungen erhalten, was den Wissenshintergrund stärkt.

Die *Nutzergruppe* des Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV sind Fachpersonen wie Ärztinnen und Ärzte aus den somatischen Abteilungen, die in der CHUV mit der Zielgruppe arbeiten. Diese Fachpersonen nehmen den Service bei Bedarf in Anspruch. Die Pflege ist indirekt involviert, indem sie von Patientinnen und Patienten geäußerte psychische/psychiatrische Problematiken an die behandelnden somatischen Ärzte weiterleitet. Diese wiederum stellen die Indikation für die psychiatrische Betreuung durch den Service.



Angebotene Leistungen

Zu den konkreten Leistungen des Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV gehören die Folgenden:

Die drei grossen Abteilungen des Service bieten folgende Leistungen an:

- Abteilung *Psychiatrie Liaison Générale du CHUV*: Diese versorgt resp. berät die Patientinnen und Patienten der grossen Kliniken (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Neurologie, etc.). Hier sind psychiatrische Assistentinnen und Assistenten, Oberärztinnen und Oberärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte tätig und für die stationäre und ambulante Betreuung zuständig. Diese Abteilung muss oft sehr schnell reagieren können. Da sie jedoch nicht die psychiatrischen Notfälle der somatischen Notfallstation abdecken muss, kann sich diese Abteilung den grossen Kliniken des CHUV widmen.
- Abteilung *Unité des Consultations Spécialisées* (spezialisierte Konsultationen): Diese agiert in den Hotspots der Klinik. Die Hotspots sind diejenigen medizinischen Gebiete mit hoher psychischer Komorbidität (Onkologie, Bariatrische Chirurgie, Palliativmedizin, Schmerzsprechstunde, u.a.) oder mit Hightech-Aspekten wie beispielsweise Genetik, Transplantationen, Endokrinologie oder Reproduktion, u.a. bei denen teilweise aufgrund gesetzlicher Vorgaben Psychologinnen und Psychologen beizuziehen sind (wie bei der Transplantation). Hier sind in der Regel Psychologinnen und Psychologen tätig, welche im Vergleich zu Assistentinnen und Assistenten länger bleiben, konstant verfügbar sind

und somit fest in den somatischen Teams integriert und mit ihnen auch im Arbeitsalltag vernetzt sind. Sie können somit neben dem Betreuen der Patientinnen und Patienten mit psychischen Komorbiditäten dem Wissenstransfer dienen und Liaisonarbeit leisten. In dieser Abteilung gibt es weniger notfallmässige Konsultationen; Notfälle können subsidiär von der Abteilung Psychiatrie liaison générale abgedeckt werden.

- Die kleinere dritte Abteilung findet sich angegliedert an der medizinischen Poliklinik. Dort werden grundsätzlich viele komplexe Patientinnen und Patienten behandelt (s.g. populations vulnérables) und die Themenbereiche sind vielfältig. Unter anderem sind dort auch psychiatrische Probleme zentral. Die dort tätigen Fachpersonen sind erfahrene Assistenzärztinnen und -ärzte sowie ein leitender Oberarzt. In dieser Abteilung ist die Sensibilität für psychische Aspekte sehr gross und wichtig.

Folgende zwei weitere kleinere Einheiten sind im Service integriert:

- *Psychiatrischer Notfalldienst:* Übernahme und Betreuung von somatischen Notfällen resp. psychiatrischen Konsilien bei Suizidversuch, Intoxikationen, somato-psychische Komorbiditäten. Dadurch werden die drei grossen Abteilungen entlastet, weil diese keine Notfälle übernehmen müssen. Patientinnen und Patienten wenden sich direkt an den Notfall oder werden zugewiesen.
- Abteilung für die ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlung von Essstörungen: Bei diesen psychischen Krankheitsbildern gehen zahlreiche somatische Symptome einher, welche in dieser Abteilung behandelt werden.

Die konkreten Leistungen des Service umfassen insbesondere die folgenden:

Kurzkonsultationen: Die Hauptaufgabe bilden relativ kurze Spitalkonsultationen (1-3 Konsultationen). Bezüglich der Wirkung von gut konzeptualisierten Kurzinterventionen liegen wissenschaftliche Nachweise vor. Gewisse Patienten werden jedoch auch über den gesamten Spitalaufenthalt, welcher bis zu mehreren Monaten dauern kann, teilweise täglich gesehen. Diese Visiten werden meist durch Psychiaterinnen und Psychiater resp. durch die psychiatrische Pflege durchgeführt.

Ambulante Betreuung: ein Teil der Patientinnen und Patienten wird ambulant weiterbetreut durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Service de Psychiatrie de Liaison. Diese ambulanten Psychotherapien können auch über eine längere Zeitdauer von bis zu mehreren Jahren im Service de Psychiatrie de Liaison durchgeführt werden.

Triage: Da ambulante Psychotherapien am CHUV begrenzt sind, wird oft eine Triagierung zu ambulant städtisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychologinnen und Psychologen vorgenommen. Die Patientinnen und Patienten aus ländlichen Gebieten wenden sich an die dortigen Liaisondienste.

Diagnostik: Umfassende Diagnostik bezüglich sowohl somatischer als auch psychischer Aspekte durch psychologische und psychiatrische Fachleute (bspw. Ist die Depression soweit stabilisiert, so dass eine Transplantation möglich ist?). Manchmal erfolgt eine so genannt somato-psychische, interdisziplinäre Konsultation. Das heisst, dass in der ersten Konsultation eine gemeinsame Diagnostik durch Psychiaterinnen und Psychiater und Somatikerinnen und Somatiker vorgenommen wird. Ziel dieser Diagnostik ist die umsichtige, ganzheitliche und umfassende integrierte Versorgung und Sensibilisierung für die gegenseitige Beeinflussung von Psyche und Körper.

Supervisionstätigkeit: Diese beinhalten das Geben von psychopharmakologischen Ratschlägen, Supervisionen mit verschiedenen Klinikteams (Radioonkologie, Palliative Care, etc.) Balint-Gruppen⁵⁰, (Poliklinik), verschiedene Weiterbildungsangebote, Debriefing und Einzelsupervisionen, etc.

⁵⁰ Balint-Gruppen sind Arbeitsgruppen von acht bis zwölf Ärztinnen und Ärzten, die sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig treffen, um über herausfordernde Patientinnen und Patienten aus ihrer Praxis zu sprechen. Ziel ist eine verbesserte Arzt-Patient-Beziehung, die zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung führen soll.

Informelle Kontakte: Zentral sind auch spontane, interprofessionelle Ganggespräche, informeller Austausch bei Fortbildungen, allgemeine Diskussionen zwischen den verschiedenen Fachleuten, etc.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Der Service stellt grundsätzlich eine eigene Organisationseinheit im Sinne eines Konsiliar- und Liaisondienst dar. Seine Leistungen werden durch die somatischen Abteilungen finanziert, die Leistungen bei diesem einkaufen oder bestellen. Die ambulanten Leistungen werden durch die Krankenkassen vergütet. Er steht den Fachpersonen oder auch den Patientinnen und Patienten⁵¹ direkt zwischen 8.00 bis 18.00 Uhr zur Verfügung. In der Nacht und an den Wochenenden können jedoch auch Konsultationen angefragt werden. Es befinden sich jederzeit 1-2 Psychiaterinnen oder Psychiater vor Ort, welche zusätzlich den psychiatrischen Notfalldienst verantworten. So erfolgen die angefragten Konsultationen in der Nacht oder am Wochenende in einem Zeitraum von 1-3 Stunden nach dem Eingang der Anfrage.

Im CHUV besteht konkret eine funktionale Hierarchie für die Mitarbeitenden, welche in den Abteilungen des Service angestellt sind. Das heisst, ein grosser Teil der Mitarbeitenden der Abteilungen wird zwar von den somatischen Diensten bezahlt, ist aber unter der funktionellen Hierarchie des Services de Psychiatrie de Liaison du CHUV und wird auch durch diesen supervidiert, was als vorteilhaft von den Akteuren beurteilt wird, weil dadurch eine gewisse Unabhängigkeit von den Somatikerinnen und Somatiker besteht und eine freie Meinungsäusserung zu somatischen Themen ermöglicht wird.

In Bezug auf die Initialressourcen ist festzuhalten, dass der Service durch zwei Psychiater initiiert und um einige wenige weitere Personen ergänzt worden ist. Die damals benötigten Stellenprozente sowie die Initialkosten sind nicht (mehr) eruierbar, da sich diese parallel zum Tagesgeschäft entwickelten und keinem konkreten Konzept folgten.

In Bezug auf die *technisch, infrastrukturell* benötigten Ressourcen für die Angebote des Service resp. das Behandlungssetting sind insbesondere die Büroräumlichkeiten zu nennen. Für die ambulanten Psychotherapien und Behandlungen benötigen alle Akteure ein Büro, um die Patienten individuell zu empfangen. Angesichts der Platznot wächst der Druck, individuelle Büros abzuschaffen und durch Grossraum-Arbeitsplätze und Konsultationsboxen zu ersetzen. Ein weiterer infrastruktureller oder technischer Bedarf ist nicht erforderlich.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
Abteilung Liaison Générale du CHUV	<ul style="list-style-type: none"> 2 Psychiater (nicht ausschliesslich für die Entwicklung) 	<ul style="list-style-type: none"> 100% Chefarzt (1 ausserordentlicher Professor) 50% leitender Arzt ca. 350% Oberärztinnen und Ärzten 400% Assistenzärztinnen und Ärzten 100% Krankenpflege 100% Sozialarbeitende
Abteilung Consultations Spécialisées		<ul style="list-style-type: none"> 800% Psychologinnen und Psychologen (17 Personen) 1 leitender Arzt 1 leitende Psychologin
Abteilung Poliklinik		<ul style="list-style-type: none"> 150% leitende Ärzte 50% Oberarzt 100% Assistenzarzt
Technisch infrastrukturell		
Abteilung Liaison Générale du CHUV	<ul style="list-style-type: none"> Bestehende Räumlichkeiten 	1 Büro pro Mitarbeitenden, welches geteilt wird bei einer Teilzeitstelle

⁵¹ Diese konsultieren den Service nur sehr selten direkt an.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Abteilung Consultations Spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung vorbestehender Räumlichkeiten, keine speziellen, spezifischen Räumlichkeiten notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung verschiedener Räumlichkeiten, entweder vom Service de Psychiatrie de Liaison oder den somatischen Kliniken zur Verfügung gestellt, mit minimaler Ausstattung (Schreibtisch, PC, Sitze, Telefon)
Abteilung Poliklinik	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung vorbestehender Räumlichkeiten, keine speziellen, spezifischen Räumlichkeiten notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> Nutzung vorbestehender, durch die Poliklinik zur Verfügung gestellte Büros; keine speziellen, spezifischen Räumlichkeiten notwendig

3.7.2 Nutzen und Nutzung

Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* ist aus Sicht des Befragten feststellbar, dass sich der Services de Psychiatrie de Liaison du CHUV nun schon seit fast 40 Jahren bewährt. Die stetige Weiterentwicklung hin zu drei installierten Abteilungen und den institutionalisierten Strukturen und Abläufen bezeugen dessen Nutzen und Bedarf.

Für die *Patientinnen und Patienten* ist aus Sicht des Befragten ein dahingehender Nutzen festzustellen, als durch den angebotenen Service den Patientinnen und Patienten insbesondere in psychiatrischen Krisen schnell geholfen werden kann. Das heisst, das Modell des CHUV kann schnell Ordnung herstellen und schwere psychopathologische Zustände gut und zeitnah behandeln. Dadurch können nicht zwingend notwendige somatische Diagnostiken und Behandlungen (und Chronifizierung) verhütet werden und Liegezeiten verkürzt werden. Weiter wird durch die interprofessionellen Konsultationen, bei denen somatischen und psychiatrischen Fachpersonen wie auch den Patientinnen und Patienten anwesend sind, auch bei den Patienten (und Somatiker) die Sensibilisierung auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise eines medizinischen Problems gefördert. Diese Konsultationen finden häufig in der Poliklinik (z.B. bei Tinnitus Symptomatik) oder bei Konversionssyndromen in Zusammenarbeit mit Neurologen statt.

Aus *Fachpersonensicht* besteht aus Sicht des Befragten ein dahingehender Nutzen, als eine Sensibilität für die Betrachtung von sowohl psychischen als auch somatischen Aspekten entsteht, was als sehr wertvoll beschrieben wird. Insbesondere die Westschweiz hat gemäss Gesprächspartner diesbezüglich Pionierarbeit geleistet, so dass heute im CHUV psychische Aspekte in der Akutsomatik weitgehend miteinbezogen werden und aus Sicht des Befragten nur wenige Stigmata bei Fachpersonen bestehen.

In Bezug auf die *Nutzung des Modells* ist aus Sicht des Befragten festzustellen, dass das Bestehen des Service seit 40 Jahren ein Hinweis dafür ist, dass das Modell seine Anerkennung und Berechtigung erlangt hat. Objektiv zählt der Services de Psychiatrie de Liaison der CHUV jährlich 5'000 Konsultationen, womit ein Anteil von 3-4% aller Patientinnen und Patienten des CHUV bedient wird. Eine psychiatrische Konsultationsrate von 5-10% bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten wird in der Literatur als angemessen betrachtet. Wichtig scheint, dass die Liaison-Psychiaterinnen und Psychiater resp. Psychologinnen und Psychologen auch verfügbare Ressourcen für die Rückmeldungen an die Akutsomatik, für Supervisionen, Weiterbildungen und den interprofessionellen Austausch haben.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁵²:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist der Nutzen des Modells in der frühzeitigen Intervention, der Wirtschaftlichkeit und der Nachhaltigkeit zu orten. Der Einbezug verschiedener Expertinnen und Experten wird als Vorteil beurteilt.

3.7.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:



Chancen des Modells

Die vorhandene wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass Konsiliar- und Liaison Dienste in der Psychiatrie Kosten senken können, Hospitalisierungszeiten verkürzen und das Einhalten von Behandlungsvorgaben bei Patientinnen und Patienten verbessern können. Entsprechend zielt auch der Services de Psychiatrie de Liaison du CHUV auf diese Aspekte ab.

Weiter ermöglicht das Konzept des Modells (Liaison généralisée, Liaison spécialisée und Liaison im somatischen Notfalldienst durch den psychiatrischen Notfalldienst), nicht notfallmässig intervenieren zu müssen und kann so relativ bedacht, geplant und ruhig agieren.

Das Modell Services de Psychiatrie de Liaison du CHUV führt zu einer generellen Sensibilisierung für psychische/psychiatrische Aspekte oder Problematiken wie auch zu interdisziplinärer und interprofessioneller Kompetenzerweiterung und -transfer bei allen beteiligten Gesundheitsakteuren wie auch bei Patientinnen und Patienten. Es bietet weiter auf vielfältige Weise auch Unterstützung für die somatischen Ärztinnen und Ärzte sowie für die Pflege an.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Trotz der vernetzten und vernetzenden Struktur der Abteilungen, das heisst, die Tätigkeit von psychiatrisch/psychologisch ausgebildeten Fachpersonen in den somatischen Abteilungen, wird die Sensibilisierung für die Schnittstelle oder die Erkennung des Bedarfs der jeweiligen anderen Fachpersonen (z.B. Somatiker bei psychischen Primär Diagnosen) bei allen Involvierten vorausgesetzt.

Die Überweisung oder Triage von komorbiden Patientinnen und Patienten zu städtischen Psychiaterinnen und Psychiater wird oft als schwierig beurteilt, da bei diesen Fachpersonen teilweise Barrieren bestehen (insbesondere Ängste, bspw. bei Schwerkranken) und sie unsicher bei der Übernahme von Patientinnen und Patienten des CHUV sind und sich vor allem auf ihr Kerngebiet konzentrieren (psychiatrische und psychotherapeutische Patienten).

Weiter besteht bei K+L Diensten grundsätzlich ein relativ grosser finanzieller Druck, da diese Art von Diensten bei den hospitalisierten Patienten keinen Umsatz erzeugen. Umso wichtiger scheint es, das prinzipielle Commitment und Zuspruch für solche Modelle auf der Leitungsebene oder bei politischen Entscheidungsträgern sicherzustellen.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁵³:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten stellt sich bei Modellen, bei denen viele Expertinnen und Experten involviert sind, die Frage der Entscheidungshoheit sowie der Fallführung. Diese sind insbesondere bei komorbiden Patientinnen und Patienten zentral. Somit ist eine klare Kompetenzregelung erforderlich.

⁵² Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

⁵³ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

3.7.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Trotz der wissenschaftlichen Evidenz bezüglich der Vorteile von K+L Diensten ist die Umsetzung in der Realität nicht immer einfach aufgrund von gewissen bestehenden (Macht-) Strukturen in Institutionen in den somatischen Spitälern (Prioritäten in Bezug auf Investitionen, klinische Prioritäten, etc.). Der konkrete Liaisonaspekt (z.B. Wissenstransfer, Supervision, Unterstützung der Somatiker) kann angesichts der vielen Anfragen für psychiatrische Konsultationen zu kurz kommen. Das Konsiliar- und Liaison Modell beruht auf Indikationssetzung durch die somatischen ÄrztInnen, das heisst, es tendiert dazu, sich stärker an den Bedürfnisse der Behandelnden zu orientieren als jener der Patientinnen und Patienten (z.B. Unruhe verursachende Patienten mit Persönlichkeitsstörungen werden eher für eine psychiatrische Konsultation angemeldet als stille depressiv Erkrankte).
- Der Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV behandelt Patientinnen und Patienten auch ambulant weiter, jedoch nicht in Form eines herkömmlichen ambulanten Dienstes. Ein solches Angebot wäre zusätzlich zweckdienlich für eine verbesserte Versorgung der angesprochenen Zielgruppe. So würden diese nicht nur im Spital identifiziert werden, sondern auch durch die Hausärzteschaft. Dadurch könnte relativ frühzeitig mit der Behandlung begonnen werden, was die Behandlungschancen erhöht und die Chronifizierung und Kosten vermindert.
- Die individuellen Bedingungen und Settings einer Institution sollten beachtet werden.
- Künftig sollten die Liaison-Psychiaterinnen und -psychiater auch die Möglichkeit haben, bei den niedergelassenen Somatikerinnen und Somatiker Liaisonarbeit leisten zu können. Konkret soll die gemeinsame Patientenbetreuung nach Spitalentlassung (z.B. Rückmeldungen und Austausch, Supervision, vom niedergelassenen Somatiker identifizierte Patienten betreuen, etc.) ermöglicht werden. Dienlich wären etwa Netzwerke zwischen der Liaisonpsychiatrie des CHUV und den niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater.
- Auch wenn das Angebot von Liaisondiensten bei psychiatrischen Themen im Medizinstudium im CHUV gut abgedeckt ist, sind die postgradualen Liaisonkontakte nach der Ausbildung äusserst wichtig (d.h. Supervision, Austausch, Rückmeldungen, Weiterbildung, etc.) für den Wissenstransfer zwischen der Psychiatrie und der Akutsomatik.

