

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!



Case Management – ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie

**Bachelorarbeit Sozialarbeit
Vanessa Foletti und Jolanda Hodel
Dezember 2012
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**„Nicht überall wo
Case Management
drauf steht ist Case
Management drin.“**

Wolf Rainer Wendt

Bachelorarbeit
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**
Kurs **VZ 2009 - 2013**

Vanessa Foletti & Jolanda Hodel

Haupttitel BA
Case Management – ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im Dezember 2012 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Dezember 2012

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Das Konzept Case Management hat in den letzten Jahren stetig an Popularität gewonnen. Das Netzwerk Case Management Schweiz (2006) definiert es als ein spezifisches Verfahren, um komplexe Fragestellungen im Sozial- und Gesundheitsbereich koordiniert anzugehen. Mit Case Management werden unterschiedliche Dienstleistungen über institutionelle Grenzen hinweg auf den individuellen Bedarf hin abgestimmt, wobei die Autonomie der Klientel gewahrt bleibt. (S. 2)

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit dem Konzept Case Management im Rahmen der Schweizer Psychiatrien. Diese stehen in Bezug auf den Ausbau der ambulanten Angebote, der zukünftigen Finanzierung sowie der institutionellen Vernetzung vor wichtigen Herausforderungen, welche unter anderem mit Case Management angegangen werden können. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt dabei auf der Luzerner Psychiatrie, welche mit dem Projekt *lups2020* auf die anstehenden Herausforderungen reagiert, wobei Case Management bisher nicht vorgesehen ist.

Anstoss zur Thematik dieser Bachelorarbeit gab die Tatsache, dass die Sozialarbeitenden als Teil der interdisziplinären Teams in der Psychiatrie von den anstehenden Herausforderungen direkt betroffen sind. Da das Case Management aus dem sozialarbeiterischen Casework entstanden ist, war es für die Autorinnen naheliegend, dieses im Zusammenhang mit den anstehenden Veränderungen näher zu betrachten.

Die Autorinnen zeigen mit der Literaturrecherche auf, dass mit Case Management durchaus auf die Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien reagiert werden kann. Somit ist es auch ein Konzept, welches für die Luzerner Psychiatrie von Interesse ist. Allerdings ist dafür von der Leitung ein klares Statement für Case Management notwendig, damit die Implementierung in die Institution erfolgreich durchgeführt werden kann.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
Dank.....	VII
1 Einleitung.....	8
1.1 Ausgangslage.....	8
1.2 Berufsrelevanz.....	9
1.3 Motivation.....	10
1.4 Fragestellung und Zielsetzung.....	11
1.5 Adressaten und Adressatinnen	11
1.6 Begriffsverwendung	12
1.6.1 Patient/in und Klient/in.....	12
1.6.2 Makro-, Meso- und Mikroebene	12
1.6.3 Konzept und Methode.....	13
1.7 Aufbau der Arbeit.....	13
2 Schweizer Psychiatrien.....	14
2.1 Begriffsdefinitionen Psychiatrie	14
2.1.1 Psychische Gesundheit und Krankheit	14
2.1.2 Psychiatrie	15
2.1.3 Stationär und ambulant	16
2.1.4 Interdisziplinäre Teamarbeit	16
2.2 Psychiatriegeschichte.....	16
2.3 Psychiatrie als gesellschaftlicher Auftrag (Makroebene).....	18
2.3.1 Schweizer Psychiatrien in Zahlen	18
2.3.2 Schweizer Psychiatrien als Teil des Gesundheitswesens	20
2.4 Psychiatrie als Organisation (Mesoebene).....	23
2.4.1 Aufbau und Organisation der Schweizer Psychiatrien	23
2.4.2 Vernetzung der Schweizer Psychiatrien	24
2.5 Psychiatrie und Individuum (Mikroebene).....	26
2.5.1 Fachpersonen in der Psychiatrie	26
2.5.2 Patienten und Patientinnen	27

2.6	Psychiatrie und Soziale Arbeit	27
2.6.1	Soziales Problem als Auftrag der Sozialen Arbeit.....	28
2.6.2	Soziale Arbeit in der Psychiatrie	29
2.6.3	Aufgaben der Sozialarbeitenden in der Psychiatrie	31
2.7	Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien.....	32
2.7.1	Finanzierung der psychiatrischen Versorgung (Makroebene)	32
2.7.2	Institutionelle Vernetzung (Makro- und Mesoebene)	33
2.7.3	Ambulant vor stationär (Makro- und Mesoebene).....	33
2.7.4	Mangel an Fachpersonen (Meso- und Mikroebene).....	34
3	Case Management.....	35
3.1	Definitionen Case Management.....	35
3.1.1	Case Management.....	35
3.1.2	Care Management.....	36
3.1.3	Casework	36
3.1.4	Managed Care	37
3.2	Geschichte des Case Managements.....	37
3.3	Realisierungsebenen von Case Management	40
3.4	Case Management als gesellschaftlicher Auftrag (Makroebene)	41
3.4.1	Politische Grundlagen für Case Management.....	41
3.4.2	Institutionelle Netzwerkebene	42
3.5	Case Management in der Organisation (Mesoebene)	43
3.5.1	Case Management anbietende Organisationen.....	43
3.5.2	Implementierungsprozess von Case Management in der Praxis	44
3.5.3	Schritte zur Implementierung	45
3.5.4	Herausforderungen bei der Implementierung.....	48
3.5.5	Qualitätsmanagement.....	48
3.6	Case Management als Konzept (Mikroebene)	49
3.7	Kritische Auseinandersetzung mit Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit.....	51
3.7.1	Interesse der Sozialen Arbeit an Case Management	51
3.7.2	Pro und contra Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit.....	52
3.7.3	Fazit der Bewertung	53

4	Case Management in den Schweizer Psychiatrien.....	55
4.1	Etablierung von Case Management in den Schweizer Psychiatrien	55
4.2	Erfolgreiche Modelle von Case Management in Schweizer Psychiatrien	56
4.2.1	Case Management in den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd	56
4.2.2	Case Management in der Integrierten Psychiatrie Winterthur	57
4.3	Nutzen von Case Management in den Schweizer Psychiatrien	58
5	Implementierung von Case Management in die Luzerner Psychiatrie	61
5.1	Luzerner Psychiatrie	61
5.1.1	Institution	61
5.1.2	Angebote	63
5.2	Projekt lups2020.....	65
5.2.1	Stärken-/Schwächen-Analyse.....	65
5.2.2	Ziele und Umsetzung.....	66
5.3	Case Management als mögliches Konzept für die lups.....	66
5.3.1	Grundsätzliche Überlegungen zu Case Management	67
5.3.2	Überlegungen in der Vorphase	68
5.3.3	Überlegungen in der Startphase	70
5.3.4	Überlegungen in der Implementierungsphase	70
5.3.5	Überlegungen in der Etablierungsphase	71
5.4	Empfehlungen für die Luzerner Psychiatrie	71
6	Schlussfolgerungen und Ausblick	73
6.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	73
6.2	Folgerungen für die Profession und berufliche Praxis der Sozialen Arbeit.....	76
6.3	Ausblick	78
6.4	Persönliche Stellungnahme der Autorinnen	79
7	Quellenverzeichnis	80
	Anhang	LXXXV

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Mehrebenen-System	12
Abb. 2: Aufbau Gesundheitswesen Schweiz	20
Abb. 3: Netz der Angebote	24
Abb. 4: Sozialarbeiterische Aufgaben in der Psychiatrie	31
Abb. 5: Realisierungsebenen von Case Management	40
Abb. 6: Netzwerkaufbau in Phasen	42
Abb. 7: Implementierungsphasen von Case Management	45
Abb. 8: Prozessschritte vom Case Management	50
Abb. 9: Organigramm <i>lups</i>	62
Tabelle 1: Ebenen sozialer Probleme	28
Tabelle 2: Leitprinzipien von Case Management	45
Tabelle 3: Stationäre Angebote	63
Tabelle 4: Ambulante Angebote	64

Die gesamte Bachelorarbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
COS	Charity Organization Societies
DGCC	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GiA	Gemeindeintegrierte Akutbehandlung
HMO	Health Maintenance Organizations
ipw	Integrierte Psychiatrie Winterthur
IVG	Invalidenversicherungsgesetz
lups	Luzerner Psychiatrie
lups2020	Projekt der Luzerner Psychiatrie
KVG	Krankenversicherungsgesetz
SGSG	Schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen
SQS	Schweizerische Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme
VKL	Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung
VPLU	Vereinigung der Psychiater und Psychiaterinnen des Kantons Luzern
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Dank

Die vorliegende Bachelorarbeit konnte nur entstehen, weil uns so viele Menschen unterstützt haben.

Ein grosses Dankeschön geht deshalb für die fachliche Begleitung und Beratung an Roland Woodtly, Martina Schilliger, Marius Metzger und Monika Filliger. Für die Bereitschaft, sich mit uns über die Luzerner Psychiatrie zu unterhalten, danken wir Peter Schwegler, Dr. Julius Kurmann und Johann Meinhof, welche sich in Interviews Zeit für uns genommen haben.

Ganz herzlich bedanken wir uns zudem bei Reto Erismann und Pia Hodel für das kritische Gegenlesen der gesamten Arbeit.

Schliesslich geht ein herzlicher Dank an unsere Partner und Familien für die mentale Unterstützung und Geduld in der Erarbeitungsphase.

1 Einleitung

Das erste Kapitel widmet sich der Einführung in das von den Autorinnen gewählte Thema „Case Management – ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie“. Zuerst legen die Autorinnen dazu die Ausgangslage der vorliegenden Bachelorarbeit dar, skizzieren die Berufsrelevanz des Themas und machen die persönliche Motivation deutlich. Dann erläutern sie die Fragestellungen, welche der Bachelorarbeit zu Grunde liegen und zeigen die Ziele sowie die Adressaten und Adressatinnen dieser Arbeit auf. Schliesslich definieren sie einige für das Verständnis der gesamten Bachelorarbeit wichtige Begriffe und stellen den Aufbau der Arbeit dar.

1.1 Ausgangslage

Die Luzerner Psychiatrie [*lups*], im Kanton Luzern für die institutionelle psychiatrische Grundversorgung zuständig, hat im Jahr 2011 das Projekt *lups2020* lanciert. Damit strebt sie eine „klare strategische Ausrichtung sowie eine langfristige Bedarfs- und Leistungsplanung“ an (*lups*, 2012a, S. 6). Im Rahmen dieses Projekts sollen verschiedene Ziele verfolgt und anhand von diversen Projekten erreicht werden.

Die Lancierung des Projekts *lups2020* lässt sich durch verschiedene Tatsachen begründen. So sind psychische Krankheiten in der Schweiz weit verbreitet. Gemäss Niklas Baer und Theodor Cahn (2009) erkranken jährlich schätzungsweise 25 - 30 % der Schweizer Bevölkerung an einer psychischen Krankheit (S. 215). Ungefähr 5 % dieser Personen mussten sich deswegen im Jahr 2007 in eine psychiatrische Behandlung begeben (Renaud Lieberherr, Jean-François Marquis, Marco Storni & Gabriele Wiedenmayer, 2010, S. 19). Diese Zahlen lassen aufhorchen und unterstreichen die Wichtigkeit einer adäquaten psychiatrischen Versorgung in der gesamten Schweiz. Durch das Projekt *lups2020* will die *lups* genau dies noch besser gewährleisten.

Zudem ist der Wandel in der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz Grund dafür, dass sich die Schweizer Psychiatrien und mit ihnen die *lups* in einer stetigen Entwicklung befinden und mit innovativen Projekten neue Wege beschreiten. Gründe für diese Veränderungen gibt es einige. Ausgangslage dafür ist gemäss Hans Christian Kuhl (2008) die Psychiatrie-Enquête in Deutschland, welche 1975 veröffentlicht wurde und viele Veränderungsprozesse in unterschiedlichen Ländern, unter anderem in der Schweiz, in Gang setzte (S. 13). Diese Veränderungen mündeten in der Forderung, ambulante Angebote zu fördern und die psychiatrische Versorgung möglichst gemeindenah zu organisieren (Hans Dieter Brenner, Wulf Rössler & Urs Fromm, 2003, S. 1779-1780). Dieser Wandel stellt die Schweizer Psychiatrien vor grundlegende Herausforderungen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ beispielsweise gewinnt durch den von der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] im Jahr 2008 veröffentlichten Leitfaden zur Psychiatrieplanung stetig an Bedeutung. Bei der Finanzierung der Schweizer Psychiatrien wird durch die neusten Revisionen des Krankenversicherungsgesetzes [KVG] der Fokus vermehrt auf die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit gelegt (Art. 39 KVG). Zudem muss die Vernetzung der einzelnen Institutionen weiter voran getrieben werden, da gemäss Niklas Baer, Hans Dietrich Brenner, Theodor Cahn sowie Wilhelm Felder (2005) eine psychische Erkrankung nicht selten Folgen in diversen gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Bereichen hat. Dies erfordert Hilfeleistungen von verschiedenen Versorgungsbereichen, was eine vermehrte Vernetzung unumgänglich macht. (S. 3) All diese Herausforderungen müssen die Schweizer Psychiatrien mit innovativen Projekten angehen, wobei der Fokus immer auch auf die Patienten und Patientinnen gerichtet sein soll. Die

oben dargestellte Entwicklung ist auch für die Soziale Arbeit von grossem Interesse, da diese eine wichtige Berufsgruppe in der Psychiatrie bildet, seitdem den sozialen Aspekten in den Psychiatrien seit Mitte des 20. Jahrhunderts wieder mehr Bedeutung zugemessen werden.

Verschiedene Schweizer Psychiatrien setzen seit einiger Zeit unter anderem auf das Konzept Case Management, um den aktuellen Herausforderungen zu begegnen. Gemäss Wolf Rainer Wendt (2008) eignet sich Case Management, um die für ein Individuum mit einer komplexen Problematik nötige Unterstützung und Behandlung rational zu bewerkstelligen, wobei der Koordination der verschiedenen Dienstleistungen eine wichtige Bedeutung zukommt (S. 17). Verschiedene Quellen ordnen das Konzept als wirksames Instrument zur Kostenreduktion und Effizienzsteigerung ein (Charlotte Werthemann, 2006, S. 34). Dies mag mitunter ein Grund sein, weshalb sich das Case Management in der Schweiz zunehmender Beliebtheit erfreut. Die *lups* hat allerdings im Projekt *lups2020* die Einführung von Case Management nicht vorgesehen. Aufgrund der erwähnten Entwicklungen im Bereich der Schweizer Psychiatrien könnte das Konzept jedoch auch für die *lups* von Interesse sein. Diese Ausgangslage sowie die Tatsache, dass Case Management auch in der Sozialen Arbeit vermehrt diskutiert wird, bewegten die Autorinnen dazu, in der vorliegenden Arbeit das Case Management als ein mögliches Konzept für die *lups* näher anzuschauen.

1.2 Berufsrelevanz

Die Berufsrelevanz des Themas „Case Management – ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie“ für die Soziale Arbeit ergibt sich aus verschiedenen Überlegungen und Fakten. Namentlich sind drei Hauptkriterien auszumachen, welche die Berufsrelevanz für die Soziale Arbeit begründen.

Soziales Problem als Auftrag der Sozialen Arbeit

Im Mittelpunkt des in der vorliegenden Arbeit bearbeiteten Themas steht der Mensch mit einer psychischen Erkrankung, welcher durch Case Management in seiner Situation unterstützt werden soll. Gemäss Silvia Staub-Bernasconi (2007) zählt eine psychische Erkrankung zu den individuellen Ausstattungsproblemen. Dies bedeutet, dass das Individuum durch eine psychische Erkrankung in seinem Wohlbefinden beeinträchtigt ist und dadurch seine Bedürfnisse nur noch mit Schwierigkeiten oder gar nicht mehr befriedigen kann. Es liegt also laut Staub-Bernasconi ein soziales Problem vor, womit sich die Soziale Arbeit als Profession zu befassen hat. (S. 181-183) Diese Ansicht wird durch den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010) gestützt, worin unter Punkt 5.4 folgendes festgehalten ist: „Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln“ (S. 6). Somit stehen die Sozialarbeitenden in der Pflicht, sich diesbezüglich zu engagieren.

Psychiatrie als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit

Die Psychiatrie ist eines der Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit. Der Hauptgrund für das Engagement der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie ist die Umstrukturierung der Psychiatrien in den letzten Jahrzehnten. Laut Brenner et al. (2003) fand in dieser Zeit eine Umorientierung weg von der stationären hin zur ambulanten Betreuung statt, wobei sozialpsychiatrische Elemente wie Patienten- und Patientinnenzentrierung sowie Bedarfsorientierung an Bedeutung gewannen (S.1779-1780). In diesen erneuerten psychiatrischen Strukturen kommen den Sozialarbeitenden gemäss Martin B. Kaiser (2004) unter anderem die Aufgaben zu, für die Patienten und Patientinnen die in unserem sozialen Netzwerk vorgesehenen Ressourcen zu erschliessen, Nachfolgelösungen nach einem stationären Aufent-

halt in der Psychiatrie zu organisieren und die Verbindung zur „Aussenwelt“ zu gewährleisten (S.119-120). Aufgrund dieses Engagements besteht bei den Sozialarbeitenden ein grosses Interesse an der weiteren Entwicklung der Psychiatrie in der Schweiz und an neuen Konzepten, welche eingeführt werden sollen.

Case Management als ein Konzept der Sozialen Arbeit

Das Case Management ist ein Konzept, welches laut Wendt (2008) seine Wurzeln im Casework der Sozialen Arbeit hat (S.17). Gemäss Michael Ewers und Doris Schaeffer (2005) zählt beispielsweise das Case Management in den USA seit den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts zum Methodenrepertoire der Sozialen Arbeit (S.41). Bereits daraus ergibt sich also ein Interesse der Sozialen Arbeit am Case Management. Zudem gehören nach Manfred Neuffer (2011) viele Grundelemente des Case Managements bereits seit Beginn der Sozialen Arbeit zu ihren Grundaufgaben. Es sind dies unter anderem individuelle Unterstützungsleistungen in komplexen Problemsituationen oder die Koordination einzelner Hilfeleistungen im Hinblick auf den Bedarf einzelner Personen. (S.41) Insofern ist es für die Soziale Arbeit wichtig, die weitere Entwicklung des Konzepts aktiv zu verfolgen und darauf Einfluss zu nehmen.

1.3 Motivation

Die Motivation für die Bearbeitung des vorliegenden Themas mit Fokus auf die *lups* ergibt sich bei den beiden Autorinnen aus der oben dargelegten Berufsrelevanz, der Aktualität des Themas sowie aus ihren persönlichen beruflichen Erfahrungen.

Die Berufsrelevanz ist den Autorinnen darum wichtig, weil sie als angehende Sozialarbeiterinnen mit der vorliegenden Bachelorarbeit einen berufsrelevanten Beitrag für die Profession der Sozialen Arbeit leisten möchten. Zudem ist das Thema Case Management von grosser Aktualität, wie aus der Ausgangslage hervorgeht. Dies motivierte die Autorinnen, sich näher mit dem Thema auseinanderzusetzen und ein Bezug zur *lups* herzustellen, welche bisher nicht mit diesem Konzept arbeitet. Die Motivation für das vorliegende Thema hat sich bei den Autorinnen ausserdem daraus entwickelt, dass beide in der *lups* gearbeitet haben. Bei der Arbeit in unterschiedlichen Bereichen in der *lups* (Schwerpunkte Akutpsychiatrie, Suchtbehandlung, Gerontopsychiatrie sowie Rehabilitation) haben sie hautnah erlebt, welche Themen in der Psychiatrie momentan aktuell sind. Sie konnten zudem verschiedene Diskussionen in Bezug auf die mögliche Zukunft in der *lups* mit verfolgen. Mit ihrer Bachelorarbeit wollen sich die beiden Autorinnen nun einem Thema annähern, welches in der *lups* bislang nicht eingehender diskutiert wurde.

1.4 Fragestellung und Zielsetzung

Basierend auf der Ausgangslage haben die Autorinnen drei grundlegende Fragestellungen formuliert, welche im Laufe der Bachelorarbeit beantwortet werden sollen.

1. *Welches sind die aktuellen Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien?*

Diese Frage liefert den Hintergrund, vor welchem eine allfällige Einführung von Case Management in die *lups* diskutiert wird. Sie wird im zweiten Kapitel beantwortet.

2. *Inwiefern kann mit dem Konzept Case Management auf die Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien reagiert werden?*

Anhand dieser Frage, die im dritten und vierten Kapitel beantwortet wird, soll aufgezeigt werden, ob Case Management ein Konzept ist, mit welchem die Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien angegangen werden können.

3. *Inwiefern ist Case Management ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie?*

Mit dieser Frage, welche im fünften Kapitel beantwortet wird, wird der Fokus schliesslich konkret auf die *lups* gelegt.

Zudem verfolgen die Autorinnen folgende Ziele mit der vorliegenden Arbeit:

- Die zu Beginn der Arbeit formulierten Fragestellungen sind beantwortet.
- Die Wissenslücke „Case Management in Bezug auf die *lups*“ ist geschlossen.
- Ein Beitrag zur Weiterentwicklung der *lups* und zur aktuellen Diskussion ist geleistet.
- Die Position der Sozialen Arbeit in der vorliegenden Thematik ist aufgezeigt.