Einstellungen und Haltungen

- Es ist wichtig, dass ein Modell politisch unterstützt wird.
- Die Berufsgruppe des Psychiaters geniesst in der Westschweiz allgemein einen guten Ruf und eine grosse, respektvolle Anerkennung. Die Rolle der Psyche bei somatischen Erkrankungen wird selten bis nicht in Frage gestellt. Diese Faktoren bilden eine wertvolle Grundlage, um psychiatriebezogene Projekte, Vorstösse oder Modelle zu etablieren und erfolgreich umzusetzen.
- Der Stellenwert der Psychiatrie und ihrer Vertreter (Psychologisches, psychiatrisches Fachpersonal) in einer Institution sollte sichergestellt oder gestärkt werden.
- Die somatischen Mitarbeitenden sollten für die Relevanz der Psychiatrie kontinuierlich sensibilisiert werden und deren Unterstützung und Weiterbildung ist sehr bedeutend.
- Die (frühzeitige) Unterstützung für ein Modell wie des Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV auf Leitungsebene sollte sichergestellt werden.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage des CHUV:** http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=310

3.8 Überweisungsformular und Austausch an der Schnittstelle Hausärzte – Psychiatrie der Argomed AG

Das Wichtigste in Kürze

Die Argomed AG ist eine Managed-Care-Organisation, bei der rund 700 Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Kanton AG zusammengeschlossen sind. Das Modell der Argomed AG umfasst einerseits ein einseitiges Überweisungsformular, welches die Zuweisung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten aus der Allgemeinpraxis zu Psychiaterinnen und Psychiatern vereinfacht und beschleunigt. Andererseits findet zweimal jährlich ein Austauschgefäss zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Psychiaterinnen und Psychiatern statt, welches im Rahmen der Erstellung des Instruments entstanden ist und seither genutzt wird.

Region: Kanton AG

Primäre Zielgruppen des Modells:

- **Nutziessende:** Ambulante Psychiatrische Patientinnen und Patienten aus der Hausarztpraxis
- **Anwendende:** Ambulante Somatikerinnen und Somatiker (Hausärztinnen und Hausärzte) und Psychiaterinnen und Psychiatern

Folgende Argumente machen das Modell zu einem **Modell guter Praxis:**

- Beide Aspekte (Überweisungsformular, Austauschgefäss) führen zu einer verbesserten koordinierten Versorgung komorbider Patientinnen und Patienten und vernetzt Akutsonomatik und Psychiatrie.
- Die Etablierung in mehreren Kantonen deckt eine breite Fläche innerhalb der Schweiz ab.
- Das Austauschgefäss wird gleichermaßen von Hausärztinnen und Hausärzten und Psychiaterinnen und Psychiatern genutzt, es werden gleichwohl Fälle von psychiatrisch Erkrankten mit somatischer Zusatzdiagnose und somatisch Erkrankten mit psychiatrischer Zusatzdiagnose behandelt, was eine gegenseitige Sensibilisierung bewirkt.
- Die Übertragung auf weitere Regionen erscheint praktikabel und realistisch.
- Die Umsetzung erfolgt mit wenigen Ressourcen
- Niederschwelligkeit

3.8.1 Aktivitäten und Output



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

Die Anfänge des Modells gehen ins Jahr 2013 zurück. Hintergrund für die Erarbeitung eines Überweisungsformulars bildete die Erfahrung, dass sich die Zu- oder Überweisung von psychiatrischen Patientinnen und Patienten von der Allgemeinpraxis in die psychiatrische Praxis als schwierig darstellte und nicht zufriedenstellend funktionierte. Häufig war den Psychiaterinnen und Psychiatern nicht oder zu wenig klar, um welche Problematik es sich bei den überwiesenen Patientinnen und Patienten handelte. Bei den Somatikerinnen und Somatikern bestanden teilweise Unsicherheiten bei der Behandlung derjenigen Patientinnen und Patienten, welche psychiatrische Auffälligkeiten aufwiesen. Entsprechend ressourcenintensiv gestaltete sich die Aufnahme und Initiierung der psychiatrischen Behandlung und/oder ging mit Doppelspurigkeiten einher. Bei langen Wartelisten oder Wartezeiten verschwanden Patien-

tinnen und Patienten teilweise auch vom Versorgungsradar. Der Bedarf an einer verbesserten Kommunikation und Überweisung wurde von beiden Seiten erkannt und die Idee im Rahmen eines Hausärztesfachschnittstelle, welcher die Schnittstelle zur Psychiatrie darstellt, gemeinsam entwickelt und ausgearbeitet. Circa 2 Monate nach der Startsituation lag das erarbeitete Überweisungsformular vor und wurde zunächst im Sinne eines Pilotprojekts eingesetzt. Das Instrument erwies sich insbesondere aus Sicht der Psychiaterinnen und Psychiater als äusserst sinnvoll und effektiv, so dass es nach der Pilotphase konsequent weiter eingesetzt worden ist und auch heute Anwendung findet innerhalb der Argomed AG.



Ziel-/Nutzergruppe

Zielgruppen des Überweisungsformulars und somit Leistungsempfangende sind ambulante Patientinnen und Patienten aus der (somatischen) Allgemeinpraxis, die notfallmässig oder auch weniger dringlich einer psychiatrischen Beurteilung bedürfen. Die *Nutzergruppe* des Überweisungsformulars sind sowohl Hausärztinnen und Hausärzte, als auch Psychiaterinnen und Psychiater der Regionen Baden/Würenlingen/Mutschellen im Kanton AG. Weitere Zielgruppen sind die Patientinnen und Patienten, welche vom erweiterten Fachwissen der Fachpersonen profitieren können.

Nutzergruppe des Austauschgefässes und somit Leistungserbringende sind Hausärztinnen und Hausärzte und Psychiaterinnen und Psychiater des Fachzirkels. Teilnehmende sind aktuell circa 8 Hausärztinnen und Hausärzte und 8 Psychiaterinnen und Psychiater aus der Region Baden/Würenlingen/Mutschellen im Kanton AG.



Angebotene Leistungen

Das Modell beinhaltet einerseits ein Überweisungsformular, andererseits ein Austauschgefäss für Fachpersonen (Hausärztinnen und Hausärzte, Psychiaterinnen und Psychiater):

- *Überweisungsformular*: Ziel dieses Formulars ist die frühzeitige Darlegung oder Hypothesenformulierung der Problematik oder Symptomatik zum Zeitpunkt der Überweisung durch die Hausärztinnen und Hausärzte. Dadurch werden die Anforderungen an die behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater rechtzeitig geklärt. Anhand des Formulars werden klare und strukturierte Angaben zu folgenden Themenbereichen vorgenommen: Dringlichkeit (Notfall, dringlich bis 10 Tage, nicht dringlich, psychiatrische Beurteilung, Psychotherapie), Patientendaten, Zuweisungsgrund, persönliche Anamnese und Diagnosen, Medikamente, Anhänge, Anmerkungen. Weiter wird von den Psychiaterinnen und Psychiater eine spezifische Rückmeldung gefordert, d.h. wie die Aufbietung des Patienten zu erfolgen hat oder ob eine Therapie nicht möglich ist. Im letzten Fall wird von den Psychiaterinnen und Psychiater eine Alternativadresse verlangt.
- *Austauschgefäss*: Das zweimal jährlich stattfindende Austauschgefäss in der Region Baden/Dättwil steht für Hausärztinnen und Hausärzte und Psychiaterinnen und Psychiater zur Verfügung. Es findet jeweils am letzten Mittwoch des Monats während zwei Stunden über Mittag statt und ist grundsätzlich selbstorganisiert. Bei diesen Zusammenkünften werden einerseits praxisrelevante Krankheitsbilder aus dem psychiatrischen Formenkreis für die Allgemeinpraktiker thematisiert. Andererseits stehen somatische Krankheitsbilder für die Psychiaterinnen und Psychiater im Zentrum. Die Fallbesprechung erfolgt mündlich ohne weitere Hilfsmittel. In der jeweils aktuellen Sitzung wird die Thematik des nächsten Treffens in selbstorganisierter Weise festgelegt. Die Sitzungen werden protokolliert und dem ganzen Einzugsgebiet der Argomed (AG, SO, BE und ZG) zur Verfügung gestellt.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

Sowohl für die Entwicklung wie auch die Etablierung des Modells werden nur minimale Strukturen und Ressourcen benötigt. Das *Überweisungsformular* wurde im Rahmen eines bestehenden Fachzirkels im mündlichen Austausch erarbeitet. Das bestehende Formular kann

kopiert, gefaxt oder gemailt werden. Die Anwendung des Überweisungsformulars erfolgt zur regulären Arbeitszeit im Rahmen der Konsultation.

Die *Organisationsstrukturen und Ressourcen* des Austauschgefässes reduzieren sich auf einen Raum mit allgemeiner Infrastruktur und dessen Miete. Konkret wird ein Raum des Zentrums für Körperbehinderung in Baden/Dättwil genutzt. Die Treffen finden auf freiwilliger Basis über die Mittagsstunden statt und werden nicht entlohnt. Vorbereitungs- oder Nachbereitungszeiten gibt es nicht, da die Fallbeispiele aus der Praxis verwendet werden und der Austausch im Sinne einer mündlichen Diskussion stattfindet.

Über die aktuell notwendigen *personellen* und *technisch infrastrukturellen* Ressourcen können folgende Angaben gemacht werden.

Einsatzbereich	Ressourcen initial	Ressourcen laufend
Personell		
Überweisungsformular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ca. ein Dutzend Hausärztinnen und Hausärzte und Psychiaterinnen und Psychiater ▪ Keine bestimmte Anzahl Teilnehmende erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausärztinnen und Hausärzte: Arbeitszeit für das Ausfüllen der erforderlichen Bereiche (1 Seite), Koordination und Kommunikation ▪ Psychiaterinnen und Psychiater: Arbeitszeit für die Beurteilung einer Aufnahme oder Weiterverweisung, Koordination
Austauschgefäss	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unbekannt 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 Hausärztinnen und Hausärzte ▪ 8 Psychiaterinnen und Psychiater ▪ Vorbereitungszeit nach Bedarf
Technisch infrastrukturell		
Überweisungsformular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unbekannt (eher gering) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kopien je nach Bedarf
Austauschgefäss	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raummiete jährlich 4h ▪ 1 Raum mit Stühlen ▪ Keine weitere Infrastruktur notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 Raum mit Stühlen ▪ Raummiete jährlich 4h, getragen von der Argomed AG ▪ Keine weitere Infrastruktur notwendig

3.8.2 Nutzen und Nutzung

Nutzen und Nutzung

Sicht der Anwendenden:

Hinsichtlich des *Nutzens des Modells* besteht aus Sicht der Befragten bei allen Nutzergruppen Einigkeit darüber, dass sich sowohl das Formular als auch der Austausch sehr bewähren und gut funktionieren. Die involvierten Fachpersonen haben durch das Formular einen klaren Auftrag. Insbesondere die Effizienz und Effektivität der Überweisung wird hervorgehoben. Auch werden die Patientinnen und Patienten schneller und adäquater versorgt. Der Nutzen des Austauschgefässes besteht insofern, als dass für das somatische und psychiatrische Wissen anhand praxisnaher Fallbeispiele vertieft und erweitert wird. Dadurch entsteht auch eine Sensibilisierung für die jeweiligen nicht-angestammten Wissensgebiete, aber auch für die Schnittstelle.

Hinsichtlich *Nutzung des Modells* wird aus Sicht der Befragten festgestellt, dass sowohl das Überweisungsformular konsequente Anwendung findet, wie auch die Austauschgefässe seit je her gut besucht werden. Die Anzahl Teilnehmenden liegt für die Somatikerinnen und Somatiker konstant bei acht Personen. Die Anzahl teilnehmender Psychiaterinnen und Psychiater hat seit Beginn etwas zugenommen und liegt aktuell ebenfalls bei ca. acht Personen.

Evaluationen sind bisher nicht vorliegend und nicht geplant.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁵⁴:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten besteht ein dahingehender Nutzen, dass das Modell die Hemmschwelle für den Austausch zwischen den Disziplinen senkt. Konkret wird erwartet, dass das Erstellen resp. in Auftrag geben eines allfällig notwendigen psychiatrischen Gutachtens schneller erfolgen kann. Die erwartete raschere Abklärung und Behandlung werden begrüsst. Weiter wird die ressourcenarme Umsetzungsmöglichkeit als Gewinn betrachtet.

3.8.3 Chancen und Herausforderungen des Modells

Aus der Praxis lässt sich, so die Befragten, folgende Beurteilung des Modells vornehmen:



Chancen des Modells

Aufgrund der Angaben auf dem Überweisungsformular kann eine zielgerichtete und zeitnahe Beurteilung bezüglich der Behandlungssituation erfolgen. Basierend auf der durch den Allgemeinarzt oder die Allgemeinärztin vorgenommene Beschreibung der Ausgangslage und der gewünschten Leistung können die Psychiaterinnen und Psychiater eine schnelle Einschätzung des Behandlungsbedarfs und der notwendigen Ressourcen vornehmen. Wird beispielsweise eine mehrmonatige Psychotherapie angefragt, welche aktuell vom adressierten Psychiater nicht angeboten werden kann, so sorgt dieser für eine Alternativadresse.

Wartelisten der Psychiaterinnen und Psychiater respektive lange Wartezeiten werden durch das Modell vermieden, was die Chancen einer zeitnahen Behandlung erhöht, die adäquate Versorgung beschleunigt und die psychiatrische und somatische Krankheitsprognose verbessert.

Durch das Austauschgefäss wird das somatische und psychiatrische Wissen praxisnah erweitert und die Schnittstelle respektive das fachübergreifende Netzwerk gepflegt und intensiviert.

Zudem sind beide Aspekte des Modells ressourcenarm und einfach umsetzbar.



Herausforderungen bei der Umsetzung

Sicht der Anwendenden:

Konkrete umsetzungsbezogene Herausforderungen wurden bislang nicht festgestellt. Jedoch birgt die Tatsache, dass das Austauschgefäss auf Freiwilligkeit basiert und/oder über Mittag stattfindet das Risiko, dass es bei zunehmendem Druck oder erhöhter Arbeitslast im Sinne der Prioritätensetzung weniger besucht wird. Die 5-jährige Erfahrung weist jedoch darauf hin, dass diese Treffen einem Bedürfnis entsprechen und der Bedarf vorhanden ist.

Sicht der Patientinnen und Patienten⁵⁵:

Aus Sicht der Patientinnen und Patienten sollte die Überweisung vom Psychiater oder der Psychiaterin zum Hausarzt oder der Hausärztin ebenfalls möglich sein. Der fachliche Austausch könnte sinnvollerweise häufiger stattfinden und Patientinnen und Patienten sowie Peers einbezogen werden.

⁵⁴ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

⁵⁵ Teilnehmende des Workshops, keine Patientinnen und Patienten des Modells.

3.8.4 Lessons learned und Materialien



Lessons Learned

Als Lessons learned werden aus Sicht der Modellanwendenden die folgenden festgehalten:

Ablaufprozesse

- Die Überweisung und Schnittstellenpflege funktionierten besser, wenn man sich kennt, das Formular und die Treffen unterstützen die Vernetzung der Akutsomatik und Psychiatrie.
- Die Benutzer- und Anwendungsfreundlichkeit eines Formulars sind im Praxisalltag zentral.

Arbeitsinstrumente

- Das Überweisungsformular ist einfach anzuwenden.
- Das Überweisungsformular und die Austauschtreffen sind für diejenigen Personen nützlich, die auch einen Bedarf haben.
- Das Überweisungsformular sollte evaluiert werden, ob und inwiefern es noch einem Bedarf entspricht oder ob Anpassungen angezeigt sind.

Einstellungen und Haltungen

- Aufgrund der Freiwilligkeit bedingt das Fortbestehen und Funktionieren des Modells einen Willen und die Beteiligung/Commitment der somatischen und psychiatrischen Ärzteschaft.
- Die Motivation und Teilnahmbereitschaft sind zu fördern und aufrechtzuerhalten, was durch eine berufsalltagsverträgliche Organisation und Durchführung erreicht werden kann (Durchführungshäufigkeit, Aufwand, etc.).
- Das Bedürfnis und der Bedarf eines Instruments wie dem Überweisungsformular sind mit den involvierten Berufsgruppen zu klären.



Modellbezogene Literatur, Quellen und Materialien

- **Homepage der Argomed AG:** <https://www.argomed.ch>

4 Vergleichende Auswertung der Modelle guter Praxis

In diesem Kapitel erfolgt die vergleichende Auswertung der acht Modelle guter Praxis. Dabei erfolgt zuerst eine modellübergreifende Bewertung der analysierten Aspekte, Schlussfolgerungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten sowie abschliessende allgemeine Schlussfolgerungen. Danach findet sich eine tabellarische Auflistung der insgesamt feststellbaren Merkmale von Modellen guter Praxis.

Die im vorliegenden Bericht analysierten Modelle sind zwar in Bezug auf ihre Entstehungsgeschichte, spezifischen Rahmenbedingungen und angebotenen Leistungen, aber auch hinsichtlich des Nutzens und der Nutzung sehr heterogen. Entsprechend gestalten sich auch die Chancen und Herausforderungen sehr unterschiedlich. Dennoch lassen sich aufgrund der Analyse der Modelle guter Praxis eine Reihe von Schlussfolgerungen ableiten.

4.1 Bewertung der Aktivitäten und des Outputs der Modelle guter Praxis



Ausgangslage und Entstehungsgeschichte

➤ *Modellentwicklungen sind begründet*

Die Modelle guter Praxis sind alle aus einem konkreten, noch nicht zufriedenstellend gedeckten Bedarf hervorgegangen: Beispielsweise aus der nicht systematisierten Erfassung des somatischen medizinischen Status bei ambulant psychiatrisch Erkrankten (Modell 3.1), der unzureichenden Kontinuität in Bezug auf die Behandelnden von stationären psychiatrischen Patienten (Modell 3.2), einer suboptimal geregelten Verlegungspraxis zwischen den somatischen und psychiatrischen Abteilungen (Modell 3.4) oder der fehlenden Vernetzung von Schnittstellenthematiken in der Aus- und Weiterbildung der Mediziner (Modell 3.5). Dabei stand in erster Linie eine aus Patientensicht noch unzureichende (somatische) Versorgungssituation für psychisch Erkrankte im Vordergrund, welche sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken kann.

Zudem sind die Modellentwickelnden den unterschiedlichsten Fach- und/oder Hierarchie-Ebenen zuzuordnen: Bei der Mehrheit der Modelle erkannten die Fachpersonen an der Basis, also im konkreten Arbeitsalltag, einen Bedarf nach Optimierungen der Versorgungssituation (z.B. die Modelle 3.3, 3.4, 3.6, 3.7, 3.8). Bei anderen Modellen entstanden die Ideen auf Leitungsebene (Modelle 3.1, 3.2, 3.4, 3.5, 3.7).

➤ *Modelle guter Praxis sind nachhaltig*

Die Mehrheit der analysierten Modelle guter Praxis bestehen schon seit mehreren Jahren, teilweise seit Jahrzehnten (Modelle 3.6, 3.7). Sie können somit auf (langjährige) gemachte Erfahrungen zurückgreifen und haben seit ihrer Entstehung bereits erfahrungsbasierende Entwicklungen durchlaufen. Beispielsweise öffnete sich das bei Modell 3.6 ursprünglich aus Hausärzten bestehende Gremium im Verlaufe der Jahre auch gegenüber anderen Disziplinen (z.B. Psychiatrie, Pneumologie), da sich ein Bedarf am interprofessionellen Austausch aufgrund der Symptomatik der Patientinnen und Patienten ergab. Bei Modell 3.4 entstand durch die verstärkte Schnittstellenpflege aufgrund der koordinierten Verlegungssystematik zwischen der Akutsomatik und Psychiatrie die Wundsprechstunde für psychiatrische Patientinnen und Patienten.

➤ *Modelle guter Praxis evaluieren sich häufig implizit, aber seltener explizit*

Wissenschaftliche oder systematisch durchgeführte Evaluationen sind grundsätzlich selten vorliegend. Konkret sind einzig für das Holländer Modell (3.2) spezifische Wirkungen evaluiert worden.⁵⁶ Bei einigen Modellen sind jedoch Evaluationen geplant, konkret bei denjenigen Modellen, welche in Form eines Aus- oder Weiterbildungslehrgangs umgesetzt werden und sich aktuell noch in der Anfangs- oder Pilotphase befinden (Modelle 3.3, 3.5). Das heisst, die Erfahrungsgrundlage dieser Modelle ist noch nicht breit. Ein Vorteil von Modellen, die in

⁵⁶ Vgl. Leue, Carsten et al. (2017). Chapter 7, S. 117-141.

Form eines Ausbildungslehrgangs umgesetzt werden, ist dahingehend zu orten, dass diese einen systematischen periodischen Verlauf haben und so wiederkehrende (formative) Evaluationen durchgeführt und nötige Anpassungen vorgenommen werden können. So wird ein stetiger Optimierungsprozess möglich.

Es ist wichtig, dass die Evaluationen von Modellen nach state of the art erfolgt. Sofern dies kostengünstig erfolgen muss, wäre es auch durchaus denkbar, solche im Rahmen von Masterarbeiten von Hochschulabgängerinnen und -gänger durchzuführen.

⇒ *Modelle guter Praxis entwickeln sich*

Modelle guter Praxis stehen nicht still, sondern passen sich den vielfältigen möglichen Veränderungen in der Umwelt an. Die Umwelten können institutionale, personelle, politische, gesetzliche Strukturen und Gegebenheiten umfassen. Weiter reflektieren die Anwendenden von Modellen guter Praxis die Umsetzung idealerweise kritisch, evaluieren sich implizit und sind offen für Anpassungen und Veränderungen.

Insgesamt ist der Vollzug und Vorliegen von Entwicklungen und die (geplante) Durchführung von Evaluationen dann auch als Zeichen dafür zu werten, dass kritische Reflexionen stattfinden, ein Anpassungsbedarf erkannt und dieser entsprechend umgesetzt wird.



Ziel-/Nutzergruppe

⇒ *Die Zielgruppen und Nutzergruppen sind heterogen*

Die Zielgruppen der analysierten Modelle haben die Gemeinsamkeit, dass es sich grundsätzlich um komorbide psychiatrisch/somatische Patientinnen und Patienten handelt. Jedoch lässt sich eine konkretere und differenziertere Unterscheidung dieser Personengruppe vornehmen: Ambulant psychiatrische Patientinnen und Patienten mit komorbiden somatischen Krankheiten (Modell 3.1, 3.8) stationäre Patientinnen und Patienten mit teilweise komplexen psychiatrischen Diagnosen und somatischen Erkrankungen (Modelle 3.2, 3.3, 3.4, 3.7). Bei Modellen, welche einerseits in Form von interprofessionellen und multidisziplinären Fachaustauschen umgesetzt werden (z.B. Modell 3.6) oder einen sehr stark multidisziplinär institutionellen Charakter haben (z.B. Modell 3.7) steht eher die Thematik der somatisch/psychiatrischen Schnittstelle im Vordergrund und weniger, welche Diagnose (somatisch oder psychiatrisch) die primäre und welche Diagnose die komorbid sekundäre Diagnose darstellt. Somit ist die Gegenseitigkeit von Akutsomatik und Psychiatrie zwar immer gegeben, die im Rahmen der Analyse zentrale Richtung Psychiatrie – Akutsomatik jedoch nicht immer evident oder explizit.

Weiter ist festzuhalten, dass die Definition und Identifikation der adressierten Gruppen von Patientinnen und Patienten bei denjenigen Modellen nicht eindeutig ist resp. noch nicht differenziert definiert werden kann, bei denen es sich um ein Modell im Rahmen einer Aus- oder Weiterbildung handelt (insbesondere Modell 3.5).

Es besteht also eine Wechselwirkung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie. So anerkennen die Gesundheitsakteure und Fachpersonen grundsätzlich, dass Körper und Psyche sich bedingen (können) respektive wechselwirken. Dennoch ist bei den Modellen nicht immer eindeutig, welche Perspektive im System oder Behandlungsumfeld explizit eingenommen wird. Das heisst, es bleibt offen, inwiefern die primäre Erkrankung im somatischen oder psychischen Formenkreis liegt und entsprechend der zusätzlichen Erkrankung ein besonderes Augenmerk geschuldet würde.



Angebotene Leistungen

⇒ *Die angebotenen Leistungen sind heterogen*

In Bezug auf die konkreten angebotenen Leistungen ist eine sehr grosse Heterogenität bei den analysierten Modellen festzustellen: Die Leistungen gewisser Modelle werden in Form einer konkreten Diagnostik resp. Befundaufnahme von somatischen Symptomen bei psychi-

atrischen Patientinnen und Patienten widergespiegelt, etwa beim Modell des Screening Instruments GEP^{PSY} der UPD Bern (Modell 3.1) oder der Einführung des Clinical Assessments & Decision Making Kompetenzen des Modells der IPW (Modell 3.3). Hier erfahren die Patientinnen und Patienten den direkten Nutzen der Leistung. Andererseits haben die Leistungen einen Aus- Weiter- oder Fortbildungscharakter, welche zunächst die theoretischen und praktischen Kompetenzen der Fachpersonen stärkt, vertieft oder erweitert und die Patientinnen und Patienten einen indirekten Nutzen erfahren. Die Kompetenzgewinn kann dabei bei der noch wenig erfahrenen Personengruppe der Medizinstudierenden (Modell 3.3) oder Pflegefachpersonen in Aus-/Weiterbildung (Modell 3.3) erfolgen. Andererseits wird auch ein interprofessioneller Fachaustausch bei erfahrenen Berufsgruppen wie Pflege(experten/innen) (Modell 3.4), Hausärztinnen und Hausärzte und Spezialärzten/innen aus den Bereichen Psychiatrie, Kardiologie, Neurologie, Endokrinologie, u.a.(Modell 3.6, 3.7, 3.8) angestrebt.

- ➔ *Die Leistungen verbessern die Versorgungssituation psychiatrischer Patientinnen und Patienten mit zusätzlicher somatischer Erkrankung direkt und/oder indirekt*

Gemein haben die recherchierten Modelle im Hinblick auf die Leistungen, dass sie alle darauf abzielen, durch die Leistung direkt oder indirekt die Versorgungssituation oder den konkreten Krankheitsstatus von Patientinnen und Patienten zu verbessern. Somit wird dem Patientinnen- und Patientenfokus konzeptuell eine hohe Bedeutung beigemessen.

Die Analyse zeigte, dass die Bewirtschaftung der Schnittstellen als zentral beurteilt wird und zudem in der Praxis häufig im Fokus einer Institution oder der involvierten Gesundheitsakteure steht. Durch die Sensibilisierung für die Wichtigkeit dieser Schnittstellen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Fachausbildung wird dieser Relevanz Rechnung getragen.



Organisationsstrukturen und Ressourcen

- ➔ *Die Organisationsstrukturen sind heterogen*

Modelle guter Praxis können im Rahmen verschiedener Organisationsstrukturen und Settings umgesetzt werden. Das heisst, sowohl institutionalisiert (innerhalb oder zwischen einer ambulanten oder (teil-) stationären Institution), wie auch im informellen Rahmen (freiwillige, ehrenamtliche Durchführung) sind gute Modelle realisierbar. Um der Heterogenität der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, sollten künftige Modelle idealerweise in den unterschiedlichen Settings eingebettet werden.

Verschiedene Modellanwendende weisen darauf hin, dass die Nutzung bestehender Strukturen oder deren Ausbau optimal für die Etablierung eines neuen Modells erscheint. Insbesondere bei Modellen, die innerhalb einer Institution umgesetzt werden, ist es sinnvoll, von bestehenden Strukturen wie Austauschgefässen Gebrauch zu machen. Nicht institutionalisierte Modelle wie informelle Fachaustausche sind hingegen dann erfolgreich, weil die Rahmenbedingungen locker und dadurch niederschwellig sind. Dadurch können die Modellanwendenden die zusätzlichen Tätigkeiten gut und über eine lange Zeit mit dem Berufsalltag vereinen. Die Vereinbarkeit erhöht die Chance der Langlebigkeit eines Modells, insbesondere in Zeiten von als hoch wahrgenommenen Anforderungen an medizinische Berufsgruppen.

- ➔ *Die notwendigen Ressourcen sind heterogen*

In Bezug auf die konkrete Einschätzung der notwendigen Ressourcen, welche für die Etablierung oder Aufrechterhaltung eines Modells notwendig sind, lassen sich nur schwer konkrete Schlussfolgerungen ableiten. Einerseits haben die befragten Personen Mühe, konkrete und messbare quantitative Ressourcenangaben zu machen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Angaben nicht explizit bekannt sind. Weiter sind solche Informationen von den Interviewten schwierig zu eruieren oder einzuschätzen. Dies ist insbesondere bei Modellen der Fall, die zu grossen Teilen im Alltag der Institution eingeflochten sind und es sich nicht klar trennen lässt, in welchem Ausmass die modellspezifischen Ressourcen zu beziffern und quantifizieren sind. Somit lassen sich keine auf empirischen Erfahrungen basierenden einheitlichen Schlussfolgerungen ziehen, wie viele (zusätzliche) Ressourcen die allfällige Konzeption eines Modells guter Praxis erfordern würden.

- ➔ *Für die Realisierbarkeit sind Wille und Bereitschaft zur Veränderung erforderlich und nicht primär Ressourcen*

Viele der recherchierten Modelle guter Praxis konnten mit wenigen bis keinen zur Verfügung stehenden zusätzlichen finanziellen, personellen oder infrastrukturellen Ressourcen entwickelt und später umgesetzt werden. Es scheint, dass der Umfang der zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht zwingend ausschlaggebend sind für den Erfolg eines Modells. Vielmehr steht der Wille und die Bereitschaft für Veränderungen, Verbesserungen und (inter-/intraprofessionelle) Zusammenarbeiten mit dem Ziel einer optimierten Versorgung vulnerabler Personengruppen im Zentrum.

4.2 Bewertung des Nutzens und der Nutzung von Modellen guter Praxis



Nutzen und Nutzung

- ➔ *Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten steht an oberster Stelle*

Die Analyse ergibt klar, dass eine grosse und weit verbreitete Sensibilisierung der involvierten Gesundheitsakteure hinsichtlich der Patientensicht und des direkten und indirekten Nutzens für Patientinnen und Patienten besteht. Das heisst, die Vorteile und Potentiale der koordinierten Versorgung für die Patientinnen und Patienten werden explizit von den Akteuren erkannt, als wichtig beurteilt und als übergeordnetes Ziel benannt. Insbesondere steht die adäquatere, ganzheitlichere und schnellere Behandlung für Patientinnen und Patienten im Vordergrund und dadurch die verbesserte Krankheits- resp. Genesungsprognose.

Die Vertretenden der Modelle, bei deren angebotenen Leistungen aus-/weiter- und fortbildungsbezogene Aspekte zentral sind, betonen den direkten Nutzen für Fachpersonen (Kompetenzerweiterung) und indirekten Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Konkret wirkt sich die Kompetenzstärkung, -vertiefung und -erweiterung der Fachpersonen auf die Krankheitssituation der Patientinnen und Patienten positiv aus. Darüber hinaus führt der multidisziplinäre und interprofessionelle Austausch zum Abbau von Stigmata im jeweils fachfremden Bereich.

Bei manchen Modellen steht explizit die Reduktion der Mortalität und Morbidität von psychiatrisch Erkrankten mit somatischer Komorbidität im Zentrum (Modelle 3.1, 3.2, 3.2, 3.4) durch die verbesserte Versorgung dieser Patientinnen und Patientengruppe. Bei manchen Modellen wird die verbesserte Schnittstelle vom stationären zum ambulanten Setting hervorgehoben (Modelle 3.2, 3.7), was die Nachhaltigkeit einer Behandlung dahingehend stärkt, indem die Patientinnen und Patienten an den Übergängen nicht (oder seltener) «durch die Maschen fallen».

Als Nutzen der Modelle wird verschiedentlich auch hervorgehoben, dass eine koordinierte Versorgung und konkret der Einbezug der Somatiker bei primär psychiatrischen Erkrankungen auch das Krankheitsverständnis der Patientinnen und Patienten verbessert. Etwa, wenn Somatiker bei der psychiatrischen Sprechstunde im Rahmen der Hospitation anwesend sind (Modell 3.6) oder eine gemeinsame Diagnostik durch Somatiker und Psychiater durchgeführt wird (Modell 3.7)

- ➔ *Die Nutzung ist bei allen Modellen aus Sicht der Anwendenden erfreulich, die Patientinnen und Patienten beurteilen die dargelegten guten Praxisbeispiele weitaus kritischer*

Obschon für die Mehrheit der Modelle keine wissenschaftlichen oder von unabhängiger Stelle durchgeführten Evaluationen vorliegen, wird die Nutzung der Modelle, das heisst, die Art der Umsetzung resp. die Nutzung der angebotenen Leistungen, von den Anwendenden als erfreulich eingeschätzt. Dabei scheint nicht zwingend ausschlaggebend zu sein, wie viele Personen bei der Modellumsetzung involviert sind. Auch Modelle mit einer kleinen Anzahl Nutzenden (bspw. Modell 3.8) oder niederschwellige Modelle, die nicht täglich im medizinischen Alltag Anwendung finden, sondern eher im informellen Rahmen umgesetzt werden

(bspw. Modell 3.6), können einen hohen subjektiven Nutzen bringen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten wird zwar den Modellen ebenfalls ein Nutzen attestiert. Jedoch werden viele Good Practices als wenig innovativ oder neuartig erachtet. Der Einbezug von Betroffenen, Peers und Angehörigen wird als absolut unzureichend beurteilt. Als störend wird ebenfalls empfunden, dass durch die Dichotomie «psychisch erkrankt mit somatischer Komorbidität» die ganzheitliche Betrachtungsweise eines Menschen nach wie vor nicht gängig ist in der hiesigen Medizin.

4.3 Bewertung der Chancen und Risiken der Modelle guter Praxis

In diesem Kapitel werden die Chancen und Risiken der Modelle guter Praxis zusammengefasst, welche zudem die Lessons Learned widerspiegeln:



Chancen

➤ *Standardisiertes Vorgehen bewährt sich*

Das standardisierte Vorgehen resp. die standardisierte Ausübung der angebotenen Leistungen führen dazu, dass die Modellanwendenden routiniert werden in den Abläufen (3.1, 3.4, 3.8). Dadurch kann längerfristig eine ressourcenfreundliche Umsetzung erzielt werden, was die Nachhaltigkeit und Langlebigkeit eines Modells fördert und unterstützt.

➤ *Parallele Berücksichtigung mehrerer Handlungsbereiche zeigt vielfältige Wirkung*

Die Mehrheit der Modelle erzielen Wirkungen in verschiedenen relevanten Handlungsbereichen, konkret Entstigmatisierung, Wissen, Diagnostik/Behandlung und Versorgungssituation, gleichzeitig positive Wirkungen. Beispielsweise führt ein erweitertes Wissen aufgrund des Fachaustausches zwischen Psychiaterinnen und Psychiater und Somatikerinnen und Somatiker (Modell 3.6) oder aufgrund der Anwendung eines Screenings (Modell 3.1) zu einem verbesserten Erkennen oder Diagnostizieren von fachfremden (somatischen) Erkrankungen und zur Einleitung einer adäquaten Behandlung oder Verlegung resp. Verweisung zu anderen Fachpersonen oder Abteilungen (Modelle 3.4, 3.8). Entsprechend berücksichtigen Modelle guter Praxis verschiedene Handlungsbereiche.

➤ *Integrative, multidisziplinäre und interprofessionelle Ansätze sind chancenreich*

Das Integrieren von integrativen, multidisziplinären und interprofessionellen Ansätzen inkl. multidisziplinäre Kommunikationsformen scheint für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit somatisch psychiatrischer Komorbidität zentral. Nur dadurch können die diversen Symptome erkannt und adäquat behandelt werden. Integrative Ansätze und Haltungen fördern zudem die ganzheitliche Betrachtungsweise eines Individuums. Dieser Aspekt wird von den Patientinnen und Patienten als absolut zentral und dringend erachtet.