1.5 Adressaten und Adressatinnen

Mit der vorliegenden Bachelorarbeit richten sich die Autorinnen an Sozialarbeitende und andere Professionelle, welche mit psychisch kranken Menschen arbeiten. Speziell sind diesbezüglich alle Mitarbeitenden der *lups* sowie deren Direktion und Geschäftsleitung angesprochen. Ausserdem zählen alle übrigen Angestellten anderer Schweizer Psychiatrien, weitere Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich sowie am Case Management interessierte Personen zur Adressatenschaft dieser Arbeit.

1.6 Begriffsverwendung

1.6.1 Patient/in und Klient/in

In der vorliegenden Arbeit benutzen die Autorinnen sowohl die Begriffe Patient/in wie auch Klient/in, wobei sie je nach Textpassage die im jeweiligen Kontext gebräuchlichste Form gewählt haben.

Das Wort Patient [sic!] leitet sich gemäss Werner Brosch (2004) vom lateinischen *patiens ab*, was geduldig oder leidend bedeutet (S.13). Im Gesundheitswesen ist es geläufig, dass eine Person, welche medizinische Hilfe beansprucht, als Patient/in bezeichnet wird. Darum werden auch die Autorinnen im Kontext der Psychiatrie jeweils den Begriff Patient/in verwenden.

Klient [sic!] kommt laut Brosch (2004) vom lateinischen *cliens* oder *clientis*, was gleichbedeutend ist mit Gefolgsmann. Das befürchtete Abhängigkeitsverhältnis zwischen der ärztlichen Fachperson und dem/der Patient/in hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass der Begriff Klient/in auch im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnt. (S.13) Da der Begriff Klient/in im Kontext der Sozialen Arbeit häufig verwendet wird, haben die Autorinnen entschieden, im Zusammenhang mit Case Management den Begriff Klient/in zu gebrauchen.

1.6.2 Makro-, Meso- und Mikroebene

Um die vorliegende Arbeit nachvollziehbar und einheitlich zu strukturieren, haben die Autorinnen in mehreren Kapiteln die Unterteilung in die Makro-, Meso- und Mikroebene gewählt. Diese Unterteilung ist besonders in der Soziologie gebräuchlich. Bei der Verwendung der Begriffe orientieren sich die Autorinnen an der Definition nach Hartmut Esser (2000), welcher die drei Ebenen unter dem Titel „Mehrebenen-System“ zusammenfasst (S. 59). Diese werden in der folgenden Darstellung aufgezeigt.



Abb. 1: Mehrebenen-System (Eigene Darstellung in Anlehnung an Esser, 2000, S. 59-60)

Die Mikroebene umfasst gemäss Esser (2000) die individuellen Akteure und Akteurinnen eines Systems. Die Mesoebene stellt sozusagen die Zwischenstufe zwischen Mikro- und Makroebene dar, wobei darunter beispielsweise Organisationen oder Gruppen verstanden werden. Die Makroebene ist der Kontext, in welchem die Individuen und Organisationen sich bewegen, zum Beispiel die Gesellschaft oder die Politik. (S. 60)

1.6.3 Konzept und Methode

In der Literatur werden die Begriffe Konzept und Methode im Zusammenhang mit Case Management oft synonym verwendet, was zu Verwirrungen führen kann. Deshalb haben sich die Autorinnen entschieden, in Bezug auf Case Management durchgehend den Begriff Konzept zu verwenden. Dabei stützen sie sich auf die Definition von Hiltrud von Spiegel (2008), welche Konzepte als „Entwürfe von Handlungsplänen (Wirkungszusammenhängen), die hypothetischen Charakter haben“ definiert (S. 73). Gemäss von Spiegel kombinieren Konzepte diverse Wissensarten wie Beschreibungs-, Erklärungs-, Bewertungs- sowie Handlungs- und Interventionswissen. Dabei ist in der Regel eine empirische Basis vorhanden, da die Konzepte in der Praxis oft in sogenannten Modellprojekten getestet und dann generalisiert wurden. Aus diesen Konzepten können gezielte Interventionen (alle Aktivitäten des methodischen Handelns) abgeleitet werden. (S. 73-74) Von Spiegel stützt sich mit ihrer Definition auf die Aussage von Karlheinz Geissler und Marianne Hege (1991), wonach unter Konzepten Handlungsmodelle zu verstehen sind, welche einen Zusammenhang zwischen Zielen, Inhalten, Methoden und Techniken herstellen. Demnach sind Methoden also Teilaspekte eines Konzepts. (zit. in von Spiegel, S. 73)

1.7 Aufbau der Arbeit

Nachdem im ersten Kapitel eine Einführung in die Arbeit und die Thematik vorgenommen wurde, beantworten die Autorinnen im zweiten Kapitel die Frage, mit welchen Herausforderungen die Schweizer Psychiatrien momentan konfrontiert sind. Dazu gehen sie aus verschiedenen Blickwinkeln detailliert auf die Psychiatrie ein, um daraus auf die Herausforderungen zu schliessen. Im dritten und vierten Kapitel beantworten sie die Frage, inwiefern durch Case Management auf die aktuellen Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien reagiert werden kann. Dazu stellen sie in Kapitel drei das Konzept Case Management detailliert vor, um im Kapitel vier die Themen Psychiatrie und Case Management zusammenzuführen. Dies geschieht, indem die Autorinnen aufzeigen, inwiefern Case Management bereits in den Schweizer Psychiatrien eingesetzt wird. Die *lups* bildet danach die Grundlage für das fünfte Kapitel, in welchem die Autorinnen auf eine mögliche Implementierung von Case Management in die *lups* eingehen und relevante Überlegungen aufzeigen sowie konkrete Empfehlungen abgeben. Damit beantworten sie die Frage, inwiefern Case Management ein mögliches Konzept für die *lups* ist. Im letzten Kapitel schliesslich beantworten die Autorinnen zusammenfassend nochmals die Fragestellungen und zeigen Folgerungen für die Praxis der Sozialen Arbeit auf. Eine persönliche Stellungnahme der Autorinnen sowie ein Ausblick auf zukünftige mögliche Schritte runden die Arbeit ab.

2 Schweizer Psychiatrien

In diesem Kapitel werden die Autorinnen die Frage „Welches sind die aktuellen Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien?“ beantworten. Dazu definieren sie zuerst einige wichtige Begriffe, welche die Grundlage des vorliegenden Kapitels bilden. Danach zeigen sie die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrien in der Schweiz und, wo nötig, auch im Ausland auf. In der Folge beleuchten sie die Schweizer Psychiatrien auf der Makro-, Meso- sowie Mikroebene und gehen näher auf die Rolle, welche die Soziale Arbeit in der Psychiatrie spielt, ein. Am Schluss benennen die Autorinnen die aktuellen Herausforderungen, mit welchen sich die Schweizer Psychiatrien zum aktuellen Zeitpunkt konfrontiert sehen.

2.1 Begriffsdefinitionen Psychiatrie

Damit klar wird, mit welchem Verständnis und auf welcher Grundlage die Autorinnen das vorliegende Kapitel geschrieben haben, definieren sie zuerst folgende wichtige Begriffe.

2.1.1 Psychische Gesundheit und Krankheit

Die Begriffe psychische Gesundheit und psychische Krankheit eindeutig und einheitlich zu definieren ist fast unmöglich. Gemäss Alexa Franke (2010) gibt es zwar Klassifikationssysteme, welche einzelne Krankheitsbilder beschreiben und definieren, jedoch nicht den Krankheitsbegriff an und für sich. Auch im juristischen Bereich ist keine einheitliche Definition für Krankheit zu finden, je nach Gesetzestext wird Krankheit anders dargelegt. Für den Begriff Gesundheit gilt dasselbe; er ist nirgends eindeutig definiert. (S. 22) Im Folgenden wird darum aufgezeigt, welches Verständnis von Gesundheit und Krankheit der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegt.

Psychische Gesundheit

Der Begriff Gesundheit im Allgemeinen wird in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1946) folgendermassen definiert: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (S. 1). In der nationalen Strategie für psychische Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit [BAG] (2004) wird der Begriff psychische Gesundheit noch weiter ausdifferenziert. Psychische Gesundheit wird demnach „als Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren“ verstanden. Und weiter, in Anlehnung an den Mental Health Report der WHO von 2001: „Psychische Gesundheit ist somit nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von exogenen Faktoren beeinflusst wird“. (S. 18) Gemäss Laila Burla und Daniela Schuler (2012) spielen für die psychische Gesundheit zudem das persönliche Wohlbefinden, das Selbstbewusstsein, die Beziehungsfähigkeit, die Alltagsbewältigung und die Arbeitsfähigkeit eine wichtige Rolle (S. 3).

Psychische Krankheit

Laut Franke (2010) wird in den gegenwärtigen Klassifikationssystemen der Begriff „psychische Krankheit“ nicht mehr benutzt, da dieser zu wertend ist. Darum wird heutzutage oft von „psychischen Störungen“ gesprochen. (S. 75) In der vorliegenden Arbeit werden die beiden Begriffe jedoch synonym zueinander eingesetzt, da in vielen Quellen der Krankheitsbegriff nach wie vor sehr gebräuchlich ist. Baer und Cahn (2009) definieren den Begriff der psychischen Erkrankung folgendermassen:

Der psychische Krankheitsbegriff hat viele Facetten. Der Übergang zu auffälligen Verhaltensweisen, schmerzhaften Erfahrungen und Persönlichkeitsausprägungen ohne Krankheitscharakter ist fließend, die Schwelle entspricht den kulturellen Normbestimmungen. (...) Genetische Anlagen, traumatische Erlebnisse und fehlgesteuerte Reaktionen können zu Prozessen mit wesentlicher Beeinträchtigung des Erlebens und Verhaltens und folglich zu gravierenden Leiden und zu Behinderung führen. (...) Solche [psychischen] Krankheiten, zum Beispiel eine Schizophrenie, präsentieren sich in Ursache, Entstehung und Verlauf äusserst komplex. Aus diesen Gründen sind psychische Krankheiten in vielschichtigen, interdependenten biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen zu betrachten. (S. 213)

Grundsätzlich ist es wichtig zu verstehen, dass das Verständnis psychischer Erkrankungen und Störungen immer tief in der jeweiligen Kultur verankert ist (Jens Clausen & Ilse Eichenbrenner, 2010, S. 167). Die in einer Gesellschaft geltenden Werte sind also ein wichtiger Faktor, welcher das aktuelle Krankheitsverständnis in der Psychiatrie prägt. Aus diesem Verständnis heraus soll auch die vorliegende Arbeit betrachtet werden, welche die Autorinnen unter dem Einfluss der aktuellen Zeit geschrieben haben.

2.1.2 Psychiatrie

Mit Psychiatrie ist in den Lehrbüchern der Bereich der Medizin gemeint, welcher sich mit der Ätiologie, Diagnostik, Erforschung, Prävention und Behandlung von psychischen Störungen befasst (Clausen & Eichenbrenner, 2010, S. 9). Der Begriff Psychiatrie bedeutet wörtlich übersetzt so viel wie „Seeleheilkunde“ (Helmut Hildebrand, 1998, S. 1314). Im Alltagssprachgebrauch wird der Begriff Psychiatrie oft auch eingesetzt, wenn von stationären psychiatrischen Einrichtungen die Rede ist. In der vorliegenden Arbeit verstehen die Autorinnen beides darunter.

Der wiederholt verwendete Begriff „Schweizer Psychiatrien“ könnte suggerieren, dass es eine einheitliche Schweizer Psychiatrie gibt. Aufgrund des föderalistischen Systems in der Schweiz ist dies jedoch nicht der Fall. Mit „Schweizer Psychiatrien“ benennen die Autorinnen demnach die Gesamtheit der Psychiatrien in der Schweiz in ihrer ganzen Diversität und unter Berücksichtigung der institutionellen Unterschiede.

2.1.3 Stationär und ambulant

Unter einer stationären Behandlung wird gemäss Art. 3 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung [VKL] vom 3. Juli 2002, SR 832.104, der Aufenthalt zu Untersuchungs- oder Behandlungszwecken oder zur Pflege in einem Spital von mehr als 24 Stunden oder zumindest über Nacht verstanden. Demzufolge gilt jeder Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, welcher länger als einen Tag dauert, als stationär.

Als ambulante Behandlungen werden laut Art. 5 VKL all jene Behandlungen verstanden, welche nicht stationär sind.

2.1.4 Interdisziplinäre Teamarbeit

Mit interdisziplinärer Teamarbeit ist gemäss Brosch (2004) die Zusammenarbeit von professionellen Hilfspersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen gemeint. Dadurch wird ein mehrdimensionaler Zugang zu den Betroffenen ermöglicht. (S. 15) In interdisziplinären Teams der Psychiatrie arbeiten Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen wie Medizin, Psychologie, Pflege, Soziale Arbeit, verschiedene Therapien usw. Hand in Hand, um die betroffenen Personen möglichst ganzheitlich zu unterstützen.

2.2 Psychiatriegeschichte

Die Wahrnehmung von psychischer Gesundheit und Krankheit sowie die Psychiatrie als Wissenschaft und Institution haben sich über die Jahrhunderte sehr gewandelt. Entsprechend des jeweiligen Zeitgeistes wurden verschiedene Erklärungsmodelle hinzugezogen und psychisch kranke Menschen unterschiedlich behandelt. Um zu verstehen, an welchem Punkt die Schweizer Psychiatrien heute stehen, gehen die Autorinnen in diesem Kapitel auf die Geschichte der Psychiatrie im Allgemeinen und der Schweizer Psychiatrie im Besonderen ein. Ein Blick über den Tellerrand der Schweizer Psychiatrien ist dabei unumgänglich, da oft keine expliziten Daten zur Psychiatriegeschichte in der Schweiz vorhanden sind. Wichtig ist dabei zu beachten, dass die Geschichte der Psychiatrie stets „untrennbar mit den gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen, den sozialpolitischen Strukturen [und] den kulturellen Strömungen eines jeweiligen Landes“ verknüpft ist (Jens Clausen, Klaus-D. Dresler & Ilse Eichenbrenner, 1996, S. 49).

Psychische Erkrankungen vom Altertum bis zur Entstehung der Psychiatrie

Vom Altertum über das Mittelalter bis hin zur Aufklärung herrschte hauptsächlich eine religiöse, abergläubische Sichtweise auf psychische Erkrankungen vor. Gemäss Gertrud Hardtmann (1991) wurden im Altertum die Strafe Gottes und übernatürliche Geister für psychische Krankheiten verantwortlich gemacht (S. 8). Im Mittelalter schaute man psychisch Kranke als vom Teufel besessen an und unterwarf sie Teufelsaustreibungen. Ein Umdenken fand erst in der Zeit der Aufklärung und der Französischen Revolution statt, als die religiöse durch eine medizinische Sichtweise ersetzt wurde. Aus den vom Teufel Besessenen wurden hilfsbedürftige Kranke. (Arbeitsgruppe Psychiatrie der Schweiz. Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen [SGSG], Sektion Basel, 1983, S. 21-22) Laut Klaus Dörner und Ursula Plog (1996) wurde die Betreuung von psychisch kranken Menschen im Mittelalter hauptsächlich von Kirchen und Ordensgemeinschaften übernommen, welche sogenannte Hospitäler betrieben. Während der Aufklärung wurden die „Irren“, „Narren“ und „Idioten“ in

Zwangseinrichtungen ausserhalb der Öffentlichkeit untergebracht. Dort sollten sie zur Vernunft erzogen werden. (S. 462-463)

Die Entstehung einer eigenständigen Psychiatrie als Einrichtung fällt gemäss Dörner und Plog (1996) zeitlich mit der industriellen Revolution an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert zusammen. In dieser Zeit wurden mit dem neuen industriellen System Eigenschaften wie reibungsloses und monoton funktionierendes oder kalkulierbares Verhalten immer wichtiger. Diese neuen Kriterien führten zu einer Zunahme von unbrauchbaren, psychiatrisierten Menschen, welche in psychiatrischen Spezialeinrichtungen, den Irrenanstalten, untergebracht wurden. (S. 464-465) Psychiater [sic!] fanden in diesen Anstalten viel Arbeit und der naturwissenschaftliche Fortschrittsglaube fand Einzug in die Psychiatrie. Verschiedene, auf Empirie basierende Therapien wurden eingesetzt (z.B. Insulinkuren, Elektroschocks). (Arbeitsgruppe Psychiatrie der SGSG, 1983, S. 23) So entstand ein neuer wissenschaftlicher Bereich, nämlich die Psychiatrie.

Psychiatrie als medizinische Wissenschaft bis 1945

Nach der Entstehung des neuen Bereichs Psychiatrie war zuerst unklar, ob diese Wissenschaft der Philosophie oder der Medizin zugehörte. Aus verschiedenen Gründen wurde die Psychiatrie schliesslich der Medizin zugeordnet. Einerseits hatten körpermedizinische Erklärungen zu dieser Zeit eine grosse Überzeugungskraft und es galt als human, Irresein als Körperkrankheit anzusehen. Andererseits entwickelte sich mit der Vermehrung von psychiatrischen Anstalten ein Berufsstand mit grossem Prestige, besserer Bezahlung sowie akademischen Rechten. Der Vorteil der medizinischen Zuordnung war, dass psychische Erkrankungen nun klarer diagnostiziert und klassifiziert werden konnten. Nachteilig war hingegen, dass psychisch Kranke nun als körperlich krank galten und demnach in Betten behandelt wurden. Zudem erhöhte sich die Aufenthaltszeit in den Anstalten. (Dörner & Plog, 1996, S. 468-469).

Gemäss Dörner und Plog (1996) herrschte zu der Zeit eine einseitige medizinische Wahrnehmung, wodurch die Psychiatrie anfällig für Ideologien wurde, um gewisse Lücken zu schliessen und die Einseitigkeit zu verschleiern. Darunter fiel an der Wende zum 20. Jahrhundert auch die Theorie des Nationalsozialismus. Während des 2. Weltkriegs spielte die Psychiatrie denn auch eine unrühmliche Rolle bei der medizinischen Endlösung der „sozialen Frage“, welche die Nazis anstrebten. Menschen, welche nicht mehr ganz gesund und leistungsfähig waren, wurden medizinisch diagnostiziert, selektiert und getötet, ohne dass die Reihen des Psychiatriepersonals systematischen Widerstand leisteten. (S. 469-472) Gemäss Thomas Huonker (2003) standen zu dieser Zeit auch in der Schweiz die Begriffe Rasse oder erbliche Minderwertigkeit hoch im Kurs (S. 79). Zwar gab es in der Schweiz (ausser im Kanton Waadt) kein Gesetz, welches die Rassenhygiene erlaubte, trotzdem wurden jedoch in vielen Schweizer Psychiatrien unzählige Zwangssterilisationen bei Geisteskranken durchgeführt (Huonker, S. 103-104).

Psychiatrie ab 1945 bis heute

Seit dem Ende des 2. Weltkriegs anno 1945 haben sich die Psychiatrien stark gewandelt. Gemäss Dörner und Plog (1996) waren die Auslöser dafür unter anderem die Lehren, welche aus der Nazizeit gezogen wurden. Neue Therapiemethoden wie die Gesprächs- und Verhaltenstherapie wurden wichtiger und die sozialen Aspekte wurden wieder entdeckt. Damit fanden neue Berufsgruppen wie Psychologen/Psychologinnen sowie Sozialarbeitende Einzug in die Psychiatrie und die einseitige medizinische Ausrichtung wurde aufgeweicht. (S. 473-474)

Brenner et al. (2003) berichten, dass zwischen 1950 und 1960 in verschiedenen westeuropäischen Ländern psychiatrische Versorgungsreformen begannen. Dafür verantwortlich waren Missstände in der damaligen stationären Psychiatrie, die wachsende Bedeutung der Rehabilitation und die Entdeckung von Neuroleptika. Dabei wurde die ambulante und teilstationäre psychiatrische Behandlung immer wichtiger. (S. 1779-1780) Laut Kuhl (2008) setzte die 1975 in Deutschland veröffentlichte Psychiatrie-Enquête, ein Bericht über die Psychiatrien in Deutschland, in vielen Ländern einen Veränderungsprozess in der Versorgung von psychisch kranken Menschen in Gang. Auch in der Schweiz begannen diverse Umstrukturierungen, welche immer noch andauern. (S. 13) Es besteht ein breiter Konsens über das Ziel, Patienten und Patientinnen möglichst sozial zu integrieren und gemeindenah zu versorgen. Dies führte zur Entstehung von ambulanten Angeboten und dazu, dass stationäre Aufenthalte nur noch so lange wie nötig dauern. Verschiedene sozialpsychiatrische Elemente wie die Bedarfsorientierung oder die integrierte Behandlung wurden in der Schweiz nach und nach eingeführt und gehören nun zum festen Bestandteil der psychiatrischen Versorgung. (Brenner et al., S. 1779-1780)

2.3 Psychiatrie als gesellschaftlicher Auftrag (Makroebene)

Im folgenden Kapitel beleuchten die Autorinnen die Schweizer Psychiatrien auf der Makroebene. Dies geschieht anhand zweier relevanter Schwerpunktthemen. Zuerst werden diverse Zahlen zu den psychischen Erkrankungen und den Psychiatrien in der Schweiz dargestellt, um deren Bedeutung aufzuzeigen. Danach wird erläutert, welchen Einfluss die Schweizer Gesundheitspolitik auf die Psychiatrien im Land hat.