➤ *Support auf (oberster) Leitungsebene bringt Langlebigkeit und fördert Nachhaltigkeit*

Die Modellanwendenden sehen in Bezug auf die Realisierung eine grosse Chance für Modelle, deren Existenz resp. Daseinslegitimation von der Leitungsebene abgesegnet worden ist. Weiter erscheinen Modelle, die auf Leitungsebene initialisiert worden sind, als vielversprechend (Modelle 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5, 3.7). Die Akzeptanz seitens Leitungsebene kann die Langlebigkeit und Nachhaltigkeit eines Modells massgeblich beeinflussen. Entsprechend empfehlenswert erweist sich der Einbezug relevanter Führungspersonen.

➤ *Begeisterte und motivierte involvierte Modellanwendende und federführende Personen*

Positive Einstellungen und Haltungen aller involvierten Akteure eines Modells gegenüber den angebotenen Leistungen oder Tätigkeiten werden als zentral und erfolgsversprechend beurteilt. Deutlich zum Ausdruck gebracht wurde im Rahmen der Analyse, dass motivierte und begeisterte Schlüsselpersonen entlang der Behandlungskette einer erfolgreichen koordinierten Versorgung von psychiatrisch erkrankten Menschen mit somatischer Komorbidität zuträglich sind. Darüber hinaus vermögen überzeugte (Führungs-)Personen die an der Behandlung beteiligten Fachpersonen mitbegeistern. Sind einzelne Schlüsselpersonen für das

Fortbestehen eines Modells ausschlaggebend (bspw. Hauptorganisierende von Austauschgefässen), ist die Weiterführung bei deren Weggang umsichtig sicherzustellen.

➤ *Chance Digitalisierung und Elektronisches Patientendossier, E-Health*

Veränderungen, die im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung entstehen, können eine Chance für Modelle in der Gesundheitsversorgung darstellen. So bringt beispielsweise der Einsatz von elektronischen Überweisungs- oder Verlegungsmeldungen (Modell 3.4) Effizienzgewinne. Auch kann die Einführung des elektronischen Patientendossiers die Kommunikation und den Informationstransfer hinsichtlich Krankheitsbefunde oder -Berichte zwischen Akteuren aus verschiedenen Settings verbessern. Gleichzeitig erfahren die Patientinnen und Patienten eine stärkere Transparenz bezüglich ihrer Krankheitsakte, den aktuellen Krankheitsstatus und/oder das weitere Prozedere.⁵⁷

➤ *Ressourcenarme Modelle eignen sich für die Übertragung auf andere Regionen*

Grosse Chancen und Vorteile haben Modelle, deren Entwicklung und Anwendung mit relativ wenigen (finanziellen, infrastrukturellen, personellen) Ressourcen umsetzbar sind. Dies sind insbesondere niederschwellige Modelle mit lockeren Rahmenbedingungen (z.B. Modell 3.6) oder Modelle mit geringer Anwendungshäufigkeit (Modell 3.1). Aufgrund der flexiblen Strukturen lässt sich eine einfache Übertragung in andere Regionen vornehmen.



Herausforderungen bei der Umsetzung

➤ *Herausforderung Digitalisierung und Elektronisches Patientendossier, E-Health*

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung stehen diejenigen Modelle vor möglichen Herausforderungen, welche im (stationären) institutionellen Setting angesiedelt sind und diagnostische Leistungen anbieten wie beispielsweise die Modelle 3.1 und 3.4. Bei diesen Modellen gilt es insbesondere, die Vereinbarkeit der E-health Anforderungen zu prüfen, gegebenenfalls anzupassen und die Kontinuität der Leistungsanbietung sicherzustellen. Weiter sind infrastrukturelle Anpassungen einerseits mit entsprechenden direkt monetären finanziellen Ressourcen verbunden. Andererseits sind auch die indirekten finanziellen Ressourcen durch die Umstellung der Abläufe und den diesbezüglichen zeitlichen Aufwand zu beachten. Dieser entsteht etwa bis alle involvierten Akteure die neuen Prozesse kennen und adäquat umsetzen.⁵⁸

➤ *Niederschwelligkeit der Modelle als Risiko*

Obschon niederschwellige Angebote eine Vielzahl an Chancen bieten (vgl. oben), sind auch Herausforderungen und Risiken mit diesem Merkmal verbunden. Etwa entstehen durch die Niederschwelligkeit resp. durch eingeschränkte Verbindlichkeiten auch stärkere Anforderungen an die Teilhabe an informellen, ehrenamtlichen Fortbildungen. So scheint es wichtig, eine angemessene Balance zwischen lockeren Rahmenbedingungen und Aufrechterhaltung der Motivation herzustellen.

➤ *Abhängigkeit von federführenden Personen*

Sowohl bei der Entwicklung und Etablierung als auch bei der Umsetzung der Modelle sind sehr häufig einzelne Personen federführend. So sind auch in den recherchierten Modellen nicht selten Aspekte wie die persönliche, ehrenamtliche Involvierung, die überzeugte Teilhabe und Teilnahme bedeutend oder sogar voraussetzend. Eine zu starke Personenabhängigkeit stellt jedoch ein Risiko dar für das Fortbestehen eines Modells. In anderen Worten ausgedrückt sind Modelle, deren Erfolg massgeblich durch das Engagement einzelner Schlüsselpersonen bestimmt wird, im Hinblick auf die Nachhaltigkeit und Langlebigkeit risikobehaftet. Beispielsweise kann der Wegfall dieser zentralen Personen in Folge Pensionierung oder Stellenwechsel auch das Ende der Modellumsetzung bedeuten. Entsprechend ist der Grad an Personenabhängigkeit, mindestens nach erfolgter Implementation, gering zu halten resp. das Weiterbestehen vorzeitig sicherzustellen.

⁵⁷ Die mit der Digitalisierung verbundenen Herausforderungen werden im nachfolgenden Kapitel erwähnt.

⁵⁸ Die mit der Digitalisierung verbundenen Chancen sind im vorherigen Kapitel erwähnt.

4.4 Schlussfolgerungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Dieses Kapitel fasst die Einschätzungen zu den acht Modellen und diesbezügliche Schlussfolgerungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten zusammen. Diese Aspekte sind im Rahmen der Workshops „Doppelt krank: Fördern von somatisch-psychiatrisch integrierten Modellen“ (Workshop Teil 1)⁵⁹ und „Koordinierte Versorgung von psychisch-körperlich Erkrankten: Modelle guter Praxis“ (Workshop Teil 2)⁶⁰ am 1. Nationalen Patientenkongress⁶¹ (14. September 2018) erarbeitet worden. Die Mehrheit der Workshop-Teilnehmenden ist/war selbst betroffen von einer oder mehreren psychischen und/oder körperlichen Erkrankung; sie sind jedoch nicht Patientinnen und Patienten der jeweiligen Modelle.

Als **positiv** eingeschätzt wurden folgende Aspekte:

Abläufe:

- Abbau von Doppelspurigkeiten im Behandlungsprozedere sind wünschenswert.
- Sparsamer Ressourceneinsatz durch Nutzen von Synergien ist positiv.
- Kürzere und zielgerichtetere Behandlungswege und schnellere Behandlungsinitiierung werden begrüsst.
- Modelle sind Türöffner für die verstärkte interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation.

Aus-, Weiter-, Fortbildung:

- Vermittlung und Austausch zwischen verschiedenen involvierten Akteurinnen und Akteuren wie Fachpersonen und Fachpersonen in Ausbildung werden begrüsst.
- Verbesserung der Fachkenntnisse wie auch der Soft Skills der behandelnden Berufsgruppen, insbesondere durch gemeinsame und interdisziplinäre Gefässe, ist positiv.
- Verstärkung des Dialoges und Trialoges⁶² und dadurch verbessertes Verständnis aller Beteiligten ist zentral.

Wissen:

- Breite und frühzeitige Sensibilisierung für die Schnittstellen zwischen Akutsomatik und Psychiatrie (und zwar gegenseitig), während der (Aus-, Weiter-, Fort-) Bildung der betroffenen Akteurinnen und Akteuren, ist sinnvoll.
- Entstigmatisierung bei allen involvierten Personengruppen (Fachpersonen, Patientinnen und Patienten) wird begrüsst.

Umsetzung:

- Grundsätzlich besteht eine grosse Bandbreite von verschiedenen Fachpersonen, welche alle ihrerseits Fachexpertinnen und -experten sind. In der Summe findet eine starke Wissensakkumulation statt, die der ganzheitlichen Behandlung Rechnung trägt (oder tragen kann).

Als **schwierig** eingeschätzt wurden folgende allgemeinen Aspekte:

Abläufe:

- Klärung und Anerkennung der Verantwortlichkeiten über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg ist wichtig: Die Patientinnen und Patienten fragten sich, wie denn die Umsetzung gelingt, wenn in der Praxis die Aufgaben von unterschiedlichen Berufsgruppen wahrgenommen werden. Es scheint wichtig, dass die Verantwortlichkeiten und Funktionsbereiche geklärt und anerkannt werden, die Aufgaben entsprechend ausgeführt werden.
- Es wird festgestellt, dass kein Einbezug oder wo allenfalls vorhanden, ein tendenziell sehr geringer Grad an Partizipation für betroffene Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen im gesamten Ablauf stattfinden

⁵⁹ Leitung Maya Cipusev, Ausbilderin FA, Peer, Expertin durch Erfahrung.

⁶⁰ Leitung socialdesign, Regula Ruffin und Manuela Spiess.

⁶¹ Vgl. Homepage zum Patientenkongress <https://www.patientenkongress.ch/>; organisiert von Pro Mente Sana, Berner Fachhochschule und Netzwerk Psychische Gesundheit. Thema: Gemeinsam den Herausforderungen der Psyche begegnen.

⁶² Fachpersonen, Betroffene, Angehörige.

- Es wird festgestellt, dass Peers in keinem der Modelle vorgesehen sind, die aber eine wichtige Rolle einnehmen könnten.
- Bei Modellen mit institutionalisierter Umsetzung und starkem Vernetzungscharakter zwischen Abteilungen (z.B. CHUV, GEP^{PSY}, Maastricht, Solothurner Spitäler, ipw) besteht die Gefahr der Verantwortungsdiffusion oder klarer Übernahme der Fallführung. Entsprechend sind die Verantwortlichkeiten sehr klar zu definieren.
- Bei Komorbiditäten (Doppeldiagnosen) muss die Endverantwortung für die Behandlung klar geregelt sein, einerseits gegenüber den Betroffenen, aber auch unter den Fachpersonen.

Umsetzung:

- Grundsätzlich werden viele positive Merkmale aus Sicht der Patientinnen und Patienten erkannt, dennoch besteht eine gewisse Skepsis hinsichtlich der Umsetzung. Beispielsweise scheinen viele Modelle die Sensibilisierung bei somatischen Fachpersonen hinsichtlich der psychiatrischen Erkrankungen (und umgekehrt) zu stärken. Dennoch erleben die Betroffenen eine fehlende Sensibilisierung im Rahmen ihrer Behandlung oder dann eine Sensibilisierung, die aber im konkreten Behandlungsprozess nicht umgesetzt wird.
- Es stellt sich die Frage, inwiefern die Realisierung unter ökonomischen und anderen hindernden Rahmenbedingungen gelingt.
- Grundsätzlich nehmen die Betroffenen bei den vertieften Modellen wenig Innovation wahr. Die Modell-Ansätze sind (in der Theorie) für viele schon länger bekannt.
- Die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten kommt bei den Modellen deutlich zu kurz oder wird nicht explizit hervorgehoben.
- Der Einbezug von Peers und Angehörigen ist in der Behandlungskette nicht vorgesehen.

Haltung:

- Allen Bemühungen zum Trotz erachten die Patientinnen und Patienten die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in der Akutsomatik als sehr hoch, was oft sowohl zu somatischer wie auch psychiatrischer Fehlbehandlung führt.
- Trotz Anstrengungen der Modell-Anwendenden für eine ganzheitliche Betrachtungsweise wird eine Trennung und Differenzierung zwischen Akutsomatik und Psychiatrie in der Behandlungspraxis festgestellt. Diese Trennung sollte aus Patientensicht künftig überwunden werden und auch im stationären wie auch ambulanten Behandlungsalltag die Ganzheitlichkeit gelebt werden.
- Den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten und einem Einbezug auf Augenhöhe kommt grundsätzlich noch zu wenig Bedeutung zu. Dies wird durch den noch unzureichenden Einbezug von ihnen und/oder betroffener Peers widergespiegelt.

4.5 Weitere allgemeine Schlussfolgerungen

- Die im Rahmen der Detailanalyse von Modellen guter Praxis durchgeführte Recherche hat ergeben, dass eine beachtliche Anzahl unterschiedlicher Modelle existiert, welche sich der koordinierten Versorgung psychisch erkrankter Personen mit somatischer Komorbidität annimmt. Dabei finden die Modelle in den unterschiedlichsten Settings statt, namentlich in stationären Settings wie Kliniken, Spitälern, aber auch im ambulanten Rahmen oder Ausbildungsinstitutionen oder niederschweligen Organisationsformen wie Vereinen. Entsprechend sind auch die Nutzer- und Zielgruppen sehr heterogen.
- Die Modelle entwickelten und etablierten sich in verschiedensten geografischen Regionen innerhalb der Schweiz, aber auch im Ausland. Modelle guter Praxis sind innerhalb der Schweiz in unterschiedlichen Landes- und Sprachregionen vorhanden.
- Es lässt sich eine Bandbreite von Merkmalen eruieren, welche ein Modell guter Praxis ausmachen und die koordinierte Versorgung optimieren können (vgl. 4.6). Viele Aspekte, die in der Theorie als begrüssenswert postuliert werden, werden auch in der Praxis umgesetzt. Beispielsweise wird der als wichtig betrachtete Fachaustausch zwischen den Disziplinen der Akutsomatik und Psychiatrie einerseits in institutionalisierter Weise ausgeübt (vgl. Modelle 3.2, 3.4, 3.7, 3.8), in informeller und eher freiwilliger Weise (vgl.

Modell 3.6), andererseits aber auch bereits in die Aus- und Weiterbildung künftiger Fachpersonen (vgl. Modelle 3.2, 3.5) integriert.

- Bestimmte Akteure erhalten (noch) zu wenig Beachtung in den Modellen. So wird etwa die Rolle der Sozialarbeit für die koordinierte Versorgung von komorbiden Personen von den befragten Akteuren nur selten erwähnt. Für Patientinnen und Patienten ist es zentral, dass wenn keine Angehörigen Unterstützung bieten können, andere Vertrauenspersonen beigezogen werden können. Dabei verwiesen die Patientinnen und Patienten im Rahmen des Patientenkongresses explizit auf die Wichtigkeit des Sozialdienstes, bei welchem nach Erfahrung einzelner kostenlos um die Unterstützung eines Sozialarbeiters oder einer Sozialarbeiterin als Vertrauensperson nachgefragt werden könne. Grundsätzlich leisten Sozialarbeitende einen relevanten Beitrag zur interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung, gerade auch weil sie wichtige Akteure und Funktionstragende bei der Organisation und Koordination innerhalb der Behandlungskette sind. Die Relevanz von Sozialarbeitenden wird etwa im Modell aus Holland (3.2.) evident, in welchem die Case Manager eine zentrale Rolle einnehmen am Übergang von der Institution in den ambulanten Bereich.
- Eine weitere Personengruppe, welche in den Modellen weitgehend unerwähnt bleiben, sind Angehörige (wie das unmittelbare Bezugssystem der Patientinnen und Patienten). Diese Personen stellen eine womöglich noch nicht optimal genutzte und unterstützte Gruppe von Multiplikatoren dar, welche aber ein grosses Potential für die Versorgungssituation psychisch Erkrankter mit somatischer Komorbidität haben könnte. Des Weiteren übernehmen Angehörige bei sozial isolierten Patientinnen und Patienten eine Schlüsselrolle in der Diagnostik und Betreuung. Sie erkennen oftmals das gleichzeitige Vorliegen von psychischen und somatischen Beschwerden. Entsprechend ist deren Einbezug auf mehreren Ebenen sinnvoll. Einerseits birgt die Mitaufklärung Angehöriger hinsichtlich der Erkrankungen (Psycho-Edukation) viele Chancen. Beispielsweise wird dadurch die Compliance, das heisst, das Befolgen des therapeutischen Behandlungsansatzes, gestärkt. Dies geschieht bspw. durch die niederschwellige Mitkontrolle der Medikamenteneinnahme oder die Unterstützung beim Einhalten von Arztterminen. Weiter ist durch die Fremdwahrnehmung durch die Angehörigen stärker gewährleistet, dass in kritischen Phasen und im Falle einer eingeschränkten Selbstwahrnehmung im richtigen Moment Fachpersonen aufgesucht werden.
- In den hier vorgestellten Modellen wie auch in den zusätzlich recherchierten Modellen findet sich kein expliziter Einbezug von so genannten Peers.⁶³ Peers sind Selbstbetroffene, welche (nach erfolgreichem Abschluss einer Peer Ausbildung) in der Behandlung tätig sind. Die Peer-Arbeit in der Psychiatrie ist aus der Recovery-Bewegung hervorgegangen.⁶⁴ Die Peer-Tätigkeiten reichen von Anbieten und Moderation von Selbsthilfegruppen, Aufklärungsarbeit mittels Workshops, Begleiten von Betroffenen im Alltag, etc. Grundsätzlich soll durch Peers Erfahrungswissen zum Genesungsprozess nutzbar gemacht werden. Am Workshop im Rahmen des Patientenkongress wurde deutlich zum Ausdruck gebracht, dass die Involvierung von Selbstbetroffenen im therapeutischen Ablauf vielfältige Vorteile mit sich bringen kann. So entsteht oftmals eine rasche und vertrauensvolle Beziehung zwischen Betroffenen. Weiter wird durch den oder die Peer aufgezeigt, dass eine (teilweise) Genesung möglich ist und widerspiegelt auch, wie die Genesung erfolgen kann. Diese Aspekte wirken förderlich auf die Selbstwirksamkeit und stärken die Betroffenen im Sinne des Empowerments⁶⁵, auch an der Schnittstelle Psychiatrie-Akutsomatik.
- Pathogenese versus Salutogenese: Der Fokus der recherchierten Modelle liegt vorwiegend auf der Pathogenese⁶⁶ und seltener auf der Salutogenese.⁶⁷ Entsprechend wären

⁶³ Aus dem Englischen, Peer = eine Person aus einer Personengruppe mit gleichen Merkmalen. Hier: Selbstbetroffene.

⁶⁴ Vgl. bspw. Peer +, <http://www.peerplus.ch/Joomla/> (18.09.2018).

⁶⁵ „Empowerment = Ermächtigung und Übertragung von Verantwortung.

⁶⁶ Das Konzept der Pathogenese widerspiegelt Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Krankheit beitragen.

⁶⁷ Das Konzept der Salutogenese widerspiegelt Faktoren, die zur Entstehung und zum Erhalt der Gesundheit beitragen, vgl. <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/?id=167>, (17.10.2018).

gesundheitsförderliche oder -präventive Aspekte in Modellen guter Praxis zu integrieren, beispielsweise durch die Befähigung der Betroffenen zur Eigeninitiative und Mitbestimmung.

- Einige Modelle würden im Zuge einer verstärkten Digitalisierung Änderungen oder Anpassungen erfahren müssen, beispielsweise bei Modellen, welche heute mit papiernen Unterlagen arbeiten (Modelle 3.1, 3.4, 3.8). Die Modellanwendenden nehmen diese möglichen Veränderungen in erster Linie als Herausforderung wahr. Andererseits kann die Digitalisierung wie etwa die Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) auch eine Chance darstellen. Dadurch besteht die Möglichkeit der verstärkten Vernetzung zwischen Akteuren und des automatisierten Wissenstransfers.
- Die Mehrheit der Modelle ist bislang nicht wissenschaftlich evaluiert worden. Möglicherweise ist dies darin begründet, weil Evaluationen zeit- und kostenintensiv sein können. Eine Weise, wie relativ ressourcengünstig fundierte Wirksamkeitsnachweise erarbeitet werden könnten, ist die Vergabe von Abschlussarbeiten (z.B. Fachhochschule-, Universitätsabsolvierende). Insbesondere bei Modellen, die in Institutionen umgesetzt werden und bei denen möglicherweise Verbindungen zu Universitäten bestehen, könnten von dieser Möglichkeit Gebrauch machen.

4.6 Merkmale von Modellen guter Praxis

Die nachfolgenden Tabellen führen die herausgearbeiteten Merkmale von Modellen guter Praxis zusammenfassen auf und verweisen auf die Handlungsbereiche, welche dadurch abgedeckt werden (S=Stigmatisierung/Diskriminierung, D=Diagnostik/Behandlung, W=Wissen, V=Versorgungssystem/Struktur).⁶⁸ Diese Gliederung ermöglicht zukünftigen Modellentwickelnden eine gezielte Orientierung, um von den spezifischen und individuellen Rahmenbedingungen oder Zielsetzungen ausgehend aktiv zu werden. Beispiel: Soll ein neues Modell insbesondere den Patientinnen und Patienten-Fokus sowie Aspekte des Handlungsbereichs Diagnostik/Behandlung berücksichtigen, lassen sich die spezifischen Merkmale herauslesen, mögliche Handlungsmaßnahmen

Tabelle 6: Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus Fachpersonen









Fokus Fachpersonen	Handlungsbereiche ⁶⁹			
Merkmale von Modellen guter Praxis	 S	 D	 W	 V
▪ fördern die Vertiefung von bekanntem und bestehendem theoretischen (Fach-)Wissen und fördern die Erweiterung von neuem (Fach-)Wissen bei den Anwendenden	x	x	x	
▪ erzielen einen praktischen Kompetenzgewinn bei den Anwendenden		x	x	
▪ steigern die Sicherheit und Adäquatheit der Diagnosestellung, Prognosestellung und/oder Behandlungsindikation		x	x	
▪ bauen Stigmata bei Fachpersonen ab	x			
▪ fördern und verstärken die Vernetzungsarbeit zwischen Fachpersonen der relevanten Disziplinen				x
▪ klären und definieren die Verantwortlichkeiten aller involvierten Gesundheitsakteure				x
▪ sensibilisieren für die Schnittstelle (akut-)Psychiatrie – Akutsomatik bei allen involvierten Gesundheitsakteuren				x
▪ lösen Begeisterung und Beteiligungsbereitschaft bei den beteiligten Gesundheitsakteuren aus	x	x		
▪ sind für die Anwendenden/Leistungserbringenden praktikabel und einfach umsetzbar		x		x
▪ verfolgen ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis	x	x	x	

Tabelle 7: Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus Patientinnen und Patienten

Fokus Patientinnen und Patienten	Handlungsbereiche ⁷⁰			
Merkmale von Modellen guter Praxis	 S	 D	 W	 V
▪ verbessern das Krankheitsverständnis bei den Patientinnen und Patienten	x		x	
▪ reduzieren das Risiko von Folgeerkrankungen bei den Patientinnen und Patienten		x		
▪ stärken das Empfinden von Selbstwirksamkeit ⁷¹ bei den Patientinnen und Patienten	x			
▪ bewirken den Abbau von Stigmata bei den Patientinnen und Patienten	x			
▪ verbessern und stärken das Selbstmanagement ⁷² der Patientinnen und Patienten		x	x	
▪ erhöhen die Compliance ⁷³ bei den Patientinnen und Patienten			x	
▪ erzielen einen effizienten Behandlungsstart und erhöhen dadurch die Chancen auf einen Behandlungserfolg resp. vermindern das Risiko auf Chronifizierung		x		x
▪ verfolgen ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis	x	x	x	

⁶⁸ Zu einem gewissen Grad berücksichtigen fast alle Modelle das Merkmal, hier werden diejenigen erwähnt, welche das Merkmal besonders hervorheben.

⁶⁹ Legende: S=Stigmatisierung/Diskriminierung, D=Diagnostik/Behandlung, W=Wissen, V=Versorgungssystem/Struktur.

⁷⁰ Legende: S=Stigmatisierung/Diskriminierung, D=Diagnostik/Behandlung, W=Wissen, V=Versorgungssystem/Struktur.

⁷¹ Umschreibt die Überzeugung einer Person, aus eigener Kraft eine (schwierige) Situation bewältigen zu können.

⁷² Bezeichnet die Kompetenz, die eigene Entwicklung unabhängig von externen Einflüssen zu gestalten.

⁷³ Befolgen ärztlicher Behandlungsverordnungen, z.B. korrekte Einnahme der Medikamente.

Fokus Patientinnen und Patienten	Handlungsbereiche ⁷⁰			
Merkmale von Modellen guter Praxis	S	D	W	V
<ul style="list-style-type: none"> ▪ betreiben einen aktiven Dialog und Trialog (Betroffene, Angehörige, Fachpersonen) ▪ beziehen Betroffene aktiv und explizit in die Behandlung mit ein 	x			

Tabelle 8: Merkmale von Modellen guter Praxis mit Fokus auf strukturellen Aspekten

Fokus strukturelle Aspekte	Handlungsbereiche			
Merkmale von Modellen guter Praxis	S	D	W	V
▪ verkürzen Kommunikations-, Behandlungs-/Indikationsstellungswege	x			
▪ vermindern das Risiko des «zwischen die Maschen Fallens» von Erkrankten				x
▪ zielen auf resp. erzielen ein adäquates, zielgerichtetes, effizientes Behandlungsvorgehen		x		
▪ zielen auf eine Reduktion der Kosten im Gesundheitssystem	x			x
▪ erzielen schnelle Behandlungserfolge und verbessern dadurch die Krankheitsprognose		x		x
▪ beziehen die verschiedenen Hierarchiestufen einer Institution ein				x
▪ beziehen politische Entscheidungsträger mit ein				x
▪ machen von den bestehenden technisch-infrastrukturellen Rahmenbedingungen Gebrauch				x
▪ nutzen wenn möglich die bestehenden Austauschgefässe				x
▪ installieren wenn nötig neue Austauschgefässe				x
▪ evaluieren sich selbst oder üben eigene Kritik			x	x
▪ bewirtschaften die Schnittstellen zwischen den Disziplinen (Psychiatrie/Akutsomatik) innerhalb einer Institution				x
▪ bewirtschaften die Schnittstellen zwischen den Disziplinen zwischen Institutionen (stationär-stationär; stationär-ambulant; ambulant-stationär; ambulant-ambulant)				x
▪ Vermeiden Doppelspurigkeiten im Diagnose- / Behandlungsprozess				x

5 Literatur- und Materialienverzeichnis

Literatur

- Jakovljević, Miro; Crncevic Zeljika (2012): *Comorbidity as an epistemological challenge to modern psychiatry*. In: *Dial Phil Ment Neuro Sci* 2012; 5(1): 1-13. Vgl. http://www.academia.edu/10933907/Comorbidity_as_an_epistemological_challenge_to_modern_psychiatry.
- Leue, Carsten (2017): Hyperarousal in the Hospital and what to do about it. The MED-PSYCH-NET – a transitional network approach fosterin personalized are in psychosomatic medicine.
- Leue, Carsten et al. (2010). Managing complex patients on a medical psychiatric unit: An observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention, *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 295-302.
- Schlapbach, Martina, Ruffin, Regula (2017), Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle "Akutsomatik – Psychiatrie resp. psychiatrische Klinik, Situationsanalyse und Handlungsbedarf, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern. Vgl. https://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/The-men/BAG_2017_Koord_Versorgung_Somatik-Psy.pdf
- Sulin Bänziger, Anna Hegedüs, Christian Burr, Katharina, Glavanovits, Ian Needham, Christoph Abderhalden (†), Dr. Eva Cignacco (2016). The application of the Health Improvement Profile (GEPPSY) to investigate the prevalence of somatic health risks of persons with severe mental health problems in outpatient and day hospital settings.
- Von Korff, Michael R. von et al. (Hg.) (2009): *Global perspectives on mental-physical comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Treasure, Janet, Claudino, Angelica M.; Zucker, Nancy (2009): *Eating disorders*. In: *The Lancet*, 19 November 209, COR:10.1016/S0140-6736(09)61748-7.
- White, Jacquie; Gray, Richard, J.; Swift, Louise; Barton, Garry, R.; Jones, Martin (2011). The serious mental illness health improvement profil (HIP): study protocoll for a cluster randomised controlled trial. *Trials*, p. 1-12.

Wichtige modellbezogene Homepages

- **Homepage der Argomed AG (Modell 8):** <https://www.argomed.ch>
- **Homepage der Berner Fachhochschule bfh (Modell 3):** CAS Clinical Assessment & Decision Making: https://www.gesundheit.bfh.ch/nc/de/veranstaltungen_details.html?kursid=806
- **Homepage des Departements Health Science and Health Policy und Cluster Functioning and Health (Modell 5):** <https://www.unilu.ch/fakultaeten/ksf/institute/health-sciences-health-policy/>
- **Homepage des Hausarztvereins (Modell 6):** <https://www.hausarzt-luzern.ch/>
- **Homepage der Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw (Modell 3):** <https://ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/home.htm>
- **Homepage des Instituts für Hausarztmedizin & Community Care Luzern (Modell 5):** <https://www.iham-cc.ch>
- **Homepage des Luzerner Kantonsspitals LUKS (Modell 5):** <https://www.luks.ch/>
- **Homepage der Luzerner Psychiatrie (Modell 5):** <https://www.lups.ch/>
- **Homepage des Maastricht University Medical Centers (Modell 2):** <https://www.mumc.nl/en>

- **Homepage der Maastricht Universität (Modell 2):** <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/17654609/c5867.pdf>
- **Homepage der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich (Modell 5):** <https://www.med.uzh.ch/de.html>
- **Homepages der Universität Luzern, Luzerner Track (Modell 5):** <https://www.unilu.ch/studium/studienangebot/master/kultur-und-sozialwissenschaftliche-fakultaet/medizin/>
- **Homepage des Universitätsspitals Lausanne (Modell 7):** http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=310
- **Homepage der Solothurner Spitäler AG (Modell 4):** <https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/startseite.html>
- **Homepage der Schweizer Paraplegiker-Forschung SPF (Modell 5):** <https://www.papaplegie.ch/sps/de>
- **Homepage der Schweizer Paraplegiker Vereinigung SPV (Modell 5):** <http://www.spv.ch/>

Weitere wichtige Homepages

- **1. Nationaler Patientenkongress:** www.patientenkongress.ch
- **Bundesamt für Gesundheit:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- **Bundesamt für Gesundheit, Gesundheit2020:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html>
- **Bundesamt für Gesundheit, Koordinierte Versorgung:** <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung.html>
- **Balintgruppen:** <http://www.balint.ch/>
- **Informationen zu Salutogenese:** <http://www.salutogenese-zentrum.de/cms/?id=167>
- **Peerarbeit:** <https://www.promentesana.ch/de/wissen/peer-arbeit.html>
- **Spitäler der Schweiz:** <http://www.hplus.ch/>
- **Nationale Strategie Sucht 2017–2024.** Vom Bundesrat verabschiedete Version, November 2015. Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>

Modellbezogene Materialien

- **Gesundheitsförderungsmodell (GEP^{PSY}) der UPD Bern (Modell 1):** https://www.psychiatrie-verlag.de/fileadmin/storage/files/pv_book/Downloadmaterialien_APP.pdf, S. 53ff
- **Flyer zum Joint Master Luzerner Track (Modell 5):** https://www.unilu.ch/fileadmin/shared/Broschueren/Download/Joint_Master_Medizin.pdf
- **Forschung zu Modell 2 (Maastricht):** <https://cris.maastrichtuniversity.nl/portal/files/17654609/c5867.pdf>

Homepages der Gesamtübersicht der recherchierten Modelle (in chronologischer Reihenfolge)

Primärer Themenbereich Stigmatisierung

- <https://www.wie-gehts-dir.ch/>
- <http://www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html>

Primärer Themenbereich Wissen

- Roth, Binia; Munsch, Simone (2010). Training für adipöse Kinder und ihre Eltern (TAKE) – Manual für Kinder. Tübingen: Dgvt Verlag

- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/das-care-for-caya-programm-ganzheitliches-praeventionsprogramm-fuer-junge-patienten-nach-ueberstandener-krebserkrankung-im-kindes-jugend-und-jungen-erwachsenenalter-caya-s.112>
- <https://www.upk.ch/startseite.html>
- <https://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de.html>
- <https://www.hausarzt-luzern.ch>
- <http://www.iham-cc.ch>

Primärer Themenbereich Diagnostik & Behandlung

- <http://www.sbk-be.ch/>
- <https://www.unispital-basel.ch/>
- <https://www.upk.ch/startseite.html>
- <https://www.hug-ge.ch/specialites-psychiatriques/equipe-mobile-mixte-updm-epi>
- <https://www.lups.ch/erwachsenen-psychiatrie/allgemeinpsychiatrie/gemeindeintegrierte-akutbehandlung/>
- <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/home-treatment/>
- <http://www.unifr.ch/psychotherapie/de>
- <https://bes-online.unifr.ch/de>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/blended-therapy-verbesserung-der-versorgung-von-psychisch-kranken-in-der-hausarztpraxis.182>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/nppv-verbesserte-versorgung-psychischer-und-neurologischer-erkrankungen.69>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ispo-integrierte-sektorenebergreifende-psychoonkologie.103>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ccschool-continuum-of-care-school-verbesserung-der-versorgungskontinuitaet-bei-kindern-und-jugendlichen-mit-drohender-seelischer-behinderung.117>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/kid-protect-kind-zentrierte-psychoziale-grundversorgung-im-ambulanten-sektor.172>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/zse-duo-duale-lotsenstruktur-zur-abklaerung-unklar-er-diagnosen-in-zentren-fuer-seltene-erkrankungen.176>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/step-de-sporttherapie-bei-depression.195>
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/prompt-primarindikative-und-optimierte-zuweisung-zu-gezielten-massnahmen-bei-emotionalen-und-verhaltensauffaelligkeiten-bei-kindern.191>
- <https://www.centerforebp.case.edu/practices/sami/iddt>

Primärer Themenbereich Versorgungssystem & Struktur

- <http://www.neurologie.insel.ch/de/unsere-angebote/psychosomatische-medizin/>
- <https://www.insel.ch/de/>
- <https://www.ur.ch/dienstleistungen/4066>
- <https://www.sbk.ch/bildung/karriere-in-pflege/apn.html>
- <https://www.ssclp.ch>
- <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/unite-de-psychiatrie-de-liaison-specialisee/>
- <https://www.spitalaffoltern.ch/akutgeriatrie.html>
- <https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/startseite.html>
- <https://www.medicum-wesemlin.ch>

- <http://www.medges.ch/>
- <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/pflege/somatische-pflege/>
- <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/pflege/somatische-pflege/>
- <https://emediplan.ch/fr/emediplan/regionen>
- <https://www.upd.ch/angebot/erwachsenenpsychiatrie/ambulant-familienpflege.php>
- <https://www.upd.ch/angebot/erwachsenenpsychiatrie/sozialarbeit.php>
- <https://spitalthun.ch/leistungsangebote/psychiatrische-dienste//>
- <http://www.fr.ch/rfsm/de/pub/index.cfm>
- <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html>
- <https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/flyer-iv-psychose.pdf>
- <http://international.au.dk/>
- <https://www.mumc.nl/en/over-mumc>
- Goodman, Berney (1985). Combined psychiatric-medical inpatient units: The Mount Sinai model. *Psychosomatics*, 26 (3), p. 179-182
- <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen>.
- https://fmc.ch/_Resources/Persistent/dda0378c98f653518d1da88e0fd1480d22df5035/2017_Smarter%20Mental%20Healthcare.pdf

Anhang: Gesamtübersicht der recherchierten Modelle guter Praxis

Nachstehende tabellarischen Darstellungen enthalten die Gesamtübersicht über die recherchierten Modelle guter Praxis zur koordinierten Versorgung der Patientengruppe von psychisch erkrankten Personen mit zusätzlicher körperlicher Erkrankung. Dargelegt sind Name und Implementierende resp. Anwendende des Modells, ein Kurzbeschreibung in der Originalsprache, wie sie socialdesign zugestellt worden sind, Handlungs- und Versorgungsbereiche sowie der regionale Fokus. Gesamthaft sind 47 Modelle aufgeführt. Die recherchierten Modelle sind entlang der untenstehenden vier primären Themenfelder gegliedert, welche im Rahmen der Situationsanalyse von Schlapbach und Ruffin (2017) als Handlungsbereiche mit einem erheblichen Bedarf zur optimierten Versorgung von psychisch-somatisch komorbiden Patientinnen und Patienten identifiziert wurden.