2.3.1 Schweizer Psychiatrien in Zahlen

Es sind in der Schweiz verschiedene Daten zum psychischen Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung im Allgemeinen und zur Psychiatrie im Besonderen verfügbar. Im folgenden Kapitel gliedern die Autorinnen die Daten in drei Hauptthemen: Zahlen zum psychischen Gesundheitszustand in der Schweizer Bevölkerung, Zahlen zu den Psychiatrien und Zahlen zu den Kosten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.

Psychischer Gesundheitszustand

Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung, welche alle fünf Jahre stattfindet, berichteten im Jahr 2007 83 % der Schweizer Bevölkerung von einer geringen, 13 % von einer mittleren und 4 % von einer hohen psychischen Belastung. Zudem mussten sich 5 % der Schweizer Bevölkerung innerhalb eines Jahres wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben. (Lieberherr et al., 2010, S. 17-19) Insgesamt beträgt laut Baer und Cahn (2009) die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen in der Schweizer Bevölkerung 25 - 30 %. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen erstreckt sich sogar auf fast die Hälfte der Bevölkerung, nämlich je nach Untersuchung auf 32 - 48 %. (S. 214-215)

Institution Psychiatrie

Laut Silvia Schaller und Isabelle Sturny (2010) gibt es 62 psychiatrische Kliniken sowie ärztlich geleitete Suchtkliniken in der Schweiz (S. 327). Die Anzahl der psychiatrischen Betten beträgt gemäss dem WHO Mental Health Atlas (2005) in der Schweiz 1.3 Betten auf 1000 Einwohner/innen (S. 449), wohingegen es im europäischen Vergleich durchschnittlich nur 0.8 Betten sind (WHO, S. 31). Im Schweizer Durchschnitt wurden im Jahr 2007 ca. 7.2 von 1000 Personen in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert. Die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer betrug 2006 noch 32.1 Tage, was einen Rückgang um fünf Tage seit 2002 bedeutet. (Schaller & Sturny, S. 328-329) Der Rückgang der stationären Aufenthaltsdauer lässt sich unter anderem durch den Ausbau von ambulanten Angeboten erklären.

Kosten

Abgesehen davon, dass psychische Störungen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld eine grosse Belastung darstellen und für das Individuum einschneidende Folgen haben, sind auch die volkswirtschaftlichen Kosten nicht zu unterschätzen. Die Kosten in der Schweizer Psychiatrie können von zwei Seiten her betrachtet werden, nämlich von Seite der direkten Kosten (z.B. für ambulante und stationäre Behandlung) und von der Seite der indirekten Kosten (z.B. krankheitsbedingte Absenz am Arbeitsplatz, Berentung). Matthias Jäger, Wulf Rössler und Patrik Sobocki (2008) sprechen von über 12 Milliarden Franken Gesamtkosten, welche alle psychischen Störungen in der Schweiz jährlich verursachen. Davon entfallen rund 51 % auf die direkten Kosten und die restlichen 49% auf die indirekten Kosten. (S. 6) In Zahlen ausgedrückt, betragen die direkten Kosten in den Schweizer Psychiatrien über 6.5 Milliarden Franken und die indirekten Kosten über 5.5 Milliarden Franken (Jäger et al., S. 7). Immer wieder in der Diskussion stand in den letzten Jahren zudem die Zunahme der Invalidenrenten für Personen mit psychischen Störungen. Gemäss der Invalidenversicherungs-Statistik vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (2007) ist die Zahl von Personen, welche aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Rente beziehen, von 52'000 im Jahr 1998 auf fast 100'000 im Jahr 2007 angestiegen (zit. in Kuhl, 2008, S. 15).

Betrachtet man die Kosten eines Pflegetages in den Schweizer Psychiatrien, so betragen diese 2007 ungefähr 651 Franken pro Tag (somatische Spitäler: 1263 bis 1612 Franken pro Tag). Da eine stationäre Behandlung bei einer psychischen Erkrankung im Schnitt jedoch 32.1 Tage dauert, sind die Kosten im Vergleich zu somatischen Spitälern eher höher. Wenn man die gesamten Betriebskosten der Schweizer Psychiatrien anschaut, so betragen diese im Jahr 2007 1.72 Milliarden Franken, was 11.4 % der Betriebskosten aller Schweizer Spitäler ausmacht. (Schaller & Sturny, 2010, S. 329)

2.3.2 Schweizer Psychiatrien als Teil des Gesundheitswesens

Die Schweizer Psychiatrien sind als Teil des Schweizer Gesundheitswesens abhängig von den gesundheitspolitischen Entscheidungen, welche in der Schweiz gefällt werden. Um aufzuzeigen, inwiefern die Schweizer Psychiatrien von der aktuellen Gesundheitspolitik beeinflusst werden, wird in folgendem Kapitel das Gesundheitswesen in der Schweiz näher beschrieben sowie aufgezeigt, was aktuell im Bereich der Psychiatrien auf gesundheitspolitischer Ebene passiert.

Aufbau des Schweizer Gesundheitswesens

Das Schweizer Gesundheitswesen ist ein komplexes Gebilde. Gemäss BAG (2005) basiert das Schweizer Gesundheitswesen auf dem Föderalismus, wobei sich die Gesundheitsleistungen und -politik auf Bund, Kantone und Gemeinden verteilen. Dadurch präsentieren sich die Angebote im Gesundheitswesen sehr uneinheitlich und es kommt teilweise zu Überschneidungen, gleichzeitig profitiert die Schweizer Bevölkerung jedoch von hochstehenden und für alle zugänglichen medizinischen Leistungen. (S. 5)

Die nachfolgende Darstellung vom Aufbau des Gesundheitswesens verdeutlicht, wer alles an diesem System beteiligt ist.

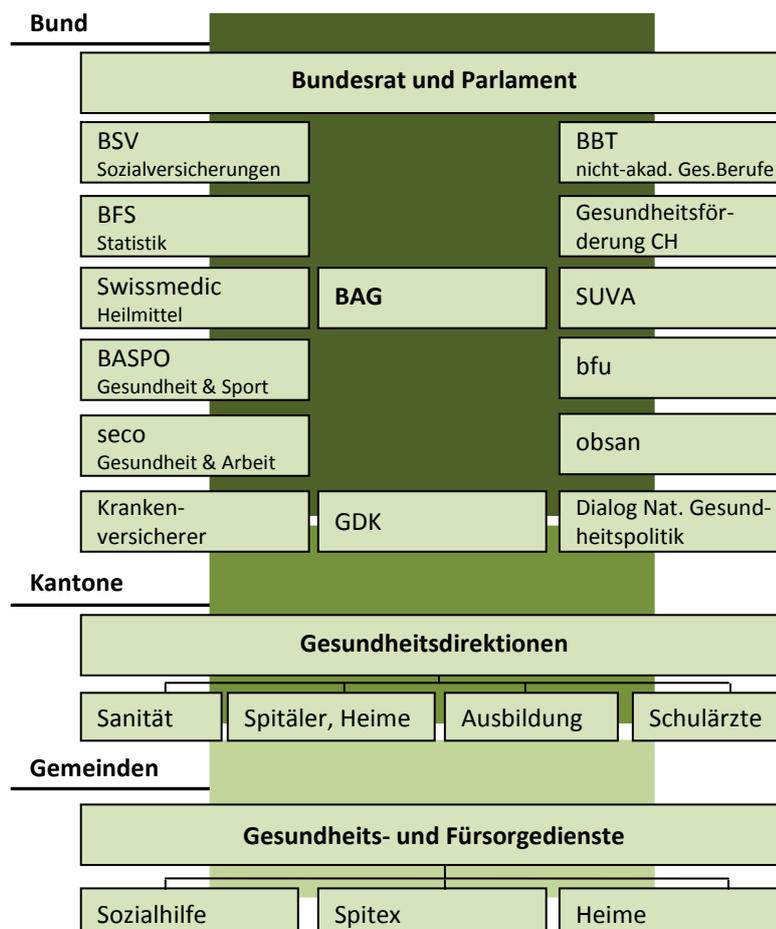


Abb. 2: Aufbau Gesundheitswesen Schweiz (BAG, 2005, S. 6)

Im vorangehenden Diagramm sind die drei Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden abgebildet mit den jeweiligen Aufgaben und Zuständigkeiten, wobei die Schweizer Psychiatrien den Kantonen unterstehen, genauer den Gesundheitsdirektionen. Die Aufgabenteilung folgt gemäss Thomas Gerlinger und Rolf Rosenbrock (2006) keinem klaren Prinzip, sondern ist das Ergebnis von vielen Kompromissen (S. 292). Grundsätzlich können die Kompetenzen laut Gerlinger und Rosenbrock jedoch folgendermassen zugeordnet werden:

Der *Bund* ist in erster Linie für die Rahmengesetzgebung auf dem Gebiet der Krankenversicherung zuständig, wobei er an die Bundesverfassung gebunden ist. Bedeutsam für die Schweizer Psychiatrien sind neben dem KVG auch die vom Bundesrat erlassene Verordnung über die Krankenversicherung und diverse weitere Gesetze, welche einzelne Aspekte von Krankheitsprävention und Krankenversorgung regeln, beispielsweise das Bundesgesetz über die Unfallversicherung oder das Heilmittelgesetz.

Die *Kantone* hingegen sind für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verantwortlich, welche sie durch die Spitalplanung, die Genehmigung von Tarifverträgen oder die Regelung von nicht-akademischen Gesundheitsberufen gewährleisten. Dabei sind sie an die Vorgaben des KVG gebunden, haben ansonsten jedoch viel Gestaltungsspielraum.

Die *Gemeinden* schliesslich haben je nach Kanton andere Zuständigkeiten. (S. 292-293) Grundsätzlich sind sie jedoch beispielsweise für die Verrichtung der Sozialhilfe oder die Spitex (spitalexterne Pflege) und Heime verantwortlich.

Psychiatrien auf gesundheitspolitischer Ebene

Grundsätzlich ist zu betonen, dass keine einheitliche nationale Psychiatriepolitik besteht. Dadurch haben sich grosse kantonale Unterschiede in der psychiatrischen Versorgung entwickelt. Es gibt jedoch verschiedene Elemente der Schweizer Gesundheitspolitik, welche alle Schweizer Psychiatrien massgeblich beeinflussen.

Gesetzliche Vorgaben des KVG

Die Schweizer Psychiatrien sind in ihrem Wirken an die Vorgaben des KVG gebunden. Dieses ist per 1. Januar 1996 in Kraft getreten (KVG, 1994, S. 57). Besonders wichtig für die Schweizer Psychiatrien ist dabei Art. 32 KVG¹, wonach sämtliche Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Auch Art. 39 KVG ist von Bedeutung, da dieser festlegt, unter welchen Bedingungen Spitäler zugelassen sind und dass die Kantone deren Planung koordinieren müssen. Zudem hat jede Teilrevision des KVG immer wieder einen Einfluss auf die Psychiatrien und deren Planung. Beispielsweise spielt die Revision vom 21. Dezember 2007 eine bedeutende Rolle, welche Veränderungen zur Finanzierung und Spitalwahl beinhaltet. Gemäss Art. 41 KVG gilt neu die freie Spitalwahl, was den Wettbewerb unter den Psychiatrien ankurbelt. Zudem werden nach Art. 49 KVG Fallpauschalen eingeführt, wonach nur noch gezielt die Leistungen eines Spitals finanziert werden. Diese Regelungen mussten bis zum 31. Dezember 2011 umgesetzt werden (KVG, S. 59). Die Schweizer Psychiatrien haben jedoch in Bezug auf die Einführung der Fallpauschalen eine längere Übergangsfrist als die restlichen Spitäler, nämlich voraussichtlich bis 2015 (lups, 2012b, S. 4). Trotzdem wird die aktuelle Ausrichtung und Planung erheblich von dieser Revision beeinflusst.

¹ Sämtliche erwähnten Artikel sind in voller Länge im Anhang A zu finden.

Leitfaden zur Psychiatrieplanung

Ein zusätzliches gesundheitspolitisches Element, welches direkten Einfluss auf die Schweizer Psychiatrien hat, ist der Leitfaden zur Psychiatrieplanung von der GDK (2008). Er dient als Ergänzung zur allgemeinen Spitalplanung der GDK aus dem Jahr 1997 und zum Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung von 2005. Im Gegensatz dazu fokussiert sich der Leitfaden zur Psychiatrieplanung spezifisch auf die Bedürfnisse der psychiatrischen Versorgung. (S. 2.) Die GDK verfolgt mit dem Leitfaden zur Psychiatrieplanung drei hauptsächliche Ziele. Erstens sollen damit die Kantone bei der Planung einer dem KVG genügenden psychiatrischen Versorgung unterstützt werden. Zweitens soll allen Beteiligten bewusst gemacht werden, dass eine adäquatere Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der Spitalplanung wichtig ist, auch wenn dies so nicht unter die Planungspflicht nach Art. 39 KVG fällt. Drittens sollen Modellprogramme gefördert werden, um Erkenntnisse zu erlangen, wie im Bereich der Psychiatrie die nach Art. 32 KVG vorgeschriebenen Grundsätze Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erreicht werden können. (S. 11) Dieser Leitfaden liefert den Kantonen also Grundsätze für die Planung der psychiatrischen Versorgung.

Projekt Psychische Gesundheit

Ein weiteres für die Schweizer Psychiatrien wichtiges Element der Gesundheitspolitik ist das Projekt Psychische Gesundheit. Im dazugehörigen „Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“ vom BAG (2004) ist festgehalten, dass die frühzeitige Erkennung von Gesundheitsproblemen der Schweizer Bevölkerung und die Ergreifung von Steuerungsmassnahmen wichtig sind. Darum soll im Bereich der psychischen Gesundheit vom Bund und den Kantonen eine gemeinsame Gesundheitspolitik entwickelt werden. Dazu werden politische Entscheidungsgrundlagen erarbeitet. (S. 7) Die Ziele dieser nationalen Strategie, welche je nach regionalen Bedürfnissen konkretisiert werden können, enthalten gemäss Baer und Cahn (2009) Aspekte der Früherkennung, Gesundheitsförderung, Bewusstseinsbildung, Selbsthilfe sowie der Qualitätsentwicklung (S. 227). Die Ziele betreffen beispielsweise die Zunahme der psychischen Vitalität in der Schweizer Wohnbevölkerung, ein erleichterter Zugang zu einer adäquaten Behandlung, eine verbesserten Kooperation der Betroffenen oder eine Abnahme der Chronifizierung von psychischen Störungen. Um die Ziele zu erreichen, wurden zehn Empfehlungen in einem Aktionsplan erläutert, welche eine vermehrte Vernetzung unterstützen sowie vorhandene Potentiale fördern und Lücken schliessen sollen². (BAG, S. 7) Dieser Strategieentwurf wird von der GDK sowie vom BAG sozusagen als Referenzrahmen betrachtet, welcher dem Bund, den Kantonen und privaten Institutionen hilft, geeignete Umsetzungsprojekte von nationaler Bedeutung abzuleiten und zu verwirklichen.

² Referenzrahmen des Strategieentwurfs siehe Anhang B.

2.4 Psychiatrie als Organisation (Mesoebene)

In diesem Kapitel betrachten die Autorinnen die Schweizer Psychiatrien als Organisationen auf der Mesoebene. Sie gehen darauf ein, welche stationären, teilstationären sowie ambulanten Angebotsstrukturen vorhanden sind und wie die Schweizer Psychiatrien mit anderen Institutionen vernetzt sind.

2.4.1 Aufbau und Organisation der Schweizer Psychiatrien

Wie bereits im Kapitel 2.3.2 erwähnt, untersteht die Psychiatrieplanung in der Schweiz der Obhut der Kantone. Dies hat zur Folge, dass die Psychiatrien in der Schweiz sehr uneinheitlich organisiert sind. Diese Differenzen führen dazu, dass in Bezug auf den Aufbau und die Angebotsstrukturen der einzelnen Schweizer Psychiatrien sehr grosse Unterschiede bestehen. Eva Bruhin (2002) sowie Françoise Bruttin (2003) sind der Meinung, dass sich die kantonalen Versorgungskonzepte stark voneinander unterscheiden in Bezug auf den Umfang der Angebote sowie deren Struktur und Aktualität. Dafür fehlen gemeinsame Strategien und Richtlinien. (zit. in BAG, 2004, S. 51) Zwar wurden mit dem Leitfa-den zur Psychiatrieplanung der GDK sowie dem Strategieentwurf zur psychischen Gesundheit des BAG Mittel geschaffen, um eine Vereinheitlichung anzustreben, die Umsetzung wird jedoch noch Jahre in Anspruch nehmen und vermutlich wird durch die föderalistische Struktur nie eine Einheit erreicht werden.

Um dieser Divergenz Rechnung zu tragen, verzichten die Autorinnen an dieser Stelle darauf, allgemeingültige Aussagen über den Aufbau und die Organisation der Schweizer Psychiatrien zu machen. Stattdessen legen sie den Schwerpunkt auf die Gemeinsamkeiten der Schweizer Psychiatrien, nämlich die Angebotsstrukturen. Es werden grundsätzlich stationäre, teilstationäre sowie ambulante Angebotsstrukturen unterschieden, wobei gemäss Baer und Cahn (2009) in den letzten Jahrzehnten die stationären Betten zu Gunsten von teilstationären und ambulanten Angeboten sehr stark abgenommen haben (S. 226).

Stationäre Angebotsstrukturen

Das stationäre Versorgungsangebot in psychiatrischen Kliniken ist gemäss Margret Dörr (2005) dazu gedacht, psychisch kranke Menschen zu versorgen, welche wegen der Schwere und Dauer ihrer Erkrankung und/oder ihres sozialen Umfeldes eine stationäre Betreuung benötigen. In der Regel dienen die stationären Angebote hauptsächlich der Akutbehandlung bei schweren Krankheitsverläufen oder einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung. (S. 34)

Im stationären Bereich gibt es gemäss Clausen et al. (1996) sehr unterschiedliche Angebote. Die akutpsychiatrischen Abteilungen werden entweder gemischt geführt oder sind auf einzelne psychiatrische Krankheitsbilder spezialisiert. Zudem gibt es Spezialabteilungen im stationären Bereich wie forensische und gerontopsychiatrische Abteilungen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste oder Rehabilitationsabteilungen. (S. 178-211) Ausserdem findet gemäss Baer und Cahn (2009) rund ein Drittel der stationären Behandlungen von psychisch kranken Menschen in somatischen Spitälern statt (S. 226).

Teilstationäre Angebotsstrukturen

Die teilstationären Angebote umfassen laut Dörr (2005) sogenannte Tages- und Nachtkliniken. Die Ziele dieser teilstationären Angebote sind das Wiedererlangen von Autonomie der psychisch kranken Personen sowie eine berufliche und soziale Reintegration. (S. 35-36)

Ambulante Angebotsstrukturen

Die ambulanten Angebotsstrukturen der Psychiatrien sollen gemäss Dörr (2005) Unterstützung für psychisch kranke Menschen bieten, ohne dass diese in einem Spital (teil-)stationär aufgenommen werden müssen (S. 36). In den Schweizer Psychiatrien bestehen diverse solche Angebote, welche jedoch von Klinik zu Klinik variieren. Die GDK (2008) versteht unter ambulanten Angebotsstrukturen in Anlehnung an das Psychiatriekonzept des Kantons Zürich folgende Dienstleistungen: Ambulatorien, mobile Equipe, Konsiliar- und Liaisonleistungen sowie ambulante Angebote für suchtkranke oder ältere Patienten und Patientinnen (S. 63).

2.4.2 Vernetzung der Schweizer Psychiatrien

Das BAG (2004) ist der Meinung, dass zwischen den verschiedenen Angeboten zum Erhalt, zum Schutz und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit eine Kooperation bestehen muss. Diese Kooperation betrifft diverse Dienstleistungen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, der Behindertenarbeit, der Jugendarbeit und der Altenversorgung, aber auch aus der Wirtschaft und dem Polizeiwesen. (S. 37) Demzufolge ist es für die Schweizer Psychiatrien essentiell, sich institutionell zu vernetzen. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über den Kontext, in welchem sich die Schweizer Psychiatrien bewegen.

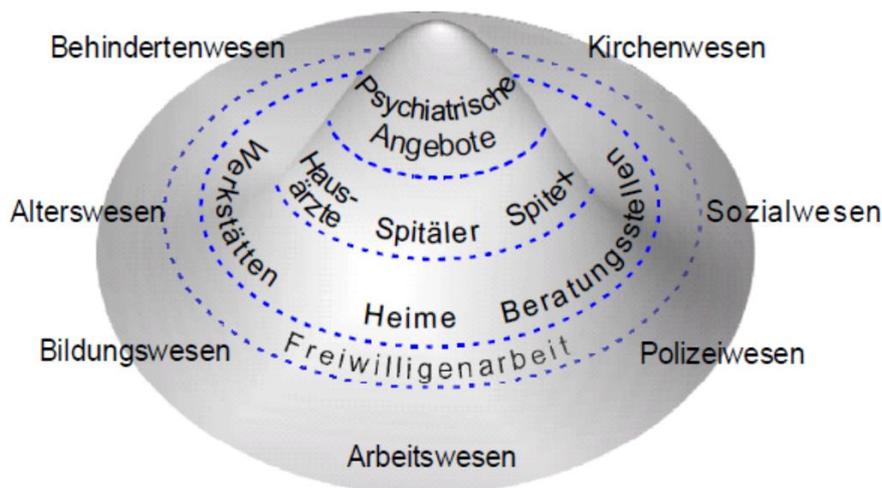


Abb. 3: Netz der Angebote (BAG, 2004, S. 37)

Gemäss Bruhin (2002) und Bruttin (2003) gibt es in der Schweiz rund 200 Organisationen, welche über Strategien und Massnahmen zur Erhaltung, Förderung sowie Wiederherstellung der psychischen Gesundheit verfügen (zit. in BAG, 2004, S. 37). Eine enge Zusammenarbeit mit sämtlichen in der Abbildung aufgezeigten Stellen und Angeboten ist für die Schweizer Psychiatrien von grosser Bedeutung, um eine optimale Versorgung der psychisch kranken Personen zu erreichen. Im Folgenden stellen die Autorinnen die einzelnen Ebenen detaillierter vor.