- Stigmatisierung und Diskriminierung
- Wissen
- Diagnostik und Behandlung
- Versorgungssystem und Struktur

Da viele Modelle jedoch mehreren Bereichen zuzuordnen sind, enthält die 3. «Spalte Handlungs-/Versorgungsbereich» Informationen zu weiteren Aspekten, welche das jeweilige Modell aufgreift.

In *kursiver Schrift* stehen Modelle, welche die antwortenden Expertinnen und Experten im Rahmen des «Call for Good Practices» genannt haben. Mit einem Stern (*) vor dem Titel gekennzeichnet sind Modelle, die bereits in der Situationsanalyse von Schlapbach und Ruffin (2017) identifiziert wurden.

Tabelle 9: Gesamtübersicht aller recherchierten Modelle

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Primärer Themenbereich Stigmatisierung			
Nationale Kampagne „Wie geht’s dir?“⁷⁴	Ein Gespräch ist oft der erste Schritt zur Linderung oder Heilung von psychischen Krankheiten. Doch für viele Betroffene ist gerade dieser erste Schritt der schwierigste. Die Kampagne „Wie geht’s dir?“ wird zurzeit von Pro Mente Sana und den Kantonen Zürich, Aargau, Bern, Graubünden, Luzern, Schwyz und Thurgau sowie der Coordination Romande des Associations d’Action en Santé	Sensibilisierung Psychiatrie	Schweiz

⁷⁴ Vgl. <https://www.wie-gehts-dir.ch/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Stiftung Pro Mente Sana in Zusammenarbeit mit zahlreichen Partnerorganisationen und Kantonen	Psychique (CORAASP) getragen. Seit 2013 gibt es neben Plakaten eine Website mit Gesprächstipps für Betroffene und deren Umfeld. Weitere Inhalte sind Informationen über die verschiedenen psychischen Krankheiten, über deren Prävention sowie über Hilfsangebote. Die ersten Kampagnenwellen waren zum Thema Arbeit und Psyche, ab Herbst 2016 steht das Thema psychische Gesundheit in der Familie im Fokus.		
Kampagne „10 Schritte für psychische Gesundheit“⁷⁵ Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz in Zusammenarbeit mit Mitgliedorganisationen und Kantonen	Die Kampagne stammt ursprünglich aus Oberösterreich und wurde vom Kanton Zug in die Schweiz geholt. Die meisten Menschen wissen, wie sie ihre körperliche Gesundheit fördern können – beispielsweise durch eine gesunde Ernährung oder durch tägliche Bewegung. Es ist auch allgemein bekannt, dass Umwelt- und Arbeitsbedingungen die Gesundheit beeinflussen. Psychische Gesundheit und was man – ganz einfach und direkt – selbst dafür tun kann wird jedoch kaum thematisiert. Die Kampagne liefert mit einfachen Piktogrammen Denkanstösse, was jeder und jede für die individuelle Förderung der psychischen Gesundheit tun kann. Beide Angebote werden den Mitgliedern des NPG kostenlos zur Verfügung gestellt. Die zehn Schritte umfassen: „sich selbst annehmen“, „aktiv bleiben“, „darüber reden“, „Neues lernen“, „mit Freunden in Kontakt bleiben“, „um Hilfe fragen“, „sich beteiligen“, „etwas Kreatives tun“, „sich entspannen“, „sich nicht aufgeben.“ Seit Mitte 2014 verwaltet das NPG die Nutzungsrechte der „10 Schritte“ und stellt sie seinen Mitgliedern kostenlos zur Verfügung. Der Kanton Aargau hat 2016 einen Kurzfilm dazu veröffentlicht. Der Kurzfilm zeigt, welche 10 Schritte im Alltag für den Aufbau und den Erhalt der psychischen Gesundheit unternommen werden können.	Sensibilisierung Psychiatrie	Schweiz: Zug & andere Kantone
Themenfeld Wissen			
*TAKE Training für adipöse Kinder und deren Eltern ⁷⁶	Das TAKE Training umfasst verhaltenstherapeutisches Training, Ernährungsberatung und Sport und gilt als ein auf Fragen der Komorbidität ausgerichtetes, evidenzbasiertes Präventionsprogramm.	Sensibilisierung und Prävention von Betroffenen Kinderpsychiatrie	Schweiz: Basel

⁷⁵ Vgl. <http://www.npg-rsp.ch/de/projekte/10-schritte-fuer-psychische-gesundheit.html> (18.10.2018); Vgl. <http://www.psychische-gesundheit-zug.ch/10-schritte/> (18.10.2018).

⁷⁶ Vgl. Roth, Binia; Munsch, Simone (2010). Training für adipöse Kinder und ihre Eltern (TAKE) – Manual für Kinder. Tübingen: Dgvt Verlag.

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Universität Basel und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland			
Das CARE for CAYA-Programm Ganzheitliches Präventionsprogramm für junge Patienten nach überstandener Krebserkrankung im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (CAYAs) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf et al. ⁷⁷	Ziel ist ein ganzheitliches Präventionsprogramm mit jährlicher Bedarfsanalyse und bedarfsadaptierter, individueller Lebensstil- (Ernährung und Sport) und psychosozialer Beratung / Intervention bei 15-39jährigen Krebsüberlebenden (CAYA = Children, Adolescents and Young Adults) in die tumorbezogene Nachsorge. Das Programm soll deutschlandweit an regionalen Zentren der CAYA-Versorgung implementiert werden, um das Risiko für Langzeittherapiefolgen (z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, metabolisches Syndrom, aber auch Sekundärmalignome) zu minimieren und damit auch Folgetherapiekosten zu verringern.	Prävention Krebs – Psychiatrie	International: Hamburg
*Pflugesymposium «Die eine Krankheit schmerzt die Seele, die andere den Körper. Pflege brauchen beide»⁷⁸ Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland	Im Zentrum dieser Pflegefachtagung (5. Februar 2015, Basel) stand das Ziel definiert, die Aufmerksamkeit von behandelnden Fachpersonen auf die somatische Gesundheit psychisch erkrankter Menschen zu schärfen. Neben aktuellem Wissen wurden dazu verschiedene Modelle aus der Schweiz vorgestellt, die hilfreich sind, um den Graben in der Wahrnehmung und Behandlung körperlicher und psychischer Gesundheit zu überwinden.	Sensibilisierung von Fachpersonen Psychiatrie – Akutsomatik	Schweiz: Basel
*Curriculum Hausarztmedizin am Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern⁷⁹ Luzerner Kantonsspital (LUKS) Luzern und Luzerner Psychiatrie (lups) Hausarztvereins Luzern ⁸⁰	<i>Im Rahmen des „Luzerner Curriculum“ werden interdisziplinär ausgerichtete Rotationsstellen geschaffen. Diese ermöglichen es Hausärztinnen und Hausärzten, während sechs Monaten praktische Erfahrungen in der Psychiatrie (inkl. Akutpsychiatrie, gemeindeintegrierte Psychiatrie und Memoryclinic) zu gewinnen. Im Rahmen des Hausarztvereins Luzern wird eine interdisziplinäre Fortbildung angeboten. Je 50 Prozent der Mitglieder des Vereins sind Hausärzte und Spezialisten, darunter auch ein Psychiater. Regelmässige gemeinsame Fortbildungen und fachlicher Austausch. Die Themen sind fächerübergreifend mit Inputs von Hausärzten und Spezialisten inklusive Psychiater.</i>	Aus-/Weiterbildung Fokus: Hausärzte Akutsomatik – Psychiatrie	Schweiz: Luzern

⁷⁷ Vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, Innovationsausschuss, Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/das-care-for-caya-programm-ganzheitliches-praeventionsprogramm-fuer-junge-patienten-nach-ueberstandener-krebserkrankung-im-kindes-jugend-und-jungen-erwachsenenalter-cayas.112> (18.10.2018).

⁷⁸ Vgl. Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel / Psychiatrie Baselland 2015, Vgl. <https://www.upk.ch/startseite.html> (18.10.2018).

⁷⁹ Vgl. Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern, Vgl. <https://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de.html> (18.10.2018).

⁸⁰ Vgl. www.hausarzt-luzern.ch (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Mantelmodul Hausarztmedizin und Psychiatrie im Joint-Masterstudiengang der Universitäten Luzern und Zürich⁸¹ Universitäten Luzern und Zürich	Im Zuge der Erhöhung von Studienplätzen in der Humanmedizin gibt es seit Herbst 2017 in der Schweiz mehrere neuere Studiengänge, einer davon ist der Joint Master-Studiengang der Universitäten Luzern und Zürich. Die ersten 40 Studenten im sog. Luzerner Track absolvieren ihr Bachelorstudium in Zürich und anschliessend das Masterstudium in Luzern. Erste Luzerner Lehrveranstaltungen finden aber schon in den Bachelorjahrgängen statt, so ist im 2. Studienjahr (FS 2019) ein hausärztlich-psychiatrisches Mantelmodul fix geplant und obligatorisch für alle 40 Studenten. Das Modul mit dem Titel „symptomorientierte Abklärung in der hausärztlichen und psychiatrischen Praxis“ wird zurzeit entwickelt und umfasst 8 Halbtage. Je 3 Halbtage werden durch die Luzerner Psychiatrie lups bzw. die Hausärzte (Institut für Hausarztmedizin & Community Care Luzern – www.iham-cc.ch) bestritten und 2 Halbtage werden gemeinsam gestaltet.	Interdisziplinarität Ausbildung	Schweiz: Luzern
Weiterbildungsangebote SBK Bern und pflgebern ⁸²	Verschiedene Kursangebote an der Schnittstelle Psychiatrie – Akutsomatik, z.B. «Kompetent im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen», «Case Management»	Interdisziplinarität Weiterbildung	Schweiz: Bern
Themenfeld Diagnostik & Behandlung			
*Basler Demenz-Delir Programm⁸³ Universitätsspital Basel	Das Multimethoden-Forschungs- und Praxisentwicklungsprogramm zielt auf die Prävention, frühe Erkennung und frühe Behandlung von Delirien. Das interdisziplinäre Projekt ist pflegegeleitet und besteht aus einem systematischen Screening nach Delir-Symptomen und einem Assessment kognitiver Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten ab Alter 70 sowie der systematischen Durchführung evidenzbasierter prophylaktischer und therapeutischer Massnahmen. Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen sollen gegebenenfalls weiterführende Abklärungen erhalten, insbesondere in Zusammenarbeit mit dem/der Hausarzt/Hausärztin und der Memoryclinic.	Differentialdiagnose Fokus: Pflege Psychiatrie – Akutsomatik Schnittstelle Hausärzte	Schweiz: Basel
*Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP^{PSY})⁸⁴ Universitäre Psychiatrische Dienste (UPD) Bern	Als Beispiel im Bereich Erhebungsinventar lässt sich das Instrument Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie (GEP ^{PSY}) aufführen, welches in der Psychiatrie als Screening-Instrument für die körperliche Gesundheit eingesetzt wird. Seit Jahren werden in den Ambulatorien der UPD mit den Patient*innen jährliche Screenings anhand eines speziell ausgearbeiteten Fragebogens (Geppsy) zu	Erhebungsinventar Psychiatrie	Schweiz: Bern

⁸¹ Vgl. <http://www.iham-cc.ch> (18.10.2018).

⁸² Vgl. <http://www.sbk-be.ch/> (18.10.2018).

⁸³ Vgl. <https://www.unispital-basel.ch/> (18.10.2018).

⁸⁴ Vgl. <https://www.upk.ch/startseite.html> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
	<i>somatischen Beschwerden durchgeführt. Der Katalog führt über konkrete Fragestellungen und Interventionsvorschlägen durch die Befunderhebung. Bei Bedarf wird danach ein hausärztlicher Termin vereinbart. So können Patient*innen mit einer psychischen Erkrankung regelmässig einer somatischen Beurteilung zugeführt werden.</i>		
Equipe Mobile Mixte, EPI (Etablissements publics pour l'intégration, Genève) UPDM (Unité de psychiatrie du développement mental, HUG ⁸⁵)	L'unité assure la prise en soins de personnes atteintes d'un trouble du développement mental caractérisé par une déficience des facultés intellectuelles, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité, des performances sociales, d'un trouble autistique et d'un trouble psychiatrique.	Integrierte Behandlung, Fokus Psychiatrie	Schweiz: Genf
Differentialdiagnose Berner Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen (FETZ)	Die Früherkennung von psychischen Störungen wie auch die Feststellung eines erhöhten Erkrankungsrisikos erfordern eine ausführliche, spezialisierte Diagnostik. Hierin kann unser Team auf langjährige Erfahrungen zurückgreifen. Die Diagnostik umfasst ausführliche klinische Gespräche und Interviews, die gegebenenfalls durch weitere medizinische Untersuchungen zum Ausschluss körperlicher Erkrankungen als Ursache seelischer Beschwerden ergänzt werden.	Diagnose Psychiatrie (– Akutsomatik)	Schweiz: Bern
Überweisungsformular und Austausch an Schnittstelle Hausärzte – Psychiatrie⁸⁶ Argomed Ärzte AG	<i>Das Modell stammt aus einem Qualitätszirkel aus Ärztenetzen. Es ging um die schwierige Zuweisung aus der Allgemeinpraxis zum Psychiater. Basierend auf einer gemeinsamen Sitzung erarbeiteten Fachpersonen für diesen Übertritt ein Überweisungsformular. Die Idee dahinter ist, dass der Psychiater von vorneherein weiss, was die Anforderung ist. Daraus entstanden ist dann ein 2-mal jährlicher Austausch zwischen Hausärzten und den Psychiatern, wo entweder ein praxisrelevantes Krankheitsbild für die Allgemeinpraktiker aus dem psychiatrischen Formenkreis oder ein somatisches Thema für die Psychiater gemeinsam diskutiert wird.</i>	Übertritt Akutsomatik / Hausärzte – Psychiatrie	Schweiz: Aargau, Bern, Luzern, Solothurn und Zug
«Home Treatment» – Akutbehandlung von psychisch erkrankten Personen im homesetting⁸⁷ Luzerner Psychiatrie (LUPS)	Das Behandlungsangebot basiert auf einer Akutbehandlung im homesetting, welche einerseits ein Maximum an therapeutischer und pflegfachlicher Versorgung bietet und dabei gleichzeitig psychisch kranken Menschen die Möglichkeit bietet während einer akutpsychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld zu verbleiben.	(Akut)Psychiatrie – Therapie – Pflege – Akutsomatik	Schweiz: Luzern / (ZH) ⁸⁸

⁸⁵ Vgl. <https://www.hug-ge.ch/specialites-psychiatriques/equipe-mobile-mixte-updm-epi> (18.10.2018).

⁸⁶ Vgl. <https://www.argomed.ch/> (18.10.2018).

⁸⁷ Vgl. <https://www.lups.ch/erwachsenen-psychiatrie/allgemeinpsychiatrie/gemeindeintegrierte-akutbehandlung/> (18.10.2018).

⁸⁸ Vgl. <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/home-treatment/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
	<p><i>Dies erlaubt dem Behandlungsteam den Patienten im Rahmen seiner realen Belastungen, seiner sozialen, familiären etc. Situation zu erleben, ihn innerhalb seiner Realität unmittelbar zu begleiten und damit ein individuelles Behandlungskonzept zu entwickeln, das auf seine Anforderungen und Herausforderungen angepasst ist.</i></p> <p><i>Angaben zum GiA-Team in Sursee (verantwortlich für die Versorgung von Patienten in der Luzerner Landschaft): aktuell bestehend aus drei Aerzten, einer Psychologin und 10 sehr erfahrenen Psychiatrie-Pflegefachkräften, die 24h/7 (inkl. Picket-Dienst) Patienten betreuen.</i></p> <p><i>Während der psychiatrischen Akutversorgung im home setting (Home Treatment) werden Patienten auch allgemeinmedizinisch betreut. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten, Internisten und anderen niedergelassenen Spezialisten -im Sinne eines kontinuierlichen Informationsflusses und damit einer gut koordinierten Zusammenarbeit - sehr wichtig.</i></p> <p><i>Während der Behandlung werden oftmals somatische Abklärungen (wie z.B. MRI, gastroenterologische oder andere Spezialuntersuchungen.) sowie auch somatische Medikationen initiiert, da zahlreiche psychische Symptome eine körperliche Ursache haben können und vice versa.</i></p> <p><i>Das Therapieangebot während der psychiatrischen Akutbehandlung integriert moderne, schulmedizinische Konzepte mit ergänzenden Angeboten wie Aromatherapie, NADA (Ohrakupunktur), Qi Gong, Kunsttherapie.</i></p>		
<p>Zentrum für Psychotherapie, Universität Fribourg⁸⁹ (verschiedene Projekte)</p>	<p>Verschiedene Projekte u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effiziente und valide Psychodiagnostik, die ein standardisiertes frei verfügbares, kostenloses, überprüfbares klinisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen nach DSM-5 umfasst sowie online Fragebogen zur Erhebung der dimensional psychopathologie - Evidenzbasierte KVT bei Essstörungen: Anorexia und Bulimia Nervosa und Binge-Eating Störung (Schnittstelle stationäre Psychiatrie) mit hochfrequenten kurzfristigen „Esstrainings“, die regelmässig bezüglich Effekten geprüft wird 	<p>Psychologische Psychotherapie inkl. Link zu Akutsomatik</p>	<p>Schweiz: Fribourg</p>

⁸⁹ Vgl. <http://www.unifr.ch/psychotherapie/de> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
<p>Gefässe und Grundsätze für koordinierte Versorgung gemäss SAPPM⁹¹</p> <p>Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPM</p>	<p>- <i>blended treatment: Internetbasierte KVT für Binge Eating Disorder bei Erwachsenen und künftig auch bei Jugendlichen⁹⁰</i></p> <p>Folgende Gefässe und Grundsätze sind gemäss SAPPM für die koordinierte Versorgung von psychisch-körperlich komorbiden Patientinnen und Patienten relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sprechstundenzeit mit Patienten definiert, und angekündigt. - Klare Unterscheidung von arzt- und patientenzentrierter Anamneseerhebung, Gesprächsführung - Kommunikation nach den WWSZ-Kriterien - Sprechzeitenplanung durch MPA mittels Vorbefragung (Anamnese) zur Vermeidung von Wartezeiten - Keine Stigmatisierung - Erreichbarkeit für Patienten sichergestellt. - Notfalltermine jeden Tag möglich! - Telefonische Erreichbarkeit einer Fachperson und nicht nur des Telefonbeantworters - Verbindliche Anweisungen, was zu tun ist im Notfall (Suizidalität, etc.) - Zugang auch für Angehörige des psychisch Erkrankten möglich - Einstellung von Medikation kann begleitet werden, da tägliche (Kurz-) Konsultationen möglich - Kompetenz in Einstellung von Psychopharmaka, auch in Kombination mit „somatischen“ Medikamenten - Jederzeit Möglichkeit eines „Switch“ auf somatische Thematik und Möglichkeit einer kompetenten Diagnostik und Therapie - Telefonische Konsultationen möglich 	<p>Integrierte Behandlung</p>	<p>Schweiz</p>
<p>Blended Therapy – Verbesserung der Versorgung von psychisch Kranken in der Hausarztpraxis⁹²</p> <p>Kassenärztliche Vereinigung Hessen, TelePsy Deutschland GmbH,</p>	<p>Ziel ist es, aus der Primärversorgung heraus maßgeblich zu einer besseren und bedarfsgerechteren Versorgung von psychisch Kranken – speziell mit Depression und Panikstörung – beizutragen, indem der Hausarzt in seiner Rolle als kompetentem Lotsen gestärkt und seine therapeutischen Handlungsmöglichkeiten</p>	<p>Behandlung</p> <p>Psychiatrie – Hausärztinnen und Hausärzte</p>	<p>International: Deutschland</p>

⁹⁰ Vgl. <https://bes-online.unifr.ch/de> (18.10.2018).

⁹¹ Vgl. <https://www.sappm.ch/> (18.10.2018).

⁹² Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/blended-therapy-verbesserung-der-versorgung-von-psychisch-kranken-in-der-hausarztpraxis.182> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Klinikum der Universität München, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Goethe-Universität Frankfurt am Main	ten erweitert werden. Die Maßnahmen sind eine Kombination von Case Management, ärztlich angeleiteten Übungen und eMental-Health-Lösungen (Blended Care), die durch ein online-basiertes Tool unterstützt werden.		
NPPV – Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen ⁹³ Dr. Karlheinz Großgarten, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	Das Projekt NPPV erprobt eine gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit bestimmten psychischen und neurologischen Erkrankungen, wie beispielsweise Depression oder Schlaganfall, in der Region Nordrhein. Der Patient wird nach einer Eingangsuntersuchung über einen Bezugsarzt oder -therapeuten in die passende Versorgung geführt. Eine zentrale Koordinierungsstelle mit regionalen Netzwerkmanagern unterstützt die lokalen Ärztenetze bei der Patientensteuerung und erläutert diesen die neuen Versorgungsangebote und Behandlungspfade.	Psychiatrie – Neurologie Pflege	International: Deutschland
isPO: Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie ⁹⁴ BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, Universität Köln, Universitätsklinikum Köln, Fachhochschule Dortmund, Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V., Haus der Krebs-Selbsthilfe Bundesverband e. V.	Ziel ist Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines strukturierten IT-gestützten Versorgungsprogramms Psychoonkologie für neu diagnostizierte Krebs-Patienten zur interdisziplinären Betreuung im 1. Jahr nach Diagnose. Es handelt sich um Ausbau und Evaluation eines in Köln existierenden Best-Practice-Modells mit dem Ziel der klinisch-signifikanten Reduktion von Angst und Depression unter Beteiligung von Fach- und Hausärzten.	Psychoonkologie, Krebsforschung – Angst / Depression	International: Deutschland
CCSchool Verbesserung der Versorgungskontinuität bei Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung ⁹⁵ Techniker Krankenkasse, Universitätsklinikum Ulm, Psychiatrische Klinik Lüneburg	Ziel ist die Reduktion von stationären Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Implementierung von innovativen Behandlungsformen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und seelischen Störungen. Das Projekt ist schulbasiert und schließt schulassozierte Problematiken mit ein. Es soll der Verbesserung der Integration dienen. Ein weiteres Ziel ist der Aufbau regionaler Netzwerke.	Kinder- und Jugendpsychiatrie – Akutsomatik	International: Deutschland

⁹³ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/nppv-verbesserte-versorgung-psychischer-und-neurologischer-erkrankungen>.69 (18.10.2018).

⁹⁴ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ispo-integrierte-sektoreneuebergreifende-psychoonkologie>.103 (18.10.2018).

⁹⁵ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ccschool-continuum-of-care-school-verbesserung-der-versorgungskontinuitaet-bei-kindern-und-jugendlichen-mit-drohender-seelischer-behinderung>.117 (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
KID- PROTEKT: Kindzentrierte Psychosoziale Grundversorgung im ambulanten Sektor ⁹⁶ Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH; AOK Rheinland/Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Ziel ist die Förderung einer gesunden Kindesentwicklung trotz psychosozialer Belastungssituation in der Familie durch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit von ambulanter Gynäkologie bzw. Pädiatrie mit der Kinder- und Jugendhilfe. Die in der Regelversorgung bestehenden Routineuntersuchungen zur Schwangerenvorsorge und Früherkennung von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen werden um eine psychosoziale Belastungsanamnese erweitert, damit Familien mit Unterstützungsbedarf systematisch erkannt und an adäquate Hilfen weitervermittelt werden können.	Kinder- und Jugendpsychiatrie	International: Deutschland
ZSE-DUO: Duale Lotsenstruktur zur Abklärung unklarer Diagnosen in Zentren für Seltene Erkrankungen ⁹⁷ Universitätsklinikum Heidelberg et al.	Das unmittelbare Versorgungsziel des Projektes liegt in einer signifikanten Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen bei Schwangeren mit erhöhter Symptomatik durch eine Teilnahme an einer wöchentlichen, online-basierten Achtsamkeitsintervention im dritten Trimenon der Schwangerschaft über einen Zeitraum von 8 Wochen. Damit soll die Häufigkeit peripartaler Depressionen sowie die Kaiserschnitttrate gesenkt werden.	Differentialdiagnose Akutsomatik – Psychiatrie	International: Deutschland
STEP.De: Sporttherapie bei Depression ⁹⁸ BAHN-BKK, BMW BKK, BKK GIL-DEMEISTER SEIDENSTICKER, CONVEMA Versorgungsmanagement GmbH, Freie Universität Berlin, Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.	Ziel ist die Etablierung der Sporttherapie als Therapieoption in der Regelversorgung als von Psychotherapeuten und Psychiatern zu verordnende und von speziell qualifizierten Sporttherapeuten unter Mitwirkung von Psychotherapeuten zu erbringender Leistung. Angesichts der gut belegten therapeutischen Wirksamkeit in der Behandlung von leichten und mittelschweren Depressionen kann Sporttherapie einen Lösungsbeitrag zu derzeit bestehenden Versorgungsengpässen in der psychotherapeutischen Versorgung leisten und als eine selbstbestimmte und nachhaltige Bewältigungsstrategie („Hilfe zur Selbsthilfe“) vermittelt werden.	Depression – Sport	International: Deutschland
PROMPT: Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern ⁹⁹ Technische Universität Dresden	Ziel ist eine frühzeitige Identifikation von Kindern mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von emotionalen (i.B. Angst-) und Verhaltensstörungen (i.B. ADHS, Störung des Sozialverhaltens) in der Routineversorgung und deren unmittelbare Zuweisung zu einem etablierten indizierten Präventionsprogramm, bzw. im Falle einer deutlichen Symptomlast zur weiteren Abklärung und spezialisierten ambulanten/stationären Behandlung zu allozieren.	Kinder- und Jugendpsychiatrie – Akutsomatik	International: Deutschland

⁹⁶ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/kid-protekt-kindzentrierte-psychosoziale-grundversorgung-im-ambulanten-sektor.172> (18.10.2018).

⁹⁷ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/zse-duo-duale-lotsenstruktur-zur-abklaerung-unklarer-diagnosen-in-zentren-fuer-seltene-erkrankungen.176> (18.10.2018).

⁹⁸ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/step-de-sporttherapie-bei-depression.195> (18.10.2018).

⁹⁹ Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/prompt-primarindikative-und-optimierte-zuweisung-zu-gezielten-massnahmen-bei-emotionalen-und-verhaltensauffaelligkeiten-bei-kindern.191> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) Model¹⁰⁰ USA, Niederlande, Schweden	Ursprünglich in den 1960er Jahren entwickelt mit einem Fokus auf die Diagnose von Suchterkrankungen. Beinhaltet multidisziplinäres Case Management.	Differentialdiagnose	International: USA, Niederlande, Schweden
Themenfeld Versorgungssystem & Struktur			
Strukturelle Integration psychiatrischer Dienste in die Regional-spitäler Kanton Bern (& weitere) Siehe z.B. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spital Oberwallis (Brig) ▪ Stationäre Psychiatrie des Spitals Region Oberraargau (SRO Langenthal) ▪ Kantonsspital Luzern ▪ Spital Emmental (RSE AG) 	<i>Leitende von spitalintegrierten psychiatrischen Diensten sehen in diesem Modell ausschliesslich positive Effekte auf alle in der Situationsanalyse aufgeführte Themenfelder:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Stigmatisierung / Diskriminierung: unabhängig, ob somatisch oder psychisch erkrankt, führt der Weg für alle in ein „normales“ Spital. Dies wird gemäss häufiger Rückmeldung von PatientInnen als sehr erleichternd empfunden.</i> 2. <i>Wissen: In diversen Spitalgremien (Geschäftsleitung, Qualitätsmanagement, Arbeitsgruppen) und an diversen Anlässen (Mitarbeiterinfo, Personalanlässe etc.) arbeiten resp. kommen Mitarbeitende aus beiden Bereichen zusammen. Damit findet eine stetige Sensibilisierung für die Anliegen des jeweils andern Bereichs statt und Wissen wird quasi nebenher ausgetauscht.</i> 3. <i>Diagnose / Behandlung: die Wege zwischen den Bereichen sind kurz (für Mitarbeitende als auch für PatientInnen), gemeinsame Behandlungsangebote an der Schnittstelle Akutsomatik/Psychiatrie können einfach organisiert werden (Beispiele bei uns: psychiatrische Behandlung postpartale Depression mit Gynäkologie, krebserkrankte Menschen mit Onkologie, delirante Pat. mit Medizin/Chirurgie, Diabetesbehandlung und –beratung mit Endokrinologie, psychiatrische Behandlung von Schmerzpat. mit alternativmed. Abteilung, Zusammenarbeit Alterspsychiatrie mit Altersmedizin, medizinisch-psychiatrischer Notfalldienst etc.)</i> 4. <i>Versorgungssystem und Struktur: hier gibt es insbesondere betr. Finanzierungsabgrenzung zwischen den Bereichen noch Optimierungsbedarf.</i> 	Integrierte Versorgung Psychiatrie – Akutsomatik	Schweiz: Bern (und andere Kantone)

¹⁰⁰ Vgl. <https://www.centerforebp.case.edu/practices/sami/iddt> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Medizinisch-psychiatrische Einheit¹⁰¹ <i>Inselspital</i>	<i>Fallführend ist die Psychiatrische-Poliklinik des Inselspitals. Die PatientInnen sind stationär auf der med. Abteilung und werden zugewiesen von Hausärzten und von inselinternen Abteilungen. Die Hauptdiagnose ist psychiatrisch: z.B. Status nach Suizidversuch (Polytrauma) bei Schizophrenie, Depression oder Anorexie (Sondenernährung und psych. Behandlung) als Beispiel. Einmal pro Woche oder bei dringenden Fragen kann man die internistische Oberärztin, die für die med. Patienten zuständig war, zu Rate ziehen und natürlich direkt alle Fachspezialitäten des Inselspitals. Dienste werden zusammen mit den med. Assistenten gemacht. Die Pat. werden somit von einem Kernteam (mir als AA und meinem psych. OA) lückenlos betreut. Die Kontinuität ist gemäss Fachperson ausschlaggebend für die optimale Behandlung der somat. und psych. Krankheiten.</i>	Psychiatrie – Akut-somatik	Schweiz: Bern
Koordinierte Versorgung in der Gefängnisabteilung (Bewachungsstation)¹⁰² <i>Inselspital</i>	<i>Fallführend ist die allg. innere Medizin (Spitalfacharzt mit einem med. Assistenten) und konsiliarisch ist die universitäre Psychiatrie zuständig für fachspezifische Probleme. Täglich wird ausgetauscht. Klar ist jedoch immer die Fallführung. Bei guter Kontinuität kann man mit einer solchen Organisation den somatischen und psych. Aspekten der Erkrankungen „gerecht“ werden. Die Frage der Verantwortlichkeit, wer was übernimmt, ist zentral. Da die Liaisonpsychiater meistens dieselben sind und täglich vorbeikommen müssen (meist hat es einen Pat., der psychiatrisch täglich visitiert werden muss für den Verlauf und Anpassung der Medikation), besteht eine Kontinuität und eine Verbindlichkeit.</i>	Psychiatrie – Akut-somatik im Kontext der Bewachungsstation	Schweiz: Bern
*Gesundheitsnetzwerk Uri¹⁰³ Amt für Gesundheit des Kantons Uri zusammen mit Partnerakteuren das Projekt "Gesundheitsnetzwerk Uri" Koordination: Stutz Consulting GmbH	Im Rahmen dieses Projektes sollen umfassende und nachhaltige Massnahmen zur Förderung und Erhaltung der medizinischen Grundversorgung durch Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt und umgesetzt werden. Expert/innen verweisen auf die Komponenten „Interprofessionalität“ und „integrierter Modelle“ (etwa Gruppenpraxen, Netzwerke), die mit diesem Projekt zukunftsweisend gefördert werden.	Interprofessionalität und integrierte Modelle Fokus Hausärzte Verschiedene Schnittstellen	Schweiz: Uri
*Advanced Practice Nursing Verschiedene Ausbildungsstätten IG SWISS APN ¹⁰⁴	Die Schaffung von Advanced Practice Nursing-Stellen (APN) wird als Möglichkeit genannt, um die Koordinationsrolle des Pflegepersonals zu fördern. Fachpersonen mit einem APN-Profil konzentrieren sich auf die somatische Pflege von	Ausbildung, Institutionalisierung	Schweiz

¹⁰¹ Vgl. <http://www.neurologie.insel.ch/de/unser-angebot/psychosomatische-medizin/> (18.10.2018).

¹⁰² Vgl. <https://www.insel.ch/de/> (18.10.2018).

¹⁰³ Vgl. <https://www.ur.ch/dienstleistungen/4066> (18.10.2018).

¹⁰⁴ Vgl. <https://www.sbk.ch/bildung/karriere-in-pflege/apn.html> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
	psychisch erkrankten Personen und sind in den psychiatrischen Diensten für diesbezügliche Belange verantwortlich. Vorliegende Untersuchungen zeigen, dass das Interesse an einer Weiterbildung in somatischer Pflege bei den psychiatrisch tätigen Pflegefachpersonen gross ist. Die Umsetzung dieser Ideen und die Überprüfung der Wirksamkeit dieser Interventionen in möglichst vielen Psychiatrischen Kliniken sind gemäss befragten Expert/innen wünschenswert.	Fokus Pflege Psychiatrie – Akut-somatik	
<p>*Titel «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie»</p> <p>Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie (SSCLP)¹⁰⁵</p>	<p>Expert/innen verweisen darauf, dass der 2010 eingeführte Schwerpunkttitel «Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie» und die seitens Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) vorliegende Funktionsbeschreibung zur Anerkennung dieses Fachpersonals beigetragen haben. In diesem Zusammenhang übernimmt die 2001 die als Subfachgesellschaft der Schweizer Psychiatrie gegründete „Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie“ (SSCLP) eine wichtige Funktion. Die SSCLP vertritt die Konsiliar- und Liaisonpsychiater, also jene Kolleginnen und Kollegen, welche in der ganzen Schweiz in somatischen Allgemeinspitälern und Pflegeheimen arbeiten und sich dort - vorwiegend im stationären Bereich - der von Ihnen genannten „somato-psychischen“ Patientengruppe annehmen.</p>	<p>Ausbildung, Institutionalisierung</p> <p>Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie</p>	Schweiz
<p>*«Service de psychiatrie de liaison»¹⁰⁶</p> <p>z.B. Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) und verschiedene Kantone</p> <p>Universitätsspital Zürich</p> <p>„Schweizerische Gesellschaft für Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie“ (SSCLP)</p>	<p><u>Schweiz allgemein</u></p> <p>In den letzten 5 Jahren haben sich an allen grossen Spitälern der Schweiz sogenannte K&L-Dienste etabliert, wobei die SSCLP einen wesentlichen Beitrag zu Weiterbildung und Qualität geleistet hat. Man muss aber aus Sicht der SSCLP auch betonen, dass es immer noch viel Entwicklungsbedarf gibt und vielfach scheint eine gute psychische Betreuung von Patienten in somatischen Spitälern auch an finanziellen Problemen/Vorgaben zu leiden. Insbesondere wurde die K&L-Psychiatrie durch den aktuellsten Bundesrätlichen Eingriff massiv getroffen, da die Finanzierung der Leistungen erheblich gekürzt wurde.</p> <p><u>CHUV</u></p> <p>Basierend auf der Koordinationsfunktion des „Service de psychiatrie de liaison“ wird die koordinierte Behandlung von psychischen und körperlichen Erkrankungen sichergestellt. Ein grosser Teil der Mitarbeiter wird von den somatischen Diensten bezahlt, ist unter unserer funktioneller Hierarchie und wird durch den</p>	<p>Institutionalisierung</p> <p>Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie</p>	Schweiz: Waadt, Zürich und andere Kantone

¹⁰⁵ Vgl. <http://www.ssclp.ch/> (18.10.2018).