Psychiatrische Angebote

Die psychiatrischen Angebote umfassen neben den Psychiatrien auch niedergelassene Psychiater/innen sowie Psychologen und Psychologinnen. Zudem gibt es viele Organisationen, welche auf die Behandlung und Rehabilitation von psychisch kranken Menschen spezialisiert sind. (BAG, 2004, S. 39) Darunter fallen beispielsweise spezialisierte Institutionen zur Suchtbehandlung (Suchtfachkliniken) oder auf psychisch kranke Menschen spezialisiertes betreutes Einzelwohnen (Clausen et al., 1996, S. 203-227).

Hausärzte/-ärztinnen, Spitäler, Spitex

Laut Clausen et al. (1996) sind die Hausärzte und Hausärztinnen oft die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen, weshalb sie entscheidende Kooperationspartner/innen für die Psychiatrien sind (S. 248). Auch die Spitex sowie die Spitäler sind wichtige Partner/innen für die Psychiatrien, da diese regelmässig mit psychisch kranken Menschen arbeiten.

Werkstätten, Heime, Beratungsstellen

Unter Heimen können gemäss Clausen et al. (1996) beispielsweise Wohn- und Pflegeheime für Menschen mit psychischen Krankheiten verstanden werden (S. 225). Zudem gibt es diverse Werkstätten, welche gemäss dem BAG (2004) gemeinsam mit den Wohnheimen die soziale und berufliche Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen übernehmen. Auch diverse Beratungsstellen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, welche beispielsweise von der Caritas geführt werden, leisten einen wertvollen Beitrag in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen (S. 39).

Freiwilligenarbeit

Freiwilligenarbeit ist ein weiterer wichtiger Teil in der Betreuung von psychisch kranken Menschen. Gemäss dem BAG (2004) leisten Angehörige einen grossen Beitrag in der Pflege von psychisch kranken Familienmitgliedern. Auch die Selbsthilfe als weiterer Teil der Freiwilligenarbeit ist von grosser Bedeutung, da diverse Selbsthilfegruppen den Betroffenen und Angehörigen Informationsvermittlung und soziale Unterstützung bieten. Sie fördern zudem Kontakte unter den Betroffenen und leisten Öffentlichkeitsarbeit. (S. 38)

Alters-, Arbeits-, Behinderten-, Bildungs-, Kirchen-, Polizei- und Sozialwesen

Das BAG (2004) geht davon aus, dass in Bezug auf psychische Gesundheit und Krankheit sämtliche Dienstleistungen aus dem Alters-, Arbeits-, Behinderten-, Bildungs-, Kirchen-, Polizei- und Sozialwesen gut koordiniert werden müssen, um ein optimales Ergebnis zu erhalten (S. 37). Sie bilden somit die Basis für das gesamte Netzwerk der Angebote für psychisch kranke Menschen.

2.5 Psychiatrie und Individuum (Mikroebene)

Im folgenden Kapitel legen die Autorinnen den Schwerpunkt einerseits auf die Fachpersonen in der Psychiatrie und andererseits auf die Patienten und Patientinnen, wobei sie nicht näher auf deren verschiedene psychische Erkrankungen eingehen, da diese für die vorliegende Arbeit nicht relevant sind. Als Individuen bilden die Fachpersonen sowie Patienten und Patientinnen die Basis der Schweizer Psychiatrien.

2.5.1 Fachpersonen in der Psychiatrie

Spätestens seit Beginn der Psychiatrie-Enquête in Deutschland (vgl. Kapitel 2.2) ist die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams in den Psychiatrien zum Alltag geworden. Brenner et al. (2003) stellen fest, dass sich die Behandlung von psychisch kranken Menschen am biopsychosozialen Krankheitsmodell orientiert. Psychische Erkrankungen zeigen sich demnach auf der biologischen Ebene wie auch in der subjektiven Wahrnehmung und dem sozialen Verhalten. Um diesen Ebenen gerecht zu werden, ist eine stetige Zusammenarbeit zwischen ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Fachpersonen notwendig. (S. 1783) Nachfolgend werden darum die verschiedenen Fachpersonen eines interdisziplinären Teams in alphabetischer Reihenfolge näher vorgestellt.

Ärzte/Ärztinnen

Die Ärzteschaft in der Psychiatrie ist für die Behandlung der Patienten und Patientinnen zuständig. Sie befasst sich sowohl mit deren psychischen wie auch somatischen Beschwerden. (Kaiser, 2004, S. 119) Gemäss Brosch (2004) unterliegt den Psychiatern und Psychiaterinnen die Erkennung und medikamentöse Behandlung von psychischen Erkrankungen und deren Prävention (S. 17). In der Regel haben sie die Gesamtleitung über die Behandlung, die Verantwortung wird im Team jedoch mit den anderen Teammitgliedern geteilt. (Kaiser, S. 119)

Pflegefachpersonen

Die Pflegefachpersonen sind in der Regel diejenigen Mitarbeitenden, welche zusammen mit den erkrankten Personen den Alltag gestalten. Zu ihren Aufgaben gehören die Unterstützung in körperlichen und seelischen Belangen und die Beziehungsarbeit. Ausserdem sind die Pflegefachpersonen oft die ersten, welche bei Anliegen oder Problemen zur Stelle sind, wobei sie unterstützend eingreifen oder eine vermittelnde Funktion zu anderen Fachpersonen oder Angehörigen und Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten einnehmen. (Kaiser, 2004, S. 118-119)

Psychologen/Psychologinnen

Die Aufgaben der psychologischen Fachpersonen umfassen beispielsweise die klinisch-psychologische Diagnostik, Beratung, Erstellung von Prognosen und Gutachten sowie die Behandlung und Rehabilitation von einzelnen Personen sowie Gruppen. Dabei sind sie nicht befähigt, Medikamente zu verordnen. (Brosch, 2004, S. 18) Laut Kaiser (2004) sind die Psychologen und Psychologinnen oft ressourcenorientierter eingestellt sind als die Ärzte/Ärztinnen und die Pflegefachpersonen (S. 119).

Sozialarbeitende

Die Sozialarbeitenden sind zuständig für die Hilfe zur Selbsthilfe, die Alltagsorganisation sowie das Organisieren von diversen Unterstützungen, welche in unserem sozialen Netz vorgesehen sind. Dabei stehen sie stets in einem Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen, des Teams und der Gesellschaft. Ihre Aufgabe ist es, längerfristig die soziale Sicherung der psychisch kranken Personen sicher zu stellen sowie die Verbindung mit der „Aussenwelt“ zu gewährleisten. (Kaiser, 2004, S. 119-120)

Therapeutische Fachpersonen

In der Psychiatrie arbeiten diverse Therapeuten und Therapeutinnen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Es sind Fachpersonen der Arbeits-, Beschäftigungs-, Ergo-, Mal-, Bewegungs- und Physiotherapie. Die Aufgaben reichen von der freien kreativen Arbeit über strukturierte Beschäftigung mit bestimmten Vorgaben bis hin zur aktiven und passiven Bewegung des Körpers zur Selbstwahrnehmung oder zum Leistungstraining. (Kaiser, 2004, S. 120-121)

2.5.2 Patienten und Patientinnen

Das Patientengut in der Psychiatrie ist genauso heterogen wie die Gesellschaft. Es gibt nicht *den* Psychiatriepatienten oder *die* Psychiatriepatientin. Laut Dörr (2005) ist es so, dass Patienten und Patientinnen der Psychiatrie „erst in Interaktionen mit institutionell eingebundenen und autorisierten Professionen zu Adressaten [sic!] bzw. zu einer Zielgruppe werden“ (S. 59). Dies bedeutet gemäss Michael Schetsche (1996), dass es keine objektiven Grundlagen gibt, welche Patienten und Patientinnen als solche kennzeichnen, sondern das psychisch abweichendes Verhalten eine zugeschriebene Kategorie ist (zit. in Dörr, S. 59). Somit spielt der gesellschaftliche Hintergrund der Professionellen, welche psychisch Kranke als solche benennen, eine tragende Rolle. Je nachdem, was in einer Gesellschaft als psychisch gesund oder krank gilt, werden andere Personen als mögliche Psychiatriepatienten oder -patientinnen kategorisiert.

Gemäss Clausen et al. (1996) können die Erkrankungs- und Heilungsverläufe bei psychisch kranken Personen oft nur unbefriedigend vorausgesagt werden, da diese sehr individuell sind. Allgemein kann jedoch festgestellt werden, dass es akute und chronische Krankheitsformen gibt und es auch zu rezidivierenden Erkrankungsfällen kommen kann. Eine psychische Erkrankung kann je nach Krankheitsbild und Situation spontan oder nach einer erfolgreichen Behandlung kurz- oder längerfristig ausheilen. Es gibt jedoch auch Patienten und Patientinnen, bei welchen es nicht zu einer vollständigen Heilung kommt, was in funktionellen und sozialen Einschränkungen ersichtlich ist. (S. 97)

2.6 Psychiatrie und Soziale Arbeit

Wie im vorangehenden Kapitel ausgeführt, ist die Soziale Arbeit in der Psychiatrie eine Disziplin von vielen. Die Autorinnen zeigen darum im vorliegenden Kapitel deren Rolle näher auf, um zu begründen, weshalb die Sozialarbeitenden sich vertiefter mit dem gesamten Geschehen in Schweizer Psychiatrien auseinandersetzen sollen. Dazu legitimieren sie zuerst das Engagement der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie anhand des sozialen Problems als Gegenstand der Sozialen Arbeit. Danach befassen sie sich in einem kurzen Exkurs mit der klinischen Sozialarbeit, um aufzuzeigen, welchem Berufsfeld die Soziale Arbeit in der Psychiatrie anzusiedeln ist. Schliesslich gehen die Autorinnen auf die konkreten Aufgaben der Sozialarbeitenden in der Psychiatrie ein.

2.6.1 Soziales Problem als Auftrag der Sozialen Arbeit

Man kann aus verschiedenen Perspektiven begründen, warum die Soziale Arbeit in einem Gebiet aktiv werden soll. Eine davon ist, auf das Vorliegen eines sozialen Problems zu verweisen. Im Bereich der Psychiatrie kann der Einsatz von Sozialarbeitenden somit durch das Vorliegen eines sozialen Problems im Rahmen einer psychischen Erkrankung gerechtfertigt werden.

Definition soziales Problem

Der Begriff „soziales Problem“ wurde stark durch Staub-Bernasconi (2007) geprägt. Sie benennt soziale Probleme als Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit, womit sie einen Beitrag zur immer wieder umstrittenen Gegenstandsdiskussion der Sozialen Arbeit leistet (S. 181). Staub-Bernasconi (1983) geht sogar davon aus, dass die Soziale Arbeit eine gesellschaftliche Antwort auf soziale Probleme in der Gesellschaft ist (zit. in Stefan Borrmann, Ernst Engelke & Christian Spatscheck, 2009, S. 452). Staub-Bernasconi (2007) betrachtet soziale Probleme vor dem Hintergrund des *systemischen Paradigmas*. Soziale Probleme sind demnach „sowohl Probleme von Individuen als auch Probleme einer Sozialstruktur und Kultur in ihrer Beziehung zueinander“. Dies bedeutet vereinfacht, dass soziale Probleme dann vorliegen, wenn eine Person ihre Bedürfnisse nicht befriedigen kann, weil sie nur unbefriedigend in ein soziales System eingebunden ist. (S. 182) Diese sozialen Probleme können auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sein, welche in der nachfolgenden Tabelle zusammenfassend dargestellt sind.

Ebene	Beschreibung	Beispiele
Ausstattungsprobleme (Individuum) 	Soziale (Ausstattungs-) Probleme hängen mit der unterschiedlichen Teilhabe von Individuen an gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen und kulturellen Ressourcen einer Gesellschaft zusammen.	<ul style="list-style-type: none"> • Krankheit, Behinderung • Geringe sozioökonomische Ausstattung • Problematische Selbstbilder • Fehlende Handlungskompetenzen
Austauschprobleme (horizontale Beziehungsebene) 	Soziale (Austausch-) Probleme, bedingt durch einen asymmetrischen Austausch zwischen verschiedenen, gleichgestellten Individuen.	<ul style="list-style-type: none"> • unfairer Tausch von Gütern • kulturelle Verständigungsbarrieren • unbefriedigende sexuell-erotische Beziehungen
Machtprobleme (vertikale Beziehungsebene) 	Soziale (Macht-) Probleme auf der Ebene von Abhängigkeitsbeziehungen, wo das Individuum Machtlosigkeit erlebt aufgrund geltender sozialer Regeln.	<ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierung • ungerechte Verteilung von Kapital, Bildung usw.

Tabelle 1: Ebenen sozialer Probleme (Eigene Tabelle in Anlehnung an Staub-Bernasconi, 1998, S. 15-26 sowie Staub-Bernasconi, 2007, S. 183-186)

Die Tabelle zeigt auf, dass soziale Probleme auf der individuellen Ebene sowie auf der horizontalen und vertikalen Beziehungsebene anzusiedeln sind. Je nachdem kommen dabei die sozialen Probleme anders zum Ausdruck.

Psychische Erkrankung – ein soziales Problem

In allen psychiatrischen Einrichtungen steht das Individuum mit seiner psychischen Erkrankung, welches sich in einem System bewegt, im Vordergrund. Gemäss Staub-Bernasconi (2007) zählt eine psychische Erkrankung zu den individuellen Ausstattungsproblemen (vgl. Tabelle 1). Durch eine psychische Erkrankung ist das individuelle Wohlbefinden erschwert oder verunmöglicht und das Individuum kann seine Bedürfnisse nur noch mit Schwierigkeiten oder gar nicht mehr befriedigen. (S. 183) Es liegt also ein soziales Problem vor.

Staub-Bernasconi (2007) plädiert dafür, dass sich die Soziale Arbeit mit eben diesen sozialen Problemen zu befassen hat (S. 181). Diese Ansicht wird auch durch den Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010) gestützt. Darin steht im 5. Kapitel „Ziele und Verpflichtung der Sozialen Arbeit“ unter Punkt vier folgendes: „Soziale Arbeit hat Lösungen für soziale Probleme zu erfinden, zu entwickeln und zu vermitteln“ (S. 6). Und im 14. Kapitel „Handlungsmaximen bezüglich der Gesellschaft“ unter Punkt zwei steht: „Die Professionellen der Sozialen Arbeit vermitteln der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik ihr Wissen über soziale Probleme sowie deren Ursachen und Wirkungen, (...)“ (AvenirSocial, S. 13). Somit stehen die Sozialarbeitenden in der Pflicht, sich diesbezüglich zu engagieren. In Hinsicht auf die Psychiatrie und auf psychisch kranke Menschen bedeutet dies, dass die Soziale Arbeit sowohl im Bereich der Individuen als auch der Gesellschaft einen Auftrag hat, sich in Bezug auf die bestehenden sozialen Probleme im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu engagieren und ihnen entgegen zu wirken.

2.6.2 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Den Sozialarbeitenden in der Psychiatrie kommt die Aufgabe zu, an der Schnittstelle zwischen Patienten und Patientinnen, behandelnden Personen, Angehörigen sowie Gesellschaft Hilfe und Unterstützung in diversen Lebensbereichen zu bieten. Dabei geht es gemäss Kaiser (2004) beispielsweise um die Erschliessung von Ressourcen, welche in unserem sozialen Netz vorgesehen sind, oder um die Organisation von Nachfolgelösungen (S. 119-120). Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie ist dem Arbeitsfeld der klinischen Sozialarbeit anzusiedeln, weshalb dieses im Folgenden näher erläutert wird.

Klinische Sozialarbeit

Gemäss Helmut Pauls (2004) ist die klinische Sozialarbeit eine gesundheitspezifische Fachsozialarbeit (klinisch = behandelnd), welche nötig ist, um der Klientel der Sozialen Arbeit, welche zunehmend unter Krankheiten und mehrfachen Belastungen leidet, gerecht zu werden. Spezifische Kenntnisse in der psychosozialen Beratung und Behandlung bei sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen zeichnen die klinischen Sozialarbeitenden aus. Der Begriff „clinical social work“ stammt ursprünglich aus den USA, wo er gegen Ende der 1960er-Jahre eingeführt und rasch populär wurde. (S. 12-13)

Aufgabenbereich und Zielgruppen

Laut Pauls (2004) hat die klinische Sozialarbeit ein breites Leistungsspektrum, welches neben der Psychiatrie noch diverse andere Bereiche wie Spitäler, Fachkliniken und ambulante Beratungsstellen umfasst (S. 12). Zu den Arbeitsinstrumenten der klinischen Sozialarbeit gehören die psychosoziale Diagnostik und Beratung, Sozialtherapie, aufsuchende soziale Intervention, Betreuung, Case Management, Prävention und Rehabilitation sowie die gemeindenahere Versorgung (Pauls, S. 22). Als Zielgruppe klinischer Sozialarbeit benennt Pauls ein breites Spektrum von Personen. Dazu gehören unter anderem chronisch oder akut körperlich und/oder seelisch Kranke und Behinderte, welche sich in klinisch relevanten Problemlagen befinden. (S. 15) Grundsätzlich kann also davon ausgegangen werden, dass sämtliche Patienten und Patientinnen in der Psychiatrie als potentielle Zielgruppe für klinische Sozialarbeitende in Frage kommen.

Biopsychosoziales Grundverständnis

Pauls (2004) berichtet, dass die klinische Sozialarbeit nach dem biopsychosozialen Ansatz arbeitet. Dieser Ansatz geht davon aus, dass die künstliche Trennung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren in Bezug auf die Entstehung und Behandlung von Erkrankungen hinderlich ist. Gemäss dem biopsychosozialen Grundverständnis sind Erkrankungen immer ein Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels dieser drei Faktoren. Da die klinischen Sozialarbeitenden nach diesem Ansatz arbeiten, betrachten sie die bio-physiologische sowie die neuro-psychologische Natur des Menschen immer ausdrücklich im Zusammenhang mit seinem sozialen System. Gemäss der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist dies von grosser Bedeutung, da eine psychosoziale Integration sowie weitere soziale Unterstützungen die wichtigsten Schutzfaktoren vor körperlicher und psychischer Erkrankung sind. (S. 35-36) An dieser Stelle kommt deshalb die Soziale Arbeit ins Spiel, welche konkrete Unterstützung im sozialen Bereich leistet wenn ein soziales Problem vorliegt.

2.6.3 Aufgaben der Sozialarbeitenden in der Psychiatrie

Mit dem vorangehenden Kapitel wurde geklärt, wo sich die Soziale Arbeit in der Psychiatrie einordnen lässt und nach welchem Grundverständnis diese arbeitet. Nun soll aufgezeigt werden, welche konkreten Aufgaben die Sozialarbeitenden in der Psychiatrie wahrnehmen. In der folgenden Illustration werden darum drei verschiedene Ebenen dargestellt: Die Problembereiche, mit welchen Sozialarbeitende in der Psychiatrie konfrontiert sind, die konkreten Aufgabenbereiche der Sozialarbeitenden sowie die Personen, mit welchen die Sozialarbeitenden in der Psychiatrie im Rahmen ihrer Arbeit zu tun haben.