¹⁰⁶ Vgl. <https://www.chuv.ch/fr/fiches-psy/unite-de-psychiatrie-de-liaison-specialisee/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
	<p><i>Service de Psychiatrie de Liaison supervidiert, und ist somit nicht direkt von der Akutsomatik abhängig und kann sich freier äussern und klinisch bewegen. Es gibt zwei Unités, diejenigen welche die grossen Kliniken versorgt (Innere Medizin, Chirurgie, Gyn-Geburtshilfe, etc.), mit psychiatrischen Assistent und Oberärzten/leitenden Ärzten, die sogenannte Liaison générale du CHUV; und die Unité des consultations spécialisées, welche in den Hotspots der Klinik agiert, mit in der Regel Psychologen, welche im Vergleich zu den Assistenten länger bleiben, fest in den somatischen Teams integriert sind, und somit neben dem Betreuen der Patienten mit psychischen Komorbiditäten dem Wissenstransfer dienen und Liaisonarbeit leisten können. Diese Hotspots sind medizinische Gebiete mit hoher psychischer Komorbidität (Onkologie, Palliativmedizin, ...) oder mit high-tech und ethischen Problemen (Genetik, Transplantation, usw.), welche für Patienten und Betreuer eine Herausforderung darstellen. Der Service de Psychiatrie de Liaison behandelt Patienten auch ambulant weiter, aber was der Service nicht hat, und dies wird vom Service bereut, ist ein ambulanter Dienst, der in die Praxis der Hausärzte geht oder die Patienten zu Hause besucht.</i></p> <p><u>Universitätsspital Zürich</u></p> <p><i>Am Universitätsspital Zürich besteht aktuell ein K&L-Dienst, der 20 Mitarbeiter umfasst, bestehend aus Psychiatern und Psychologen.</i></p>		
<p>*Akutgeriatrische Station im Psychiatriestützpunkt im Spital Affoltern¹⁰⁷</p> <p>Spital Affoltern</p>	<p>Das kombinierte Modell richtet sich an die Zielgruppe betagter Menschen, die neben den akuten somatischen Problemen häufig auch an psychischen Erkrankungen, primär Demenz und Delir, leiden.</p>	<p>Akutgeriatrie – Psychiatrie Geriatrie</p>	<p>Schweiz: Zürich</p>
<p>Breit konzipierte Koordination zwischen Akutsomatik und Psychiatrie inkl. Fokus auf Koordinationsfunktion von Pflegefachpersonen¹⁰⁸</p>	<p>Die Spitalgruppe setzt Koordination mittels verschiedener Gefässe um. Verbesserung der Verbindungen zwischen Akutsomatik und Psychiatrie im Bereich Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlegungen von Patientinnen und Patienten werden in der Regel von der zuständigen Pflegefachperson an die zuständige Pflegeexpertin APN gemeldet. Diese nimmt dann Kontakt mit der zuständigen Pflege- 	<p>Akutsomatik – Psychiatrie, inkl. Fokus Pflegefachpersonen</p>	<p>Schweiz: Solothurn</p>

¹⁰⁷ Vgl. <https://www.spitalaffoltern.ch/akutgeriatrie.html> (18.10.2018).

¹⁰⁸ Vgl. <https://www.so-h.ch/solothurner-spitaeler-ag/startseite.html> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
<p><i>Solothurner Spitäler AG (Spitalgruppe bestehend aus drei somatischen Spitalern und den Psychiatrischen Diensten)</i></p>	<p><i>expertin der Akutsomatik bzw. Psychiatrie Kontakt auf und informiert telefonisch oder per Mail über die bevorstehende oder bereits erfolgte Verlegung. Der Umfang dieses Austauschs richtet sich nach der Komplexität der Situation: Die Pflegeexpertinnen übernehmen dabei eine Koordinationsfunktion, achten darauf, dass alle relevanten Informationen vorhanden sind, beraten die Pflgeteams, betreuen die betreffenden Patienten selber im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit und sind auch im Kontakt mit den zuständigen Ärztinnen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Im Prozedere ist geregelt, welche Dokumente, Medikamente etc. bei der Verlegung mitgegeben werden.</i> <i>• Bei Bedarf telefonieren die Pflegefachpersonen der Station zusätzlich miteinander.</i> <i>• Patientinnen und Patienten aus der Psychiatrie, die für eine ambulante Untersuchung oder Abklärung ins Spital verlegt werden, werden in der Regel von einer Pflegenden begleitet. Teilweise werden auch Patienten begleitet, die aus der Psychiatrie stationär im Spital eintreten.</i> <p><i>In der letzten Zeit hat sich auch ein Bedarf an pflegerischen Fallbesprechungen in der Akutsomatik zu psychiatrischen Themen gezeigt. Diese werden bei Bedarf durchgeführt, es besteht keine Regelung dazu. Meistens erfolgt die Anfrage über die Pflegeexpertin APN an die Kollegin der Psychiatrie.</i></p> <p><i>Ebenfalls in den letzten 2-3 Jahren hat sich eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen den Psychiatrischen Diensten und der Wundsprechstunde im Spital entwickelt. Anfragen an die Wundexpertin sind einfach möglich (Mail, Foto). In einem ersten Schritt kann dann eine geeignete Wundbehandlung festgelegt werden, bei Bedarf erhält der Patient einen Termin in der Wundsprechstunde.</i></p> <p><i>Zur Zusammenarbeit zwischen Akutsomatik und Psychiatrie ebenfalls gehört ist ein ärztlicher Konsiliardienst durch Psychiater/Psychiaterinnen in den somatischen Standorten. Dabei geht es um die Beratung für die medikamentöse Therapie und um die Einschätzung, ob eine Verlegung in die Psychiatrie angezeigt ist.</i></p> <p><i>Umsetzung dieses Vorgehens seit ca. zwei Jahren; Verlegungen zwischen den Standorten sind ziemlich häufig (mehrmals pro Woche).</i></p>		

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
Medicum Wesemlin Luzern ¹⁰⁹	<p><i>Ein eigentliches Medical Home in Luzern mit Hausärzten und Spezialisten, mitunter einem Psychiater und 2 Psychologinnen. Integrativer, ganzheitlicher Ansatz.</i></p> <p><i>Es gibt auch diverse grössere Gruppenpraxen aus der Managed Care-Szene in der ganzen Schweiz, welche Psychologinnen und Psychologen angestellt haben. Erwähnenswert ist auch die Anstellung von Psychologen/-innen bei Hausärzten/Allgemeininternisten (in Einzel- und Gemeinschaftspraxen), welche den Fähigkeitsausweis „psychosomatische Medizin“ erworben haben. Über eine derartige Anstellung können die Fachpsychologen ihre Therapien als „delegierte Psychotherapie“ über die Kasse abrechnen.</i></p>	Integrierte Versorgung	Schweiz: Luzern
<p>*Projekt „Win-Win-Win“¹¹⁰</p> <p>Verschiedene Basler Versorgungsinstitutionen, u.a. die Ärztesellschaft Baselland und die Medizinische Gesellschaft Basel (Medges)</p>	<p>Das Projekt hat zum Ziel, den Austausch zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Psychiaterinnen und Psychiater zugunsten der koordinierten Versorgung von Patientinnen und Patienten zu fördern. Seit 2012 werden dafür unterschiedliche Angebote eingesetzt, u.a. a) gemischte Workshop-Gruppen gebildet aus Hausärztinnen und Hausärzten und Psychiaterinnen und Psychiater, deren Praxisstandorte nach Möglichkeit nah beieinander liegen, b) Supervisionsgruppen, c) Qualitätszirkel sowie d) „Speed Dating“. Das Projekt verweist auf eine grosse Nachfrage nach entsprechenden Austauschplattformen. Die Expert/innen erachten dieses Projekt als „Good practice“, welches sich für die Umsetzung in anderen Regionen empfiehlt.</p>	Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch, Supervision, Ausbildung Fokus Hausärzte – Pschiatrie	Schweiz: Basel
<p>*Fachgruppen Somatische Pflege</p> <p>Verschiedene psychiatrische Kliniken, z.B. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich¹¹¹</p>	<p>In bestimmten psychiatrischen Kliniken in der Schweiz bestehen bereits heute „Fachgruppen Somatische Pflege“, welche den Wissenstransfer der somatischen Krankheitslehre in die Psychiatrische Praxis optimieren sollen. Expert/innen nennen den Bedarf, die Wirksamkeit solcher Arbeitsgruppen zu evaluieren.</p>	<p>Institutionalisierung Fachgruppen Interdisziplinarität (Wissenstransfer, Zusammenarbeit)</p> <p>Fokus: Pflege Akutsomatik-Psychiatrie</p>	Schweiz

¹⁰⁹ Vgl. <https://www.medicum-wesemlin.ch> (18.10.2018).

¹¹⁰ Vgl. <http://www.medges.ch/> (18.10.2018).

¹¹¹ Vgl. <https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/pflege/somatische-pflege/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
<p>*eMediplan¹¹²</p> <p>Kanton Thurgau (Pilot), verschiedene weitere Kantone (aktuell Einführung)</p>	<p>eMediplan ist ein transportierbares, überall lesbares System, welches das Ziel verfolgt, einen vollständigen Überblick über von verschiedenen Fachpersonen verordnete Medikamente zu geben.</p>	<p>Medikation</p>	<p>Schweiz: Thurgau und andere Kantone</p>
<p>Psychiatrische Familienpflege¹¹³</p> <p>UPD (Bern)</p>	<p><i>Die psychiatrische Familienpflege der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der UPD sucht und findet betreute Wohnplätze in Gastfamilien für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die nicht alleine leben möchten und Unterstützung in ihrem täglichen Leben benötigen.</i></p> <p><i>Die Psychiatrische Familienpflege betreut Menschen mit einer psychischen Erkrankung in Gastfamilien. Die medizinische Vernetzung wird über die lokalen Hausärzte sowie Psychiater organisiert. Diese Zusammenarbeit funktioniert interprofessionell und hat sich sehr bewährt</i></p>	<p><i>Koordinierte, gemeindeintegrierte Versorgung</i></p> <p><i>Psychiatrie – Pflege</i></p>	<p>Schweiz: Bern</p>
<p>Intensives Case Management¹¹⁴</p> <p>UPD (Bern, seit 2012)</p>	<p><i>Fall- und Systemsteuerung von Patienten mit komplexer Mehrfachproblematik, wiederholten Klinikeintritten und hoher Akteursdichte (z.B. Behörden, Institutionen, externe Fachpersonen).</i></p> <p><i>Patienten werden nach Klinikaustritt weiterhin durch die Sozialarbeitenden ICM UPD betreut = spezifisches Fall- und Fachwissen und umfassender Wissens-/Informationstransfer ist damit gewährleistet.</i></p> <p><i>Das ICM des Sozialdienstes betreut Patient*innen auch nach einem Klinikaustritt in der aufnehmenden Institution. Dies gewährleistet die wertvolle Weitergabe von wichtigen Informationen, sei es in Bezug auf die Alltagsbetreuung oder die medizinische Nachbetreuung.</i></p>	<p><i>Integrierte Versorgung</i></p> <p><i>Psychiatrie – Pflege – Soziale Arbeit</i></p>	<p>Schweiz: Bern</p>
<p>Netzwerk Psychiatrie Thun NePT-hun¹¹⁵</p> <p>Psychiatrische Dienste Thun</p>	<p>Die Psychiatrischen Dienste Thun (PDT) stellen im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern ein gemeindenahes, qualitativ hochstehendes ambulantes und tagesstationäres psychiatrisches Angebot zur Verfügung. Die verschiedenen Dienstleistungen richten sich an die erwachsene Bevölkerung der Versorgungsregion und umfassen insbesondere den Schwerpunkt in Alterspsychiatrie für betagte Menschen.</p>	<p>Integrierte Versorgung</p> <p>Psychiatrie mit verschiedenen Bereichen (ambulant,</p>	<p>Schweiz: Bern</p>

¹¹² Vgl. <https://emediplan.ch/fr/emediplan/regionen> (18.10.2018).

¹¹³ Vgl. <https://www.upd.ch/angebot/erwachsenenpsychiatrie/ambulant-familienpflege.php> (18.10.2018).

¹¹⁴ Vgl. <https://www.upd.ch/angebot/erwachsenenpsychiatrie/sozialarbeit.php> (18.10.2018).

¹¹⁵ Vgl. <https://spitalthun.ch/leistungsangebote/psychiatrische-dienste/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
		stationär, versch. Altersgruppen)	
Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) ¹¹⁶ FNPG	Das Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (FNPG) ist ein medizinisches, pflegerisches und psychosoziales Kompetenzzentrum, das auf Psychiatrie und Psychotherapie und in einem weiteren Sinn auf psychische Gesundheit spezialisiert ist. In unseren spezialisierten Behandlungsketten profitieren jede Patientin und jeder Patient von optimalen Bedingungen für eine Behandlung, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist und ihre Rechte wahrt.	Integrierte Psychiatrische Versorgung Psychiatrie – Pflege, Psychosoziale/-therapeutische Behandlung	Schweiz: Fribourg
Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ ¹¹⁷ Bundesamt für Gesundheit & Partnerorganisationen	Im Rahmen der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» wird unter der Leitung des BAG zusammen mit den Partnerorganisationen die Umsetzung des Medizinalberufegesetzes (MedBG) diskutiert und Lösungsvorschläge in den verschiedenen Problemfeldern erarbeitet. Themenfelder beinhalten Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung; Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung; Interprofessionalität in der ärztlichen Bildung; Nachwuchs für die klinische Forschung in der Schweiz; Koordination der ärztlichen Weiterbildung; Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin aus Sicht der Spitalorganisation.	Interprofessionalität, Multistakeholder-Kooperation	Schweiz
Hamburger Modell ¹¹⁸ / RECOVER Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Das „Hamburger Modell“ ist ein Integriertes Versorgungsmodell für Jugendliche und Erwachsene mit psychotischen Störungen, das 2006 im Arbeitsbereich Psychosen des UKE entwickelt wurde. Es beinhaltet eine intensive und langfristige Behandlung in einem Netzwerk von spezialisierten Psychose-Institutionen unter Koordination und Behandlung durch ein sog. Therapeutisches Assertive Community Treatment (TACT) Team.	Integrierte Versorgung Psychiatrie (Psychose) – Akutsomatik – aufsuchende Pflege	International: Deutschland
Integrierte Versorgung von somatisierenden Patienten ¹¹⁹ Department of Clinical Medicine, Aarhus University	<i>Interessantes Model, das sich vor allem auf die integrierte Versorgung der somatisierenden Patienten konzentriert.</i>	<i>Integrierte Versorgung</i>	<i>International: Dänemark</i>

¹¹⁶ Vgl. <http://www.fr.ch/rfsm/de/pub/index.cfm> (18.10.2018).

¹¹⁷ Vgl. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html> (18.10.2018).

¹¹⁸ Vgl. <https://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/flyer-iv-psychose.pdf> (18.10.2018).

¹¹⁹ Vgl. <http://international.au.dk/> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
<p>“The medical-psychiatric unit (part of the Psychiatric Department of a general hospital): added value for patients, physicians and hospitals”¹²⁰</p> <p>Den Haag, Maastricht et al.</p>	<p>Modell zur ganzheitlichen Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen.</p> <p><i>Erfahrungstext (in Englisch):</i> Physical and mental illnesses commonly occur together. The quality of physical care in institutions for mental health in the Netherlands is not guaranteed. The cases of a 63-year-old woman with a schizoaffective disorder and diabetes mellitus who became delirious after surgery and a 76-year-old suicidal man with a psychotic disorder due to hydrocobalamine deficiency after major heart surgery show that the so-called medical-psychiatric unit, which is a part of the Psychiatric Department of a general hospital, may have several advantages in the treatment of combined physical and mental disorders. Both patients were admitted to such a unit. In this way, the internist of the first patient could continue to treat her and she could be treated with an infusion, urinary catheter and gastric intubation; in addition, laboratory investigations could be performed. The second patient, whose safety required primary attention, could also be treated for his somatic disorders and a delirium could be ruled out. His family was assisted in recovering from their traumatic life experience caused by his suicide attempt.</p>	<p>Integrierte Versorgung</p> <p>Psychiatrie – Akutsomatik</p>	<p>International: Niederlande</p>
<p>“The Mount Sinai model: Combined psychiatric-medical inpatient units”¹²¹</p>	<p>Auf Akutfälle ausgerichtete Psychiatrie-Einheiten zur Behandlung von psychischen und akutsomatischen Erkrankungen</p>	<p>Integrierte Versorgung</p> <p>Psychiatrie (- Akutsomatik)</p>	<p>International: USA</p>
<p>Innovationsfonds¹²²</p> <p>Gemeinsamer Bundesausschuss, Deutschland</p>	<p>Der Innovationsfonds ist ein gesundheitspolitisches Instrument zur Förderung der Integrierten Versorgung und Versorgungsforschung. Dieser Innovationsfonds, der mit jährlich 300 Mio. Euro ausgestattet ist, soll innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen und die Versorgungsforschung fördern. Viele der geförderten Projekte haben eine bessere Versorgung psychisch Erkrankter zum Ziel.</p>	<p>Integrierte Versorgung gesteuert von Politik/Gesetz → Metastruktur</p>	<p>International: Deutschland</p>

¹²⁰ Vgl. <https://www.mumc.nl/en/over-mumc> (18.10.2018).

¹²¹ Vgl. Goodman, Berney (1985). Combined psychiatric-medical inpatient units: The Mount Sinai model. Psychosomatics, 26 (3), p. 179-182.

¹²² Vgl. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen> (18.10.2018).

Titel des Modells / Implementierende / Anwendende	Kurzbeschreibung	Handlungs-/ Versorgungsbereich	Regionaler Fokus
	<p>Politische Rahmenbedingungen: Es gibt eine eigene Regelung im Deutschen Sozialgesetzbuch, die Modellvorhaben für die Behandlung psychisch Kranker befördern soll (Modellvorhaben nach § 64b SGB V): Um die Versorgung psychisch kranker Menschen weiterzuentwickeln, soll in jedem Land mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden. Die Modellprojekte leisten einen Beitrag zur Weiterentwicklung des neuen Psych-Entgeltsystems.</p>	<p>Psychiatrie – Akut-somatik – Pflege etc.</p>	
<p>Smarter Mental Healthcare: Integrierte Psychiatrie¹²³ Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)</p>	<p>Verbesserungspotential durch die integrierte Versorgung am Beispiel der Hepatitis-Behandlung. Es ist bekannt, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen häufiger Hepatitis-C Erkrankungen aufweisen. Hepatitis-C geht zudem vermehrt mit Depression einher (primär und sekundär als Folge der Behandlung). Darüber hinaus ist die Adherence, also die Befolgung des Behandlungsprotokolls, für Hepatitis-Behandlung schlecht.</p> <p>Das Modell verfolgt eine enge Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und der Infektologie. Die Abgabe der Hepatitis Medikation erfolgt zusammen mit Substitutionsbehandlung.</p>	<p>Integrierte Versorgung Psychiatrie - Infektologie</p>	<p>Schweiz: ZH</p>

¹²³ Vgl. https://fmc.ch/_Resources/Persistent/dda0378c98f653518d1da88e0fd1480d22df5035/2017_Smarter%20Mental%20Healthcare.pdf (18.10.2018).