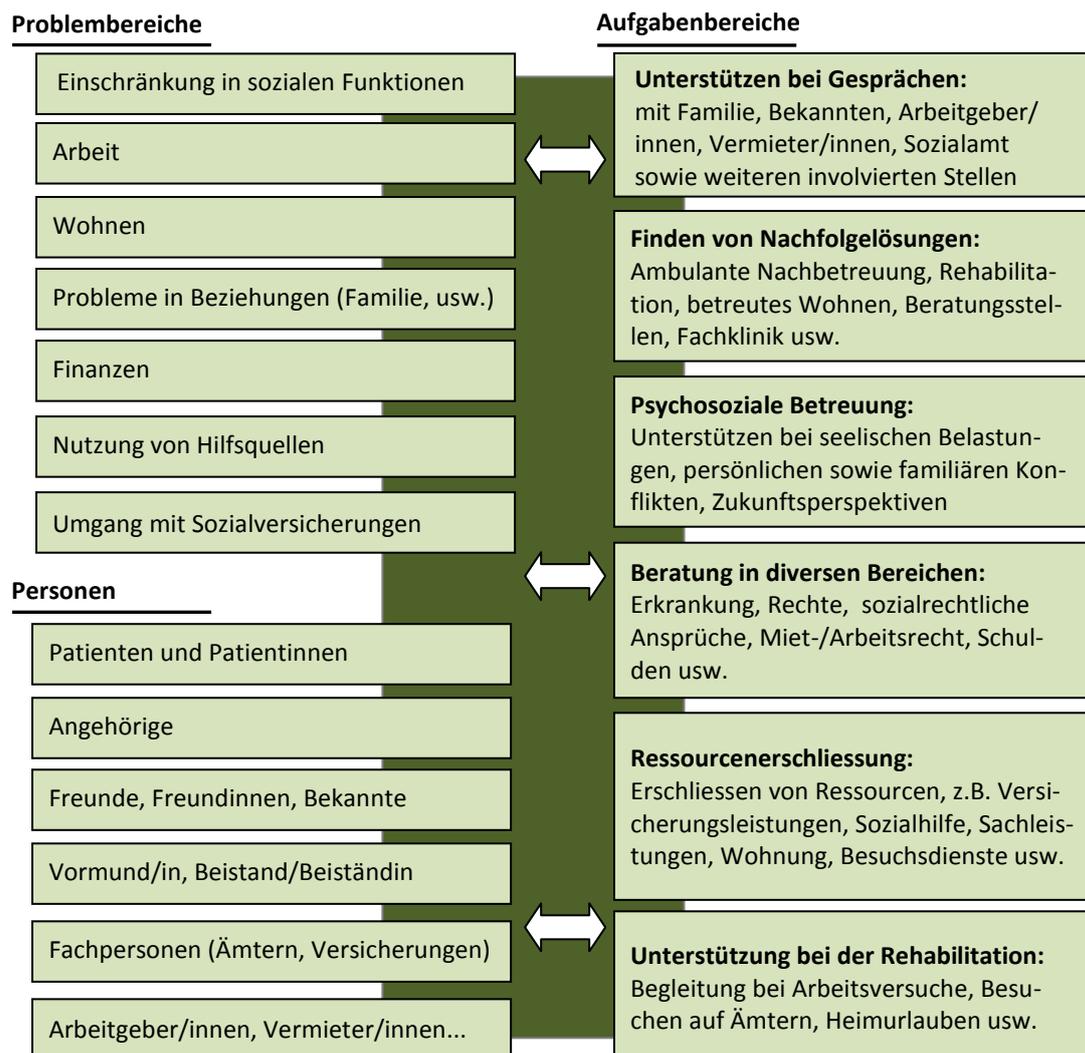


Abb. 4: Sozialarbeiterische Aufgaben in der Psychiatrie (Eigene Darstellung in Anlehnung an Edwald Rahn, 2001, zit. in Pauls, 2004, S. 26-27 sowie Norbert Gödecker-Geenen, 2002, S. 449-451)

Die Abbildung ist nicht abschliessend. Sie ist dahingehend zu interpretieren, dass die verschiedenen Aufgabenbereiche durch die Sozialarbeitenden immer in Bezug auf ein Problemfeld und in Zusammenarbeit mit diversen Personen wahrgenommen werden. Wie in Kapitel 2.5.1 bereits kurz erläutert wurde, verrichten die Sozialarbeitenden ihre Aufgaben in der Psychiatrie immer unter dem Aspekt „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Kaiser, 2004, S. 119). Die Patienten und Patientinnen sollen dazu befähigt werden, ihre eigenen Ressourcen zu nutzen, weshalb sämtliche Aufgaben zusammen oder zumindest in Absprache mit ihnen erledigt werden.

2.7 Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien

Gemäss Baer et al. (2005) müssen sich die Psychiatrien der Schweiz in den nächsten Jahren diversen Herausforderungen stellen. In ihrem Bericht zu den psychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Schweiz stellen sie fest:

Die Differenzierung des Angebotes, die Entwicklungen des psychiatrischen Faches, die Veränderungen der politischen, gesetzlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sowie die zunehmende Inanspruchnahme von Sozialversicherungsleistungen nach KVG und IVG [Invalidenversicherungsgesetz] stellen die Planung der psychiatrischen Versorgung vor neue Herausforderungen. Gefordert sind die Differenzierung und Aktualisierung versorgungspolitischer Prinzipien, die Definition der psychiatrischen Grundversorgung, die Konkretisierung integrierter patientenzentrierter Angebotsstrukturen vor allem an den Schnittstellen der Psychiatrie und die Anpassung der Finanzierungsmechanismen und tariflichen Anreize. (S. 4-5)

Die Schweizer Psychiatrien haben bereits auf die anstehenden Herausforderungen reagiert und es entstehen viele neue Versorgungsmodelle und Projekte (Baer & Cahn, 2009, S. 227). In diesem Kapitel legen die Autorinnen nun eine Auswahl der wichtigsten aktuellen Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien dar. Dies geschieht unter Einbezug der Fakten, welche vorangehend erarbeitet wurden. Um ein vollständiges Bild bezüglich der Herausforderungen zu erhalten, ordnen die Autorinnen diese wiederum der Makro-, Meso- und Mikroebene zu, wobei sich die meisten Herausforderungen auf mehreren Ebenen bemerkbar machen.

2.7.1 Finanzierung der psychiatrischen Versorgung (Makroebene)

Bereits im Kapitel 2.3.1 wurden die wichtigsten Kosten in den Schweizer Psychiatrien aufgezeigt. Dass die Kostensteigerung im Gesundheitswesen in den letzten Jahren immer wieder für Diskussionen gesorgt hat, ist zudem nicht von der Hand zu weisen. So haben laut Kuhl (2008) die Kosten des gesamten Schweizer Gesundheitssystems zwischen 2000 und 2005 um durchschnittlich 4.1 % pro Jahr zugelegt (S. 16). Auch im Bereich der psychiatrischen Versorgung war gemäss Peter C. Meyer und Daniel Hell (2004) ein ähnlicher Kostenanstieg zu beobachten. Zwischen 1998 und 2002 haben die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung für die Psychiatrie nämlich deutlich zugelegt, um 15 % im ambulanten und 18 % im stationären Bereich. (zit. in Kuhl, S. 16) Kuhl berichtet nun, dass deshalb verschiedene Fachpersonen die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung als eine der grossen Herausforderungen der nächsten Jahre einstufen. Zwar wird längerfristig ein Einsparungspotential von bis zu 25 % vermutet, dies allerdings nur, wenn die Schnittstellen zwischen stationären und ambulanten Angeboten optimiert werden können. Diese Optimierung erfordert jedoch einige Umgestaltungen, welche vorübergehend zu einem Anstieg der Kosten führen können. (S. 7) Die Schweizer Psychiatrien stehen also vor der Herausforderung, ihre Angebote im Sinne der Kosteneffizienz zu optimieren. Gleichzeitig soll gemäss der GDK (2008) die Patienten- und Patientinnenorientierung einen grösseren Stellenwert bekommen (S. 18). Dies kommt einer Gratwanderung gleich.

In Bezug auf die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung wird es in absehbarer Zeit zudem zu Veränderungen im Abgeltungssystem kommen, was mit der KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 zusammenhängt (vgl. Kapitel 2.3.2). Die Vergütungen sollen gemäss Kuhl (2008) vermehrt leistungs-

bezogen gestaltet werden. Da eine Fallpauschale wie im somatischen Bereich der Individualität und Heterogenität der psychisch kranken Menschen nicht gerecht werden kann, werden leistungsorientierte Abgeltungen diskutiert, welche differenzierter sind als Tagesvollpauschalen. Die Grundlagen solcher Leistungsfinanzierungssysteme bilden dabei Schweregrad der Erkrankung und Behandlungsaufwand. (S. 17) Auch diesbezüglich müssen sich die Schweizer Psychiatrien den kommenden Veränderungen stellen.

2.7.2 Institutionelle Vernetzung (Makro- und Mesoebene)

Im Kapitel 2.4.2 kam zum Ausdruck, dass eine Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Leistungserbringenden im Bereich der psychiatrischen Versorgung unerlässlich ist und gefördert werden muss. Gemäss Kuhl (2008) ist die bessere Vernetzung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten zwar in vollem Gange, trotzdem ist dieser Aspekt nach wie vor sehr relevant (S. 48). Die vermehrte Vernetzung der verschiedenen Akteure und Sektoren sowie eine nationale Koordination gehören denn auch zu den Empfehlungen, welche vom BAG im Rahmen des Strategieentwurfs psychische Gesundheit abgegeben wurden³ (BAG, 2004, S. 7).

Laut Baer et al. (2005) führen der manchmal rezidivierende Verlauf von psychischen Krankheiten sowie das nicht selten frühe Alter der Ersterkrankung zu verschiedenen Folgen in gesundheitlichen, sozialen, rechtlichen und wirtschaftlichen Bereichen. Dadurch wird die Hilfe von ganz unterschiedlichen Versorgungsstellen nötig, weshalb die Psychiatrie stark auf eine Vernetzung und Zusammenarbeit mit diversen anderen Versorgungsbereichen angewiesen ist. Diesem Anspruch steht jedoch die Tatsache entgegen, dass die finanziellen sowie rechtlichen Steuerungsmechanismen und Rahmenbedingungen in eine andere Richtung laufen, wodurch eine ausreichende Kooperation, Vernetzung und damit auch Kontinuität in der Behandlung von psychisch Kranken oft erschwert wird. (S. 3) Deshalb stehen die Schweizer Psychiatrien vor der Herausforderung, die Vernetzung mit anderen Leistungserbringenden weiter voranzutreiben, um im Sinne von Baer et al. „die Kooperation an den Schnittstellen innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Versorgung“ weiter voranzutreiben (S. 33).

2.7.3 Ambulant vor stationär (Makro- und Mesoebene)

Wie im Kapitel 2.2 erwähnt, ist bereits seit der Psychiatrie-Enquête ein Veränderungsprozess in den Schweizer Psychiatrien zu beobachten, welcher von der rein stationären psychiatrischen Versorgung hin zu teilstationären sowie ambulanten Angeboten führt. Diese Entwicklung hält nach wie vor an. Im Kapitel 2.3.2 wurde diesbezüglich dargelegt, dass der ambulanten Behandlung von psychisch kranken Menschen auch in Zukunft eine zunehmend grössere Bedeutung zukommen soll. Die GDK (2008) fordert deshalb in ihrem Leitfaden zur Psychiatrieplanung, dass ambulante Strukturen und Prozesse in die Planung der Schweizer Psychiatrien mit einzubeziehen sind (S. 11). Das Ziel ist es, mit dem Ausbau des ambulanten Angebots eine Reduktion von stationären Aufenthaltstagen in psychiatrischen Kliniken und damit die Leistungen der Psychiatrien im Sinne des KVG in Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu optimieren (GDK, S. 14). Zudem soll die Dezentralisierung der psychiatrischen Angebote die soziale Integration der psychisch kranken Menschen fördern und deren Lebensqualität verbessern (Baer et al., 2005, S. 4). Konkret fordert die GDK, dass mittel- und langfristig mehr als die Hälfte der öffentlichen Mittel für die Psychiatrien in ambulante Angebote fliessen soll. Momentan werden dafür je nach Kanton zwischen einem Fünftel und einem Drittel aller kantonal eingesetzten Mittel verwendet. (S. 22) Obwohl diese Verlagerung vom stationären Bereich

³ Referenzrahmen des Strategieentwurfs siehe Anhang B.

hin zu ambulanten Angeboten bereits voll im Gang ist, wie beispielsweise anhand der rückläufigen Aufenthaltsdauer im stationären Bereich zu erkennen ist (vgl. Kapitel 2.3.1), sind die Schweizer Psychiatrien auch weiterhin gefordert, ihre Planung nach dem Motto „ambulant vor stationär“ auszurichten. Diese Herausforderung kann gemäss Baer et al. mit sogenannten Modellprogrammen mit wissenschaftlicher Begleitung angegangen werden, welche die fachliche Dynamik fördern und eine Datenbasis für versorgungspolitische Entscheide liefern (S. 33).

2.7.4 Mangel an Fachpersonen (Meso- und Mikroebene)

Wie in Kapitel 2.5.1 aufgezeigt, sind die Teams in den Psychiatrien interdisziplinär zusammengesetzt und gewährleisten so eine fachlich kompetente Betreuung der psychisch kranken Menschen. Diese Interdisziplinarität ist jedoch gefährdet durch einen Mangel an Fachpersonen, mit welchem sich die Schweizer Psychiatrien konfrontiert sehen. Laut Kuhl (2008) äussern diverse Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich Kritik am Nachwuchsmangel im ärztlichen Bereich und in der Pflege (S. 52). Bei der Ärzteschaft beispielsweise entscheidet sich nach Baer et al. (2005) nur ein kleiner Teil der Studienabgänger/innen für eine Laufbahn in den öffentlichen psychiatrischen Diensten (S. 26). Gemäss dem BAG (2004) berichtet die Schweizerische Vereinigung der psychiatrischen Chefärzte und Chefärztinnen [SVPC], dass von 60 psychiatrischen Institutionen 22 ihre Leistungsaufträge wegen des Mangels an Ärzten und Ärztinnen nicht mehr erfüllen können. Zudem kommen bereits heute rund zwei Drittel aller Stelleninhaber/innen in den Schweizer Psychiatrien aus dem Ausland. Als Gründe dafür werden unter anderem die sehr herausfordernde Arbeit mit psychisch Kranken sowie eine grosse „Divergenz zwischen den wissenschaftlichen Erkenntnissen, den beruflichen Anforderungen und den Arbeitsbedingungen“ vermutet. (S. 40) Dieser Nachwuchsmangel von psychiatrischem Fachpersonal erfordert von den Schweizer Psychiatrien das Entwickeln von kreativen Lösungen. Schon heute werden laut dem BAG teilweise vakante Stellen im ärztlichen Bereich mit Psychologen und Psychologinnen besetzt (S. 40).

3 Case Management

Mit diesem Kapitel legen die Autorinnen den Grundstein, um später die Fragestellung „Inwiefern kann mit dem Konzept Case Management auf die Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien reagiert werden?“ beantworten zu können. Zuerst erläutern sie einige wichtige Begriffe im Zusammenhang mit dem Case Management und gehen auf den geschichtlichen Hintergrund von Case Management ein. Anschliessend zeigen sie die Realisierungsebenen des Konzepts Case Management auf und gehen auf das Case Management auf der Makro-, Meso- und Mikroebene ein. Schliesslich bewerten die Autorinnen das Konzept vor dem Hintergrund der Sozialen Arbeit.

3.1 Definitionen Case Management

Der Begriff Case Management wird abhängig vom Kontext und von der Literatur unterschiedlich definiert. Deshalb legen die Autorinnen in diesem Kapitel zuerst fest, an welcher Definition von Case Management sich die vorliegende Arbeit orientiert. Um Missverständnissen vorzubeugen, definieren sie zudem noch weitere Begriffe, welche mit Case Management in Verbindung stehen beziehungsweise zu Verwechslungen führen können.

3.1.1 Case Management

Case Management ist gemäss Wendt (2008) ein professionelles Konzept, welches in allen Bereichen der Humandienstleistungen zur Anwendung kommen kann (S. 153). Es hat sich sowohl im Sozial- und Gesundheitswesen als auch in Versicherungen und Beschäftigungsprogrammen etabliert. Laut Wendt wird Case Management in der Regel eingesetzt, wenn in einem Einzelfall „die nötige Unterstützung, Behandlung und Versorgung von Menschen rational bewerkstelligt“ werden soll. Zudem muss eine komplexe Problematik mit einer Vielzahl von Beteiligten und einer weitläufigen Vernetzung vorliegen. Das Konzept Case Management bietet in einer solchen Situation einen Handlungsrahmen und ermöglicht die Steuerung der verschiedenen Dienstleistungen aus einer Hand. (S. 17)

Das Wort *Case* aus Case Management wird Wendt (2008) zufolge als „Fall“ definiert. Dies ist ein abgrenzbarer Sachverhalt, beispielsweise ein vorliegender Fall von Hilfebedürftigkeit. Dieser Fall bedarf Massnahmen von Experten und Expertinnen, welche über einen fachlich geschulten Blick verfügen. (S. 37) Mit *Management* ist nach Wendt die strategische und operative Führung des Handlungszusammenhangs (also was und wie etwas unternommen wird) gemeint (S. 48). Es wird dabei jedoch nicht der Mensch gemanagt, sondern die Handlung der einzelnen Personen sowie deren Kooperation in einem strukturierten Ablauf (Wendt, S. 37).

In der vorliegenden Arbeit stützen sich die Autorinnen auf das Verständnis des Netzwerk Case Management Schweiz (2006), welches das Konzept Case Management folgendermassen umschreibt:

Case Management ist ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess wird eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Case Management stellt einen Versorgungszusammenhang über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg her. Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont die Ressourcen im Klient- [sic!] sowie im Unterstützungssystem. (S. 2)

3.1.2 Care Management

Im Kontext mit Case Management fällt immer wieder die Bezeichnung Care Management. Laut Wendt (2008) kann Care Management mit Versorgungsmanagement im betrieblichen Bereich von verschiedenen Einrichtungen und Diensten gleichgesetzt werden. Es bedeutet, dass auch die direkte Versorgung gemanagt werden muss, beispielsweise eine stationäre Behandlung oder eine ambulante Pflege. (S. 61) Gary L. Albrecht und Karen E. Peters (1995) äussern, dass das Care Management seinen Platz hauptsächlich innerhalb einer Einrichtung oder eines Dienstes hat, wo hingegen das Case Management an der Schnittstelle oder sogar ausserhalb von Dienstleistungsorganisationen einzuordnen ist. Sie definieren dies folgendermassen: „Case Management sucht die ganze Person in ihrer Umgebung zu erfassen, während Care Management die Behandlung oder Versorgung des Individuums umfasst, bezogen auf ein bestehendes Problem oder einen Zustand, ohne im allgemeinen die Einflüsse der individuellen Umgebung zu berücksichtigen“. (zit. in Wendt, S. 59)

3.1.3 Casework

Casework ist im Zusammenhang mit Case Management insofern von Bedeutung, als dass das Case Management gemäss Wendt (2008) aus dem ursprünglichen Casework heraus entstanden ist. Wendt definiert Casework als methodische Einzelfallhilfe in der Sozialen Arbeit (S. 17). Diese Einzelfallhilfe gilt nach Nando Belardi (2010) als älteste Methode der Sozialen Arbeit und war hauptsächlich eine Art der Gesprächsführung, welche im Alltag der Sozialarbeitenden zum Einsatz kam. Sie wurde ab 1890 vor allem in den USA entwickelt. Das Ziel des Caseworks war eine kostensparendere und wirksamere Hilfe. Es ging im Casework hauptsächlich um eine klienten- und klientinnenbezogene, akzeptierende Beziehung zwischen Helfenden und Klientel sowie um das Feststellen unerwünschter Verhaltensweisen, welche dann durch gezieltes Training durch bessere ersetzt werden sollten. (S. 59-61)

3.1.4 Managed Care

Laut Wendt (2008) sorgte in den neunziger Jahren die Verbreitung von Managed Care (gelenkte Versorgung) in den USA für einen Aufschwung des Case Managements (S. 27). Auch in der Schweiz fand der Begriff Managed Care Einzug in die gesundheitspolitischen Diskussionen, zuletzt bei der Abstimmung zur Managed Care-Vorlage am 17. Juni 2012, welche vom Stimmvolk abgelehnt wurde (BAG, 2012, Abstimmung über die integrierte Versorgung vom 17. Juni 2012, ¶1). Gemäss Jürg Baumberger (1996) wird Managed Care in Europa folgendermassen definiert:

Managed Care ist ein Prozess, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu maximieren. Die Dienstleistung wird in ausreichendem Mass und auf der Ebene des Falls überwacht, um sie ständig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen. (zit. in Wendt, 2008, S. 29)

Mit Managed Care sollen also gleichzeitig die medizinische Versorgung optimiert sowie ökonomische Ziele verfolgt werden. Im Rahmen von Managed Care schliessen die Kostenträger (z.B. Versicherungen) mit den Leistungserbringenden (z.B. Ärzteschaft oder Spitäler) Verträge ab. Darin wird für die versicherten Personen bereits im Voraus das Ausmass der Zahlungen und Leistungen festgelegt. Dadurch werden die Ärzte und Ärztinnen zu einer kostengünstigen Gestaltung der Versorgung angehalten und präventiven Angeboten wird eine grössere Bedeutung zugemessen. (Wendt, 2008, S. 27-28) Laut Baumberger (1996) arbeiten die sogenannten Health Maintenance Organizations [HMO] in der Schweiz nach dem Managed Care-Verfahren. Ärzte und Ärztinnen sind von den HMO-Praxen angestellt und beziehen einen von den durchgeführten Leistungen unabhängigen Lohn. (zit. in Wendt, S. 28)

3.2 Geschichte des Case Managements

Case Management ist ein Konzept, welches in der Schweiz im Sozial- und Gesundheitswesen sowie in Versicherungen und der Beschäftigungsförderung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Um ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie das Case Management zu seiner heutigen Form kam, gehen die Autorinnen in diesem Kapitel näher auf dessen Geschichte ein. Dabei erläutern sie die Entwicklung des Case Managements in den USA und in England, da das Case Management in der Schweiz und in Deutschland seine Wurzeln vermutlich im angelsächsischen Raum hat. Gemäss Ewers und Schaeffer (2005) wurden nämlich trotz unterschiedlicher Kontextbedingungen diverse Konzeptbausteine aus den USA und England übernommen und in Deutschland zur Anwendung gebracht (S. 12-13). Zudem wird die Geschichte des Case Managements in Deutschland näher erläutert, weil die Daten zu Case Management in der Schweiz rar sind und die Entwicklung teilweise mit derjenigen in Deutschland vergleichbar ist.

Case Management in den Vereinigten Staaten

Die ersten Vorläufer vom Case Management sind bereits im Jahr 1863 im Rahmen der US-amerikanischen Siedlungsbewegung erkennbar. Damals wurde durch die „Charity Organization Societies“ [COS] eine Art Case Management angeboten. Freiwillige Helfer/innen unterstützten neu eingewanderte, bedürftige Personen bei der Suche nach Unterstützungsangeboten und bauten, wenn nötig, neue Versorgungseinrichtungen auf. (Austin 1988, Greene 1987 & Carls/Weil, 1985, zit. in Ewers & Schaeffer, 2005, S. 41) Gemäss Wendt (2008) hat das Case Management im Casework der Sozialen Arbeit begonnen (S. 17). So zählt laut Ewers und Schaeffer das Case Management seit den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts zu den Konzepten der Sozialen Arbeit in den USA. Gleichzeitig hat auch die Pflege in ihrem Bereich ein frühes Case Management entwickelt. (S. 41-42) Um 1940 entstanden dann im Rahmen der US-amerikanischen Rehabilitationsbewegung erstmals Case Management-Modelle in der klassischen Krankenversorgung, welche man ausdrücklich als „Medical Case Management“ bezeichnen kann. Diese Programme gewannen besonders nach dem 2. Weltkrieg an Bedeutung, als Kriegsverletzte und Behinderte mit einer ungenügenden Krankenversorgung sowie mangelnden finanziellen Mitteln konfrontiert wurden. Dies erforderte ein gezieltes methodisches Vorgehen, welches durch das Case Management gewährleistet werden konnte. (DeLeon et al., 1991, Kaplan, 1990 & Netting, 1992, zit. in Ewers & Schaeffer, S. 42) Gemäss Wendt bot jedoch die Neuorganisation des Sozial- und Gesundheitswesens in den USA in den 1970er-Jahren die Grundlage für die Einführung des Case Managements wie man es heute kennt. Damals kam es zur sogenannten „Deinstitutionalisierung“, wobei immer mehr Personen mit einer psychischen Erkrankung, einer Pflegebedürftigkeit oder einer geistigen Behinderung aus den stationären Einrichtungen entlassen wurden, um ambulant betreut zu werden. Dies geschah aus bürgerrechtlichen Überlegungen sowie aus der Erkenntnis, dass die Unterbringung in stationäre Einrichtungen die Betroffenen unselbstständig macht und dass dadurch hohe Kosten entstehen. Die stationären Einrichtungen wurden somit reduziert und es entstanden unkoordinierte ambulante Hilfsangebote. Diese versuchte man mit Hilfe von Case Management zu koordinieren und so den „deinstitutionalisierten“ Menschen die nötige Unterstützung zu gewähren. (S. 18-20) Diese Einführung des Case Managements wurde durch die US-Regierung aktiv unterstützt. Es entstanden bald unterschiedliche Modelle der neuen Arbeitsweise, welche ihren Schwerpunkt je nachdem auf die Vermittlungstätigkeit, die Rehabilitation oder das Einüben von selbstständigem Leben in der Gemeinschaft legten. An der Entwicklung dieser Programme waren diverse Fachpersonen aus der Medizin, der Pflege und der Sozialen Arbeit beteiligt. (Wendt, S. 18-20 sowie Scott/Rantz 1997, Shamansky, 1995 & Moneyham/Scott 1997, zit. in Ewers & Schaeffer, S. 43) Zudem stieg nun auch die Akzeptanz gegenüber diesem Konzept, so dass 1974 offiziell der Ausdruck „Case Manager“ [sic!] eingeführt wurde (Netting, 1992, zit. in Ewers & Schaeffer, S. 43). Die Einführung dieses Begriffs sorgt bis heute für Diskussionen. Es ist nach wie vor umstritten, ob es sich bei Case Management um ein angewandtes Konzept von sozialen und gesundheitlichen Berufsgruppen oder um ein eigenes Berufsfeld handelt. (Weil et al., 1985, zit. in Ewers & Schaeffer, S. 43)

Case Management in Grossbritannien

Gemäss Wendt (2008) hat das Case Management in Grossbritannien einen anderen Hintergrund als in den USA. Dort entstand es 1980 aus dem politischen Willen heraus, eine effiziente Arbeitsweise zu finden, welche die hohen Versorgungskosten rechtfertigt. Ein Bericht einer parlamentarischen Kommission ergab 1983, dass es Defizite in der Funktions-, Kompetenz- und Verantwortlichkeitsverteilung innerhalb des Versorgungssystems gibt, und es wurde ein Case Management auf Ebene der kommunalen Sozialbehörden empfohlen. Erste Ansätze für die Einführung des Case Managements wurden dabei in der Altenhilfe ab 1970 gefunden, wo mittels einer Art Case Management viele Heimunterbringungen zu Gunsten von ambulanten und teilstationären Massnahmen verhindert werden konnten. Schliesslich wurde das Case Management 1990 in Grossbritannien auf Gesetzesebene verankert. (S. 20-23)

Case Management in Deutschland und der Schweiz

In Deutschland wird Case Management laut Wendt (1991) seit Ende der 1980er-Jahre eingesetzt. Die Gründe für die Einführung des Case Management sieht er insbesondere in der zunehmenden Fragmentierung und Spezialisierung von unterschiedlichen Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen, was eine bessere Koordination und Zusammenarbeit erforderte. (zit. in Michael Galuske, 2011, S. 198) Gemäss Belardi (2010) handelt es sich auch beim Case Management in Deutschland nicht um eine grundsätzlich neue Sache. Erste Ansätze gab es in Deutschland bereits um 1925, als Sozialarbeitende in den allgemeinen Sozialdiensten eine Art Case Management anwandten. Dies geschah, weil die multiplen Problemstellungen der Klientel nicht mehr nur von einer Person angegangen werden konnten, sondern eine Vernetzung von diversen Fachpersonen erforderten. (S. 64-65) Die Einführung des Case Managements als Konzept wurde laut Ewers und Schaeffer (2005) in Deutschland oft ohne die Reflexion von konzeptionellen Grundlagen und die nötigen Implementierungsvoraussetzungen vorgenommen. Dies führte in der Folge zu einer teilweise unkritischen Übernahme von US-amerikanischen sowie britischen Konzeptbausteinen, wobei den unterschiedlichen Kontextbedingungen der verschiedenen Länder kaum Beachtung geschenkt wurde. (S. 10-13)

Laut Werthemann (2006) gewinnt nun seit den Neunzigerjahren das Case Management auch in der Schweiz stets an Bedeutung. Besonders im Gesundheitswesen wird es als wirksames Instrument entdeckt, um effizienter und kostensparender zu arbeiten. (S. 34) Case Management wird von verschiedenen Organisationen des Schweizer Sozial- und Gesundheitswesens angeboten, beispielsweise in der städtischen Sozialhilfe, in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen oder in der Suchtarbeit. Viele dieser Angebote bestehen jedoch erst seit wenigen Jahren und haben, trotz teilweise bereits hohem Erfahrungsgrad, immer noch einen gewissen Pioniercharakter. Der Verein „Netzwerk Case Management Schweiz“ wurde 2004 mit dem Ziel gegründet, das Case Management und dessen Entwicklung in der Schweiz zu diskutieren, über diverse Angebote zu informieren sowie Standards für Case Management in der Schweiz zu formulieren. (Werthemann, S. 120)

3.3 Realisierungsebenen von Case Management

Gemäss Wendt (2011) kann das Konzept Case Management auf der Makro-, Meso- und Mikroebene eingeordnet werden (S. 5). Im vorliegenden Kapitel zeigen die Autorinnen darum diese verschiedenen Ebenen von Case Management auf, um ein Überblick über dessen Komplexität zu vermitteln. Durch die folgende Abbildung wird ersichtlich, wie Case Management im Gesamtkontext eingeordnet werden kann.

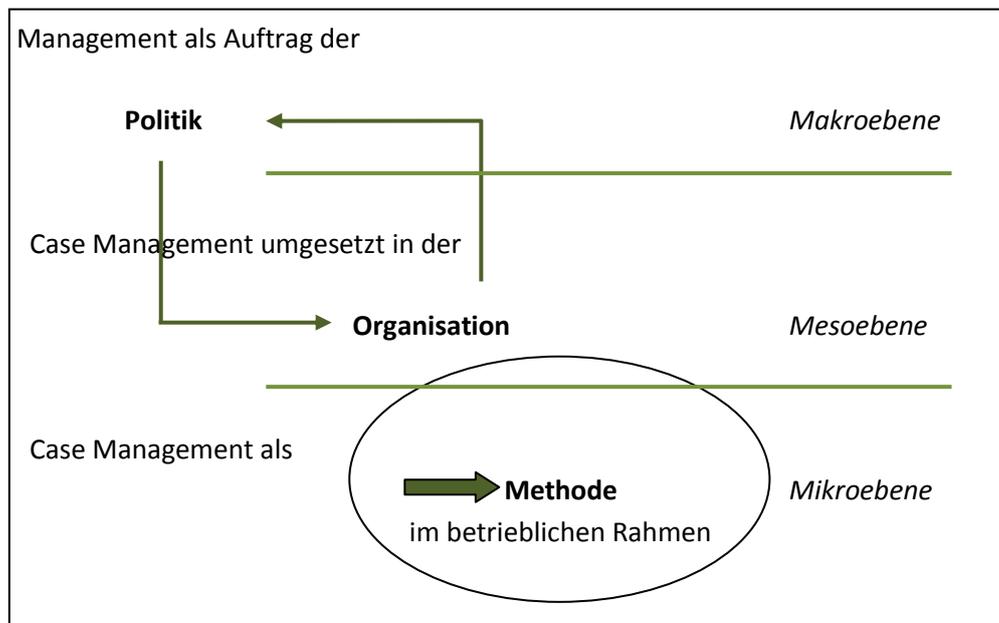


Abb. 5: Realisierungsebenen von Case Management (Wendt, 2011, S. 5)

Mit der Makroebene ist gemäss Wendt (2011) die politische Ebene gemeint, welche eine Leistung des Case Managements fordert und dafür einen politischen Auftrag erteilt. Auf der Mesoebene ist die Organisation gefordert, welche Case Management im Betrieb implementiert. Dabei ist die mit dem Case Management einhergehende Systemaufgabe bis hin zur individuellen Leistungserbringung von Bedeutung, welche sich in der Aufbau- sowie Ablauforganisation widerspiegelt. Auf Mikroebene ist das methodische Vorgehen im Einzelfall wichtig, wobei ein standardisierter Ablauf eingehalten wird. (S. 5-7)

Eine etwas andere Unterteilung der drei Ebenen nimmt hingegen die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management [DGCC] (2009) vor. Auf Makroebene spricht sie von der sogenannten institutionellen Netzwerkebene. Dabei steht weniger die Politik im Vordergrund als vielmehr der Aufbau eines Netzwerks von diversen Unterstützungs- und Leistungsangeboten. Die Organisation auf der Mesoebene und der Einzelfall als Mikroebene entspricht hingegen grundsätzlich den Ebenen wie Wendt diese definiert. (S. 4-5)

Neben den verschiedenen Realisierungsebenen vom Case Management ist auch die Unterscheidung in eine Fall- und eine Systemsteuerung bedeutsam. Gemäss Wendt (2008) beschäftigt sich das Konzept Case Management sowohl mit der Fall- als auch mit der Systemsteuerung. Bei der Fallsteuerung findet eine Auseinandersetzung mit dem Einzelfall, also der betroffenen Person und ihrer Problematik statt, wobei die individuelle Problemlage in einem adäquaten Verfahren angegangen und behoben wird. Im Gegensatz dazu wird unter der Systemsteuerung der organisierte Prozess verstanden, in dessen Rahmen eine Organisation oder ein Betrieb dem Versorgungsauftrag in verschiedenen Einzel-

fällen nachkommt. (S. 9) Wendt (2011) betont jedoch, dass das fall- und systemsteuernde Case Management nicht so zu verstehen ist, als dass es auf der einen Seite nur um das Bedienen der Bedürfnisse der Klientel und auf der anderen Seite ausschliesslich um das Optimieren des Betriebs und seines Ressourcenverbrauchs geht. Die Unterscheidung in Fall- und Systemsteuerung zeigt lediglich auf, dass eine Spannung zwischen diesen beiden Typen besteht, welche die Case Manager/innen aushalten müssen. Es geht also darum, „eine formelle Regulierung in die Eigensteuerung von Personen zu übersetzen und an informelle Versorgung anzuschliessen“. (S. 6) Somit kann auch keine Zuteilung der beiden Steuerungsarten zu den einzelnen Ebenen vorgenommen werden.

3.4 Case Management als gesellschaftlicher Auftrag (Makroebene)

Im folgenden Kapitel gehen die Autorinnen auf den gesellschaftlichen Auftrag an das Case Management ein. Dazu zeigen sie einerseits auf, wo auf der politischen Ebene der Auftrag zum Case Management zu finden ist und erläutern andererseits, wie sich Case Management auf der gemäss DGCC definierten institutionellen Netzwerkebene gestaltet (vgl. Kapitel 3.3).

3.4.1 Politische Grundlagen für Case Management

Gemäss DGCC (2009) besteht in Deutschland keine genereller Anspruch der Klientel auf Case Management. Es sind einzig einige gesetzlich formulierte Ansprüche zu finden. (S. 3) Auch in der Schweiz ist auf der politischen Ebene kein direkter Auftrag zum Case Management erkennbar. Jedenfalls gibt es keine konkreten Gesetze, welche den Einsatz von Case Management in irgendeiner Form verbindlich vorschreiben oder welche einen Anspruch der Klientel auf Case Management erkennen lassen. Allenfalls können sich Anbieter/innen von Case Management auf gewisse Artikel in der Schweizer Gesetzgebung stützen, welche jedoch eher grundsätzlicher Art sind und nicht konkret den Einsatz von Case Management verlangen. In diesen Fällen ist Case Management eine Möglichkeit unter vielen, um die gesetzlichen Vorgaben zu erreichen. Im Folgenden werden einige Gesetze exemplarisch dargestellt. Beispielsweise ist in Art. 41 Abs. 1 BV im Rahmen der Sozialziele festgehalten, dass sich Bund und Kantone für eine Teilhabe jeder Person an der sozialen Sicherheit sowie für die Verfügbarkeit einer adäquaten Pflege einsetzen sollen. Um diesen Zielen zu entsprechen, kann Case Management eine von vielen Massnahmen sein. Ein anderes Beispiel ist Art. 32 KVG, wo festgelegt ist, dass die Leistungen im Gesundheitswesen den Aspekten der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit genügen müssen. Auch hier kann Case Management ein mögliches Konzept sein, um diesen Aspekten gerecht zu werden.

Das einzige konkrete Projekt auf politischer Ebene, welches gezielt Case Management als Konzept fordert, ist im Bundesamt für Berufsbildung und Technologie [BBT] (2012) zu finden. Hier wird Case Management eingesetzt, um „über institutionelle Grenzen hinweg während der Phasen der Berufswahl und der Berufsbildung für ein planmässiges, koordiniertes und kontrolliertes Vorgehen“ zu sorgen. Das Ziel ist dabei die berufliche und soziale Integration von Jugendlichen. (Case Management Berufsbildung, ¶1&2) Auch in Richtung von Case Management ging die Managed Care-Vorlage, welche am 17. Juni 2012 vom Schweizer Stimmvolk abgelehnt wurde (BAG, 2012, Abstimmung über die integrierte Versorgung vom 17. Juni 2012, ¶1). Da es sich bei Managed Care jedoch um eine Sonderform des Case Management handelt (vgl. Kapitel 3.1.4), kann diese Vorlage nicht als konkrete politische Grundlage für Case Management betrachtet werden.

3.4.2 Institutionelle Netzwerkebene

Die DGCC (2009) geht davon aus, dass auf der Makroebene der institutionelle Netzwerkaufbau und die Netzwerkpflge sehr wichtig sind, damit Case Management funktionieren kann (S. 40). Gemäss Wendt (2008) kann nämlich das Ein- und Durchführen von Case Management blockiert werden, indem selbstständige Dienstleistungsbetriebe eine bereichsübergreifende Koordination und Kooperation nicht zulassen (S. 156). Darum ist es von grosser Bedeutung, die Zusammenarbeit auf der institutionellen Netzwerkebene zu fördern.

Laut der DGCC (2009) ist mit Case Management auf der institutionellen Netzwerkebene gemeint, dass die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Dienstleistungsbetrieben möglichst aufeinander abgestimmt und verbindlich geregelt sein soll, damit ein adäquates Case Management stattfinden kann. Dazu ist es nötig, die Kooperation der einzelnen Betriebe auf höchster standardisierter Ebene zu regeln, am besten auf vertraglicher Basis. Nur so ist gewährleistet, dass die Einrichtung, welche Case Management betreibt, die Dienstleistungen im Netzwerk in Bezug auf den Einzelfall koordinieren kann. Durch sogenannte Schnittstelleninstrumente soll zudem garantiert werden, dass die Zusammenarbeit integriert abläuft, das heisst, dass die Dienstleistungen nicht bloss neben- oder nacheinander angeboten werden. (S. 40)

Hugo Mennemann (2006) schlägt vor, den institutionellen Netzwerkaufbau in verschiedene Phasen zu gliedern (S. 14).



Abb. 6: Netzwerkaufbau in Phasen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Mennemann, 2006, S. 15-16)

In der ersten Phase der *Vorabklärung* soll gemäss Mennemann (2006) geprüft werden, ob Case Management überhaupt das passende Konzept ist. Dazu wird erhoben, welche Dienstleistungsbetriebe vorhanden sind, ob die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind und ob alle relevanten Hierarchieebenen der einzelnen Betriebe erreicht werden können. Abgeschlossen wird diese Phase mit konkret formulierten Zielen, welche die Implementierung als Projekt des gesamten Netzwerks begreifen.

In der zweiten Phase der *Bewusstseinsbildung und Motivation* geht es darum, ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass sich sämtliche Dienste des Netzwerkes als ein Teil des Ganzen betrachten. Es wird informiert über die Zielsetzung und den Einsatz des Konzepts Case Management. Zentral sind dabei die Bewusstseinsbildung und die Motivation jedes einzelnen Dienstes, im Netzwerk pro-aktiv zu agieren.

Beim *Erfassen der Ist-Situation* in der dritten Phase kann es sinnvoll sein, eine Netzwerkkarte zu erstellen, welche das Netzwerk der verschiedenen Dienstleistungsbetriebe sichtbar macht. Dazu gehört auch, dass jeder Dienst sich seine eigenen Standards und Abläufe bewusst macht, um diese den anderen Netzwerkteilnehmenden transparent darzustellen.

In Phase vier werden die *Ziele und Massnahmen* für den Netzwerkaufbau bestimmt. Hier werden unter anderem auch die Zielhierarchien, Zuständigkeiten, Kommunikationswege, durchführende Personen und Dienste sowie das Zeitmanagement und die zu erwartenden Kosten dargestellt. Konkret können beispielsweise fachdienstübergreifende Assessmentinstrumente und Intake-Kriterien entwickelt werden.

In der fünften Phase geht es um die *Umsetzung vom Case Management in die Praxis*. Das gesamte Netzwerk kann nun beginnen, das Case Management ausgerichtet an der Klientel anzuwenden. Falls bei der konkreten Anwendung Defizite im Netzwerk erkannt werden, können diese nun von einem Steuerungsgremium weiter bearbeitet werden.

In der letzten Phase steht schliesslich die *Netzwerkpflege* im Vordergrund. Netzwerke sind dynamische Gebilde, welche sich stets verändern. Somit sind alle teilnehmenden Dienste aufgefordert, die Zusammenarbeit stetig zu analysieren und den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. (S. 15-16)

3.5 Case Management in der Organisation (Mesoebene)

Um ein adäquates Case Management anbieten zu können, muss dieses in der anbietenden Organisation klar implementiert sein. Im vorliegenden Kapitel zeigen die Autorinnen deshalb auf, welche Punkte für eine erfolgreiche Implementierung von Case Management auf der Organisationsebene bedeutsam sind. Dazu erklären sie zuerst, wer überhaupt Case Management anbietet und wie dieses in eine Organisation kommt. Danach werden die einzelnen Phasen der Implementierung erörtert und zum Schluss die nötigen Qualitätskriterien definiert.

3.5.1 Case Management anbietende Organisationen

Case Management wird von verschiedenen Organisationen angeboten. Grundsätzlich können gemäss Ewers und Schaeffer (2005) grob drei verschiedene Gruppen unterschieden werden (S. 14).

Case Management durch neutrale Stellen

Sogenannte Koordinierungsstellen sind neutrale Organisationen, welche unabhängig das Case Management als Dienstleistung anbieten. Ein typisches Merkmal dieser Stellen ist die strikte Trennung zwischen Leistungssteuerung und Leistungserbringung. (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 14) In der Schweiz werden diese neutralen Stellen meist von Versicherungen geschaffen, welche ihre Klientel, bei welcher ein Case Management sinnvoll erscheint, an diese Stellen weiter verweisen.

Case Management durch kostentragende Organisationen

In diesem Fall wird Case Management direkt von den Kostenträgern und Kostenträgerinnen angeboten. Gemäss Werthemann (2006) sind dies in der Regel Kranken- und Unfallversicherungen, welche somit eine aktivere Rolle als nur die der zahlenden Instanz einnehmen (S. 121). Besonders bei langwierigen Krankheiten und Unfällen sowie kostspieligen Behandlungen kommen die Case Manager/innen der Versicherungen zum Einsatz. (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 16)

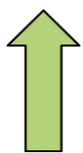
Case Management durch leistungserbringende Organisationen

Hier sind es Leistungserbringer/innen, welche Case Management für ihre Klientel anbieten. Das Case Management dient dabei vor allem der Versorgungssteuerung und zielt hauptsächlich darauf ab, Ablaufschwierigkeiten bei den Schnittstellen im System zu vermindern sowie die Versorgungsintegration und -kontinuität zu gewährleisten. Dieses Case Management ist hauptsächlich aus Sozialdiensten in Kliniken bekannt. (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 16)

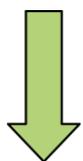
Trotz unterschiedlicher Zielsetzungen der einzelnen Case Management-Anbietenden gibt es keine Unterscheidung bezüglich der Implementierung von Case Management in den verschiedenen Organisationen. Aus diesem Grund können die nachfolgenden Hinweise zur Implementierung von Case Management in allen drei Bereichen angewendet werden.

3.5.2 Implementierungsprozess von Case Management in der Praxis

Peter Löcherbach (2008) geht davon aus, dass die Implementierung von Case Management in der Praxis momentan als sogenannter „doppelter Durchdringungsprozess“ geschieht. Dieser Prozess passiert entweder von der Mikro- zur Makroebene als Bottom-up-Verlauf oder von der Makro- zur Mikroebene als Top-down-Verlauf. (S. 32-33)



Bei der Bottom-up-Implementierungsstrategie wird das Case Management durch die Fachpersonen angeregt. Diese erhoffen sich durch die Einführung des neuen Konzepts eine methodische Verbesserung für ihre Arbeit und treiben darum dessen Einführung voran. (Löcherbach, 2008, S. 33)



Den umgekehrten Weg verfolgt die Top-down-Implementierungsstrategie. Hier sieht die Leitung eines Unternehmens, beispielsweise eines Spitals oder einer Versicherung, Case Management als kompetentes Konzept, um anstehende Herausforderungen zu meistern und führt darum Case Management ein. (Löcherbach, 2008, S. 33)

Gemäss Peter Löcherbach und Martina Schu (2009) gibt es diverse empirische Belege, wonach eine reine Bottom-up-Strategie nicht sinnvoll ist. Die Einführung von Case Management greift immer auch stark in die Struktur einer Organisation ein, weshalb die Leitung sich auch mit dem Thema auseinandersetzen sollte. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass bei einer ausschliesslichen Top-down-Strategie die Kultur im Betrieb sowie Kompetenzbarrieren im Weg stehen könnten. (S. 231-232) Grundsätzlich ist es deshalb wünschenswert, dass die beiden Implementierungsstrategien sich ergänzen.

3.5.3 Schritte zur Implementierung

Zur Implementierung von Case Management in einer Organisation sind gemäss Löcherbach und Schu (2009) vier Phasen notwendig (S. 224).

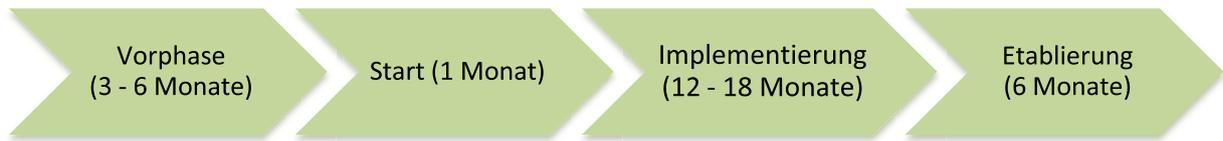


Abb. 7: Implementierungsphasen von Case Management (Eigene Darstellung in Anlehnung an Löcherbach & Schu, 2009, S. 224)

Vorphase

In der Vorphase ist zuerst eine Ist-Analyse nötig, welche dann ausgewertet wird. Es sind diverse Punkte zu prüfen, beispielsweise die Fallzahlen und -verläufe, Verweildauer, Schnittstellen mit anderen Organisationen sowie Störungen und Besonderheiten der Organisation. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 225) An dieser Stelle soll auch geprüft werden, ob überhaupt Indikationskriterien für Case Management vorliegen. Gemäss der DGCC (2009) ist Case Management angebracht, „wenn Versorgungssysteme, in denen unterschiedliche Professionen tätig sind und die i.d.R. [sic!] einrichtungsübergreifend fungieren, auf die komplexe Hilfsituation der Adressaten/Klienten [sic!] der Hilfe ausgerichtet werden sollen“. Bezogen auf die betroffenen Personen ist Case Management indiziert, wenn ein komplexer Bedarf vorliegt, mehrere Stellen involviert sind, wenige Ressourcen vorhanden sind, reguläre Versorgungspfade nicht greifen und die Betroffenen ins Case Management einwilligen. (S. 2-3)

Eine weitere Aufgabe in der Vorphase ist die Zielsetzung. Damit sind sowohl die Organisationsziele als auch die konkreten Ziele des Case Managements gemeint. Nach Löcherbach und Schu (2009) greift die Implementierung von Case Management stark in die Organisationsstruktur eines Unternehmens ein. Darum ist es wichtig, dass sich die Leitung zuerst Gedanken über die eigenen Unternehmensziele macht und sich bewusst ist, wo das Case Management Einfluss nehmen soll (z.B. Prozessoptimierung, Umsatz- und Gewinnziele). (S. 222-223) Des Weiteren sollen auch die allgemeinen Ziele vom Case Management vor der Implementierung geklärt werden (DGCC, 2009, S. 12-13). Zur Zielformulierung können die in der folgenden Tabelle dargestellten Leitprinzipien des Case Managements hilfreich sein.

Leitprinzipien von Case Management mit Blick auf...		
...die Klientel	...die Fachlichkeit	...gesellschaftspolitische Gesichtspunkte
<ul style="list-style-type: none"> • Orientierung an Klientel • Lebensweltorientierung • Berücksichtigen von Mehrdimensionalität jeder Person • Ressourcenorientierung • Empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionalität • Neutralität • Effektivität • Effizienz • Leistungstransparenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachrangiges Eingreifen (Subsidiarität) • Welfaremix: Ineinandergreifen von diversen Angeboten • Agieren quer zu bestehenden Strukturen • Grundsatz: ambulant vor teilstationär vor stationär

Tabelle 2: Leitprinzipien von Case Management (Eigene Tabelle in Anlehnung an DGCC, 2009, S. 11-12)

Die vorangehende Tabelle der Leitprinzipien vom Case Management zeigt auf drei Ebenen, woran sich Case Management orientieren soll. Case Management soll der Klientel dienen, auf qualitätsvolle Weise erbracht werden sowie als Teil des Sozial- und Gesundheitswesens gewisse Grundlagen berücksichtigen (DGCC, 2009, S. 11-12). Diese Leitprinzipien kann eine Organisation zur Zielformulierung heranziehen.

Doch nicht nur interne Strukturen müssen analysiert, sondern auch externe Daten berücksichtigt werden. Dies können beispielsweise bestehende Angebote oder die Kooperationsbereitschaft anderer Organisationen sein. Zudem muss auch in Bezug auf die Finanzierung Stellung bezogen werden. Es müssen für die Einführung von Case Management sowohl Personal- wie auch Sachressourcen zur Verfügung gestellt werden, welche sich voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt machen. Abgeschlossen wird diese Phase schliesslich mit einem Grobkonzept zur Implementierung von Case Management. Eine besondere Herausforderung in dieser Phase ist, die durch das Case Management angestrebten Optimierungen sowohl klientelgerecht wie auch systemkonform zu gestalten. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 225-226)

Startphase

In dieser Phase muss laut Löcherbach und Schu (2009) das Grobkonzept durch die Geschäftsleitung abgesegnet werden, da die Implementierung von Case Management meist einen Strukturwandel beinhaltet (S. 227). Dies kommt daher, dass das Case Management als Handlungskonzept direkt auf die Aufbau- sowie Ablauforganisation eines Betriebes Einfluss nimmt (DGCC, 2009, S. 6).

Implementierung

In der Phase der Implementierung plädieren Löcherbach und Schu (2009) dafür, eine Projektgruppe einzusetzen, wobei ein/e Case Manager/in mit Zertifizierung oder eine externe Person, welche sich mit Case Management auskennt, mit einbezogen ist. Dieser Projektgruppe sind dann die Aufgaben der Implementierung zu übertragen. (S. 227) Im Folgenden werden nun die wichtigsten Schritte der Implementierungsphase näher beschrieben.

Zuerst ist gemäss Löcherbach und Schu (2009) ein detailliertes Konzept aufzustellen, welches das konkrete handlungstheoretische Vorgehen festlegt. Folgende Punkte werden darin festgelegt:

- Ziele sowie ethische und fachliche Leitprinzipien des Case Managements
- Definition der Kernprozesse wie beispielsweise der Aufbau von Netzwerken, Öffentlichkeitsarbeit, Information und Beratung oder Vorgehen bei Krisen
- Konkretisierung der Zielgruppen des Case Managements
- Festlegen der Einbindung ins Qualitätsmanagement und in die organisatorischen Abläufe, beispielsweise Teamstruktur oder Entscheidungsbefugnisse (S. 227)

Als weitere wichtige Aufgabe in dieser Phase sind die für das Case Management benötigten Arbeitsinstrumente zu erstellen, welche im Laufe des Case Managements für die einzelnen Arbeitsschritte benötigt werden. Gegebenenfalls ist auch eine geeignete Softwarelösung zu finden, welche in die vorhandenen IT-Strukturen eingebunden wird. Dabei ist dem Datenschutz genügend Aufmerksamkeit zu widmen. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 227-228)

Wichtig für eine erfolgreiche Implementierung von Case Management ist zudem das verfügbare Fachpersonal. Auch hierzu müssen in der Implementierungsphase Überlegungen angestellt werden. Laut Löcherbach und Schu (2009) bestimmt gut geschultes Personal maßgeblich die Prozessqualität. Deshalb ist es wichtig, dass ein klarer Stellenbeschreibung für die Case Manager/innen ausgearbeitet und eine begleitende Personalpolitik angeboten wird. Ein Unternehmen, welches Case Management einführt, muss gewillt sein, Mitarbeitende gezielt auszuwählen und zu qualifizieren. (S. 228) Laut dem Netzwerk Case Management Schweiz (2006) können Personen mit diversen beruflichen Hintergründen Case Management durchführen. Diese sind dann jeweils ihren eigenen berufsethischen Codes verpflichtet, müssen in ihrer Arbeit aber auch die normativen Vorgaben des Case Managements berücksichtigen. (S. 2) Auch Wendt (2008) plädiert dafür, dass sich verschiedene Berufsangehörige mit einer akademischen humanberuflichen Ausbildung als Case Manager/innen eignen, wobei dem Case Management eine eigene Fachlichkeit zukommt. Wichtig ist, dass die jeweiligen Personen das vernetzte Arbeiten beherrschen und zwischen den Individuen sowie den Versorgungsmöglichkeiten im Sozialleistungssystem vermitteln können. (S. 154-155)

Ausserdem spielt der bereits im Kapitel 3.4.2 erwähnte Netzwerkaufbau während der gesamten Implementierungsphase und darüber hinaus eine wichtige Rolle. Nur so kann gewährleistet werden, dass Case Management nicht nur betriebsintern, sondern auch in Zusammenarbeit mit externen Betrieben stattfindet.

Sind die obenstehenden Punkte geklärt, kann es zu einer ungefähr zweimonatigen Testphase kommen. In dieser Zeit wird laufend evaluiert, wie sich die entworfenen Instrumente und Verfahrensweisen in der Praxis bewähren. Bei Bedarf kann sofort eine Anpassung stattfinden. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 230)

Löcherbach und Schu (2009) berichten, dass auf die Testphase die eigentliche Pilotphase folgt, welche mindestens ein Jahr dauern sollte. In dieser Zeit können Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden. Es sollte ein stetiges Monitoring stattfinden und die gesteckten Ziele müssen genau überprüft werden. So kann eine Kosten-/Nutzenanalyse durchgeführt werden, welche später als Grundlage für die Entscheidung für oder gegen die Weiterführung vom Case Management verwendet werden kann. (S. 230-231)

Etablierung

Wenn nach der Implementierungsphase die Ergebnisse der Evaluation in schriftlicher Form vorliegen, wird entschieden, ob das Case Management weitergeführt wird. Falls die Organisation sich für eine Fortführung entscheidet, wird in der Etablierungsphase das Case Management in den normalen Betrieb überführt. In dieser Phase kann dann je nach Bedarf ein weiterer Ausbau stattfinden und eine mögliche Zertifizierung angestrebt werden. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 231)

3.5.4 Herausforderungen bei der Implementierung

Bei einer Implementierung von Case Management in die Praxis gibt es verschiedene Herausforderungen, welche eine Organisation bei der Einführung von Case Management zusätzlich beachten sollte. Diese werden in der Folge kurz aufgeführt.

Kulturelle Barrieren

In jedem Betrieb herrscht eine individuelle Kultur. Gemäss Löcherbach und Schu (2009) ist dieser bei der Einführung von Case Management grosse Beachtung zu schenken. Veränderungsresistenzen auf der psychischen sowie sozialen Ebene aller Beteiligten können dazu beitragen, dass Widerstände gegen das neue Konzept entstehen. Diese Widerstände sind bedingt durch neue Hierarchien sowie veränderte Kommunikationsstrukturen und Entscheidungsabläufe, welche das Case Management mit sich bringt. Es kann zu Machtkämpfen zwischen den Professionen kommen. (S. 232) Die Herausforderung besteht nun darin, die bestehenden kulturellen Barrieren zu erkennen und diese bei der Implementierung des Case Managements zu berücksichtigen.

Kompetenzbarrieren

Es kann vorkommen, dass sich das Personal bei der Einführung von Case Management durch die neuen Anforderungen überfordert und nicht kompetent genug fühlt. Diesem Umstand ist Rechnung zu tragen, indem genug Zeit und Begleitung zur Verfügung gestellt wird, um die neuen methodischen Ansätze sowie Instrumente kennen zu lernen. (Löcherbach & Schu, 2009, S. 232) Dadurch kann vermieden werden, dass Widerstände gegen das neue Konzept entstehen und dieses von den Mitarbeitenden boykottiert wird.

Doppelter Durchdringungsprozess

Wie bereits im Kapitel 3.5.2 erwähnt, geschieht die Implementierung von Case Management durch einen doppelten Durchdringungsprozess. Gemäss Löcherbach und Schu (2009) ist es wichtig, dass die Implementierung sowohl durch Top-down- als auch durch Bottom-up-Prozesse stattfindet. Ansonsten bleibt die Einführung des Case Managements irgendwo stecken. Die Top-down-Strategie ist wichtig, um aus struktureller und organisatorischer Sicht die Einführung von Case Management zu ermöglichen. Die Bottom-up-Strategie hingegen spielt beispielsweise für die Gewinnung von Fachkräften sowie die konkrete Umsetzung eine grosse Rolle. (S. 232)

3.5.5 Qualitätsmanagement

Eine adäquate Implementierung von Case Management in eine Organisation ist immer auch gekoppelt an das jeweilige Qualitätsmanagement. Gemäss der DGCC (2009) muss das Case Management in das Qualitätsmanagement eingebunden werden. Konkret bedeutet dies, dass die Qualität des Case Managements in verschiedenen Punkten festgehalten werden muss. Dies beginnt beim Leitbild einer Organisation, erstreckt sich über das handlungsleitende Konzept, in welches das Case Management eingebunden ist, über die Kommunikationswege bis hin zu den Zielformulierungen und den Personalqualifikationen. Zudem fallen der Datenschutz, die standardisierten Arbeitsinstrumente, die Vereinbarungen mit anderen Leistungserbringenden sowie die Qualitätsstandards des Case Management und deren Überprüfung darunter. (S. 7) Folgende Qualitätsmerkmale können dabei gemäss DGCC (2009) über die Qualität des Case Managements Auskunft geben:

- Durch einen detaillierten Produkte- und Leistungskatalog ist genau beschrieben, welche Aufgaben die Case Manager/innen erledigen.
- Es liegen Qualitätsstandards zur Struktur, zum Prozess und zum Ergebnis vor. Dort werden unter anderem die Rahmenbedingungen und der Ablauf des Case Managements festgehalten.
- Anhand von standardisierten Arbeitsinstrumenten ist der Case Management-Prozess festgelegt.
- Eine systematische und standardisierte Dokumentation und Evaluation der Ergebnisse sowie weitere qualitätssichernde Massnahmen finden regelmässig statt. (S. 14)

Von methodischer Seite her können verschiedene Instrumente angewendet werden, um die Qualität zu dokumentieren, zu überprüfen und zu sichern. Es eignen sich unter anderem Jahres- und Qualitätsberichte, Qualitätszirkel oder interne und externe Verfahren zur Qualitätssicherung. (DGCC, 2009, S. 7)

In der Schweiz können sich Organisationen, welche Case Management anbieten, vom Netzwerk Case Management Schweiz überprüfen und zertifizieren lassen. Diese haben zusammen mit der Schweizerischen Vereinigung für Qualitäts- und Managementsysteme [SQS] ein Zertifizierungsverfahren entworfen. Dazu haben sie diverse Qualitätskriterien und Überprüfungsindikatoren ausgearbeitet, welche die Qualität des Case Managements in einer Organisation messbar machen (vgl. <http://www.netzwerk-cm.ch/page/fachwissen>). Durch diese Zertifizierung können Betriebe belegen, dass sie in Bezug auf das Case Management die fachlichen Standards gemäss dem Netzwerk Case Management Schweiz erfüllen.

3.6 Case Management als Konzept (Mikroebene)

In diesem Kapitel gehen die Autorinnen auf die Mikroebene vom Case Management ein. Wie im Kapitel 3.3 bereits erwähnt, ist auf dieser Ebene vor allem das methodische Vorgehen im Einzelfall von Bedeutung. Deshalb zeigen die Autorinnen im Folgenden die einzelnen Prozessschritte von Case Management auf, wie sie das Netzwerk Case Management Schweiz vorgibt. Dabei beschränken sie sich darauf, einen kurzen Überblick über die einzelnen Schritte zu geben, da sie den Fokus dieser Arbeit nicht auf das methodische Vorgehen, sondern auf die Implementierung von Case Management legen.

Nach Wendt (2008) besteht das Vorgehen im Case Management in Bezug auf die Fallsteuerung aus verschiedenen definierten Phasen. Es ist wichtig, diese Phasen einerseits als einzelne Teile wahrzunehmen und zu gestalten, andererseits jedoch auch den ganzen Prozess im Auge zu behalten. Denn Case Management stellt immer einen Zusammenhang von verschiedenen Handlungen dar und nicht nur eine einzelne Beratung oder Dienstleistung. Erst durch das Zusammenspiel der einzelnen Phase sowie des gesamten Prozesses wird eine adäquate Steuerung des gesamten Verfahrens möglich. (S. 111-112)

In der folgenden Abbildung werden die einzelnen Prozessschritte dargestellt, wie das Netzwerk Case Management Schweiz diese vorgibt.

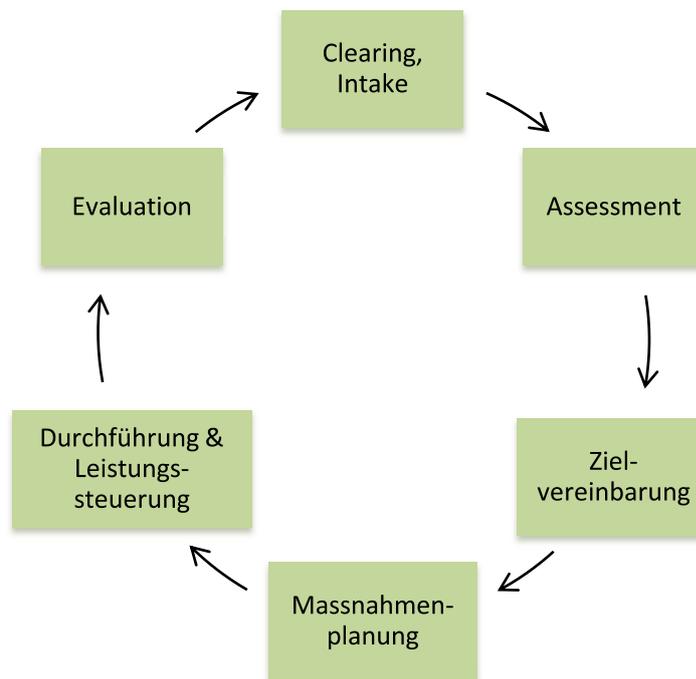


Abb. 8: Prozessschritte vom Case Management (Eigene Darstellung in Anlehnung an Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 4-10)

Der Prozess des Case Managements beginnt laut dem Netzwerk Case Management Schweiz (2006) mit dem *Clearing und Intake*. Dabei wird gemeinsam mit den Klienten und Klientinnen geschaut, ob sie mit ihrer Problematik durch ein Case Management unterstützt werden können oder ob eine Triage an eine andere Stelle erforderlich ist. Falls Case Management das passende Konzept ist, wird ein erster mündlicher Vertrag über die Zusammenarbeit abgeschlossen. (S. 5)

Der zweite Prozessschritt beinhaltet das *Assessment*, wo die aktuelle Situation und der Bedarf abgeschätzt werden. In dieser Phase wird der Ist-Zustand der Situation erfasst, in der sich die hilfesuchende Person befindet und die gesamte Lage eingeschätzt. Dabei werden vorhandene Ressourcen betrachtet sowie anstehende Aufgaben definiert. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 6)

Im Prozessschritt der *Zielvereinbarung* werden gemeinsam Ziele ausgehandelt, welche im Verlauf des Case Managements erreicht werden sollen und welche für beide Seiten verbindlich gelten. Diese Ziele bieten allen Beteiligten eine kurz- sowie längerfristige Orientierung. Falls es zu Zielkonflikten kommt, müssen diese im Gespräch ausgehandelt und geklärt werden. Von Bedeutung ist zudem, dass die gesetzten Ziele überprüfbar sind und ein klarer Zeitrahmen festgelegt wird, in welchem die Ziele erreicht werden sollen. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 7)

Im nächsten Schritt wird die *Massnahmenplanung* erarbeitet. Diese wird in Kooperation zwischen der Klientel, dem/der Case Manager/in, allenfalls den Angehörigen sowie den weiteren Fallbeteiligten erarbeitet, wobei der/die Case Manager/in die Vernetzung zwischen allen Beteiligten aktiv fördert. In der Massnahmenplanung festgehalten werden die Bedingungen zur Zielerreichung und die Planung der unterschiedlichen Unterstützungsangebote. Die geplanten Massnahmen sollen dabei die Selbstständigkeit der Klienten und Klientinnen fördern sowie qualitativ hochwertig und kosteneffizient erbracht werden können. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 8)

Im fünften Prozessschritt geht es um die *Durchführung und Leistungssteuerung*. Die in Schritt vier geplanten Massnahmen werden zielgerichtet und planmässig umgesetzt und die erforderlichen Leistungen auf den Bedarf ausgerichtet erbracht. Der/die Case Manager/in kontrolliert und steuert den Verlauf und ergreift falls nötig gezielte Interventionen, um den Fallverlauf zu beeinflussen. In dieser Zeit ist der Austausch zwischen allen Beteiligten von grosser Bedeutung. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 9)

Der letzte Prozessschritt widmet sich der *Evaluation*. In dieser Phase werden sämtliche Ergebnisse gesammelt und beurteilt, die Erreichung der Ziele und die Wirksamkeit der Massnahmen überprüft sowie die Zufriedenheit der Klientel erfasst. Dies geschieht gemeinsam mit der Klientel und allenfalls mit anderen Beteiligten. Ein allfälliger Fallabschluss geschieht in offizieller Art und Weise. (Netzwerk Case Management Schweiz, 2006, S. 10) Falls in der Evaluationsphase erkannt wird, dass eine weitergehende Unterstützung angebracht ist, können die oben beschriebenen Schritte in den notwendigen Bereichen wiederholt werden.

3.7 Kritische Auseinandersetzung mit Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit

Wie bereits in Kapitel 3.2 erwähnt wurde, hat das Case Management seine Wurzeln in der Sozialen Arbeit. Deshalb machen die Autorinnen im vorliegenden Kapitel ein Exkurs zum Thema Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit. Dabei wird das Konzept Case Management kritisch betrachtet. Die Autorinnen haben dafür die Sichtweise der Sozialen Arbeit gewählt, da ihnen diese am nächsten liegt. In einem ersten Schritt zeigen die Autorinnen auf, weshalb es für die Soziale Arbeit überhaupt von Interesse ist, sich mit dem Konzept Case Management auseinander zu setzen. Danach findet anhand von Pro- und Contra-Argumenten eine kritische Auseinandersetzung mit dem Case Management statt.

3.7.1 Interesse der Sozialen Arbeit an Case Management

Das Interesse der Sozialen Arbeit, sich näher mit Case Management zu befassen, liegt bereits in dessen Entstehungsgeschichte begründet. Wie im Kapitel 3.2 ausgeführt, geht Wendt (2008) davon aus, dass das Case Management aus dem Casework der Sozialen Arbeit heraus entstanden ist (S. 17). Er ist zudem der Meinung, dass Case Management in den 70er-Jahren in den USA im Rahmen der Deinstitutionalisierung die herkömmliche Form der methodischen Einzelhilfe ersetzt hat. Allerdings betont er auch, dass die Entwicklung des Case Management seither nicht mehr in den Bahnen der Sozialen Arbeit verlaufen ist, sondern dass es nun verschiedene Ausprägungen gibt. (Wendt, 2010, S. 5)

Es gibt jedoch noch andere Gründe, weshalb sich die Soziale Arbeit mit dem Konzept Case Management genauer auseinandersetzen sollte. So sind in der Regel immer soziale Probleme Auslöser dafür, dass Case Management überhaupt gefordert ist. Und genau diese sozialen Probleme sind gemäss Staub-Bernasconi (2007) Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit (S. 181). Deshalb liegt es auf der Hand, dass die Soziale Arbeit sich mit dem Konzept (kritisch) befassen sollte, da es eine Möglichkeit darstellt, die sozialen Probleme anzugehen (vgl. Kapitel 2.6.1). Ein weiterer Grund für das Interesse der Sozialen Arbeit am Case Management ist, dass die Grundelemente des Case Managements, wie in komplexen Situationen individuelle Unterstützung zu leisten oder die Hilfsangebote auf den Bedarf einzelner Personen abzustimmen, bereits seit Beginn der Sozialen Arbeit zu ihren Grundaufgaben zählen (Neuffer, 2011, S. 41). Gemäss Neuffer ist es zudem so, dass die Arbeitsweisen und Grundhaltungen der Sozialen Arbeit dem Konzept Case Management sehr nahe stehen. Beispielsweise finden

sich in der systemischen Beratung, der Mediation oder der Krisenintervention ähnliche Phasenkonzepte wie im Case Management. Zudem entsprechen Grundorientierungen wie Empowerment und Ethik-Codes denjenigen des Case Managements und viele Techniken der Sozialen Arbeit wie die klienten- und klientinnenzentrierte Gesprächsführung, Schemata der Zieloperationalisierung oder Evaluationsinstrumente werden auch im Case Management genutzt. (S. 49) Insofern kann problemlos ein Bezug zwischen der Sozialen Arbeit und dem Case Management hergestellt werden, wodurch die Wichtigkeit einer vertieften Auseinandersetzung der Sozialen Arbeit mit dem Konzept Case Management gegeben ist.

3.7.2 Pro und contra Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit

Es gibt viele Argumente, welche aus Sicht der Sozialen Arbeit für oder gegen das Konzept Case Management sprechen. Im folgenden Text zeigen die Autorinnen auf, unter welchen Bedingungen das Konzept Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit positiv gewertet wird und unter welchen Bedingungen die Bewertung negativ ausfällt.

Beitrag zur Wirtschaftlichkeit vs. Missbrauch zur Ökonomisierung

Gemäss Neuffer (2011) wird von sozialen Dienstleistungsbetrieben immer mehr ökonomisches Handeln verlangt und die Budgets werden gekürzt. Vor diesem Hintergrund kann Case Management einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Angebote wirtschaftlich sinnvoll zu gestalten. Wird jedoch Case Management dazu missbraucht, die defizitären Haushalte zu sanieren und an nötigen Leistungen für die Klientel zu sparen, widerspricht dies allen Ethikcodes. (S. 51) Unzulänglich ist die Verwendung von Case Management zudem, wenn es nur auf die ökonomische Ebene reduziert wird. Dann besteht die Gefahr einer einseitigen Betrachtungsweise, die Zielsetzung mutiert von Inklusion und Teilhabe hin zur Beseitigung eines Leistungstatbestandes und Case Management dient hauptsächlich dazu, die Klientel einem möglichst standardisierten Hilfesystem anzupassen. (Wilfried Nodes, 2010, S. 14)

Klienten-/Klientinnenorientierung vs. festgesetzte Leistungspakete

Einer der Schwerpunkte von Case Management sollte laut Neuffer (2011) auf der konsequenten Ausrichtung auf den Bedarf der Klientel liegen. Wenn diese Bedarfsorientierung mit der Gestaltung von Arbeitsabläufen kombiniert wird und die Betroffenen stets mit einbezogen werden, dann macht Case Management Sinn. Dazu gehören auch die Berücksichtigung der Ressourcen der Klientel und deren Umwelt. Hingegen ist ein Case Management, welches nur starre Leistungspakete je nach Problemlage vorsieht, weder klientelorientiert noch sinnvoll. (S. 48-50) Nach Nodes (2010) besteht bei Vorliegen von fixen und beschränkten Hilfemassnahmen zudem die Gefahr, dass dadurch die Fachpersonen in ihrer Fachlichkeit eingeschränkt werden (S. 13).

Arbeitserleichterung durch Rundumblick vs. Arbeiterschwerung durch Widrigkeiten

Wendt (2010) betont, dass durch das Case Management ein Rundumblick auf eine komplexe Problematik ermöglicht wird. Es bietet eine Hilfe, um Betroffene in ihrer gesamten Situation zu erreichen, mit ihnen Vereinbarungen zu treffen sowie Unterstützung von diversen Diensten hinzuzuziehen. Zudem ist dank Case Management eine adäquate Vernetzung zwischen unterschiedlichen Akteuren und Akteurinnen möglich. (S. 6-7) Dies kann die Arbeit in komplexen Situationen erleichtern. Gleichzeitig ist Case Management laut Wendt jedoch nicht hilfreich, wenn es die Arbeit mit der Klientel erschwert durch zu hohe Fallzahlen, grossen administrativen Aufwand, eingeschränkte zeitliche Ressourcen oder nur unzureichende Mittel (S. 6).

Wertvolles Konzept für Soziale Arbeit vs. Konzept ohne wissenschaftlichen Bezug

Case Management kann gemäss Wendt (2010) als eines von vielen wertvollen Konzepten für die Soziale Arbeit betrachtet werden, mit welchem komplexe Problemsituationen adäquat angegangen werden können. Case Management profiliert sich dabei als ein Konzept, welches berufsfeldübergreifendes Handeln sowie einen ganzheitlichen Umgang mit multifaktoriellen Problemlagen ermöglicht. (S. 7) Allerdings ist es, wenn Case Management für professionelles Handeln eingesetzt werden soll, notwendig, dass sich das Konzept auf wissenschaftliche Grundlagen stützt. Laut Neuffer (2011) ist dies heute nur teilweise der Fall. Oft wird Case Management eher willkürlich eingesetzt, ohne das „Warum“ zu klären und die wissenschaftliche Erklärung, wie es zu einer Fallsituation kommen konnte, zu berücksichtigen. Deshalb fordert er, dass in die aktuelle Fachdiskussion um Case Management vermehrt auch wissenschaftliche Bezugsdisziplinen wie beispielsweise die Gesundheits-, Pflege- oder Sozialarbeitswissenschaft mit einbezogen werden. (S. 44-49)

3.7.3 Fazit der Bewertung

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit als positives Konzept gewertet wird, wenn die Klienten und Klientinnen im Mittelpunkt stehen, eine Vernetzung zwischen verschiedenen Dienstleistungsbetrieben erreicht wird und die Anwendung des Konzepts auf einer wissenschaftlichen Basis geschieht. Unzulänglich ist eine Umsetzung des Case Managements dann, wenn lediglich die Ökonomisierung eines „Falls“ im Zentrum steht, nur mit festgesetzten Leistungspaketen agiert wird, der wissenschaftliche Bezug fehlt und die direkte Arbeit mit der Klientel unter zu hohen Fallzahlen sowie einem exzessiven administrativen Aufwand leidet.

Ob das Konzept Case Management aus Sicht der Sozialen Arbeit als positiv oder negativ bewertet wird, hängt also ganz entscheidend davon ab, wie und mit welchem Verständnis das Konzept in einer Organisation umgesetzt wird. Dabei ist es von Bedeutung, dass die Grundlagen, wie sie in den Kapiteln 3.4 bis 3.6 dargestellt wurden, berücksichtigt sind. Dazu zählen beispielsweise der adäquate Netzwerkaufbau, die vollständige Implementierung des Konzepts und die Umsetzung von Case Management anhand der vorgegebenen Prozessschritte. Weiter spielt eine wichtige Rolle, welche Zielsetzungen der Anwendung von Case Management zu Grunde liegen. Wichtig ist gemäss Wendt (2010), dass auf die Differenzierung des Case Managements geachtet wird, um Missverständnissen im Diskurs um das Konzept vorzubeugen (S. 6).

Abschliessend muss an dieser Stelle nochmals ausdrücklich betont werden, dass die vorliegende Bewertung des Case Managements auf einem sozialarbeiterischen Hintergrund beruht. Mit variierendem beruflichem Verständnis oder unterschiedlichen Zielsetzungen der umsetzenden Organisation könnte diese Bewertung ganz anders ausfallen. Darum muss bei der Bewertung immer berücksichtigt werden, welche Organisation mit welcher Zielsetzung das Konzept anwendet sowie welche Professionen das Case Management ausüben.

4 Case Management in den Schweizer Psychiatrien

Nachdem nun die Schweizer Psychiatrien sowie das Case Management eingehend vorgestellt wurden, gehen die Autorinnen im vorliegenden Kapitel im Sinne einer Synthese explizit auf das Case Management in den Schweizer Psychiatrien ein. Damit werden sie in Verbindung mit Kapitel drei die Frage „Inwiefern kann mit dem Konzept Case Management auf die Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien reagiert werden?“ beantworten. Dazu erläutern sie zuerst, ob und wie sich das Konzept Case Management in der Schweizer Psychiatrien bereits etabliert hat. Danach zeigen sie anhand von zwei konkreten Beispielen auf, wie eine Umsetzung von Case Management in den Psychiatrien aussehen kann. Schliesslich gehen sie auf den Nutzen von Case Management in Schweizer Psychiatrien in Bezug auf die unterschiedlichen Herausforderungen ein.

4.1 Etablierung von Case Management in den Schweizer Psychiatrien

Bereits im Kapitel 3.2 wurde erwähnt, dass das Case Management in der Schweiz erst seit den Neunzigerjahren des 20. Jahrhunderts zunehmend an Bedeutung gewinnt (Werthemann, 2006, S. 34). Dies hat zur Folge, dass sich das Konzept auch in den Schweizer Psychiatrien erst nach und nach verbreitet und vielerorts noch in den Kinderschuhen steckt. Zwar bieten bereits diverse Psychiatrien in der Schweiz in irgendeiner Form ein Case Management an, doch diese Angebote bestehen meist erst seit wenigen Jahren und die Evaluation ist oft noch nicht abgeschlossen. Zudem variiert das Verständnis von Case Management je nach Angebot. Gemäss Jörg Herdt, Christian Kuhl und Marcel Maier (2006) wird Case Management in den Schweizer Psychiatrien entweder vereinzelt in den Konzepten und Therapieplänen der Institutionen aufgeführt oder als eigenständige Dienstleistungen angeboten (S. 26).

Die folgenden, nicht abschliessend zu verstehenden Beispiele sollen die Vielfalt der Angebote verdeutlichen. Ein sehr umfassendes Verständnis von Case Management als eigene Dienstleistung ist beispielsweise in den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd oder in der Integrierten Psychiatrie Winterthur [*ipw*] zu finden. Auch die Privatklinik Aadorf bietet ein explizites Case Management an, welches sich jedoch ausschliesslich auf die Integration der Patienten und Patientinnen in das Berufsleben konzentriert (vgl. www.klinik-aadorf.ch). Hingegen ist das Case Management der Psychiatrischen Dienste Thurgau hauptsächlich darauf ausgerichtet, für schwer psychisch kranke Personen eine Behandlungs- und Betreuungskontinuität zu gewährleisten und somit weniger Hospitalisationen sowie mehr Lebensqualität zu erreichen (vgl. www.stgag.ch/psychiatrische-dienste-thurgau.html). Noch einmal anders ist das Case Management im Suchtbereich der Stadt Bern organisiert, wo eine unabhängige Fachstelle für das Case Management bei Menschen mit einer Suchtproblematik zuständig ist und nicht die psychiatrischen Dienste selber. Die Fachstelle Case Management Sucht befindet sich erst in der Pilotphase und ihr Ziel ist die Koordination der verschiedenen Angebote sowie die Vernetzung der Betroffenen (vgl. www.bern.ch/leben_in_bern/gesundheit/sucht/casemanagement). Diese Beispiele zeigen, dass die Etablierung von Case Management in den Schweizer Psychiatrien zwar fortschreitet, die Einführung jedoch sehr unterschiedlich vor sich geht und sich die Ziele des Case Managements je nach Institution unterscheiden. Konkrete Zahlen, wie vielen Psychiatrien in der Schweiz Case Management anbieten, liegen bisher keine vor, ebenso wenig wie eine umfassende Evaluation der bestehenden Angebote. Dies verunmöglicht eine konkrete Aussage zur Etablierung des Case Managements in den Schweizer Psychiatrien. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass in den letzten Jahren das Case Management in den Schweizer Psychiatrien stets an Bedeutung gewon-

nen hat, wie dies von Werthemann (2006) auch für die anderen Bereiche des Gesundheitswesens in der Schweiz postuliert wurde (S. 30).

4.2 Erfolgreiche Modelle von Case Management in Schweizer Psychiatrien

Nachdem die Autorinnen im vorangehenden Kapitel kurz auf die Etablierung von Case Management in den Schweizer Psychiatrien eingegangen sind, werden sie nun zwei Modelle von Case Management konkret vorstellen, welche bereits erfolgreich in den jeweiligen Psychiatrien implementiert wurden und sich etabliert haben. Dies ist einerseits das Case Management im Rahmen der Koordinierten Intervention der St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd und andererseits das Case Management in der *ipw*. Anhand dieser Beispiele zeigen die Autorinnen auf, wie einzelne Schweizer Psychiatrien mittels Case Management konkret auf die aktuellen Herausforderungen, wie sie in Kapitel 2.7 dargestellt sind, reagieren.

4.2.1 Case Management in den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd

Seit 2007 wird in den Psychiatrie-Diensten Süd in St. Gallen an der Etablierung eines psychiatrischen Case Managements gearbeitet. Dies geschieht im Rahmen des Ausbaus der gesamten ambulanten psychiatrischen Angebote der Psychiatrie-Dienste Süd. (Monika Filliger & Karlheinz Pracher, 2011, S. 120) Dieses psychiatrische Case Management wird nachfolgend näher beschrieben, nachdem kurz die St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd als Institution vorgestellt wurden.

Institutionsbeschreibung

Die St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd sind mit drei ambulanten regionalen Zentren in Heerbrugg, Trübbach und Uznach/Rapperswil-Jona sowie einer überregionalen stationären Einrichtung in Pfäfers für die psychiatrische Behandlung im südlichen Teil des Kantons St. Gallen zuständig. Sie bieten eine umfassende psychiatrische und psychosoziale Grundversorgung und sind mit diversen Dienstleistenden aus dem psychiatrischen sowie sozialen Bereich vernetzt. Zu den angebotenen Leistungen gehören unter anderem die Präventions-, Konsiliar-, Notfall-, Akut- und Rehabilitationspsychiatrie sowie die Integration und die Koordinierte Intervention. Grundlage dafür ist eine Leistungsvereinbarung mit den kantonalen Gesundheitsbehörden. (St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd, 2012, S. 3-6)

Psychiatrisches Case Management im Rahmen der Koordinierten Intervention

Laut Filliger und Pracher (2011) wurde in den Psychiatrie-Diensten Süd 2006 eine neue Unternehmenspolitik definiert, wonach die psychiatrische Versorgung nicht mehr klinikzentriert, sondern ambulant und dezentral angeboten werden soll. In diesem Rahmen fanden 2007 einige Veränderungen statt, so wurde unter anderem eine Tagesklinik eröffnet und die allgemein- sowie alterspsychiatrischen Angebote ausgeweitet. Zudem wurden unter dem Angebot „Koordinierte Intervention“ sämtliche Fachpersonen vereint, welche sich um die sozialen Belange der im Zentrum behandelten Personen kümmern. Im Zuge der Umstrukturierungen wurde 2006 auch das Projekt Case Management lanciert. Nachdem der Projektbeschrieb gutgeheissen wurde, startete am 15. Januar 2007 das Case Management als eigenes Angebot. 2011 umfasste der Personalbestand der Koordinierten Intervention vier Fachpersonen mit einem Gesamtpensum von 290 Stellenprozent. Die Angebote der Koordinierten Intervention umfassen neben dem Case Management auch Job Coaching und klassische Sozialarbeit. (S. 121)

Die Ziele des Case Managements der Psychiatrie-Dienste Süd sind gemäss Konzept die Re-Integration in die Gesellschaft, die Stabilisierung und Verbesserung der Lebensqualität, die Organisation und Koordination einer qualitativ hochstehenden Versorgung vor Ort und die langfristige Minimierung der Gesundheitskosten. Zu Beginn jedes Case Managements steht das Ausfüllen eines Sozialstatus durch die behandelnden Ärzte/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen, wobei mindestens drei involvierte Stellen und eine Mehrfachproblematik als Indikator für einen Case Management-Bedarf gelten. Ist dies der Fall, wird anschliessend durch die Mitarbeitenden der Koordinierten Intervention im Sinne eines Intakes weiter abgeklärt, ob ein Case Management eingesetzt werden soll. Der methodische Ablauf des Case Managements erfolgt dann getreu der Prozessschritte des Case Managements, wie sie das Netzwerk Case Management Schweiz empfiehlt (vgl. Kapitel 3.6). (Filliger & Pracher, 2011, S. 121-123)

Filliger und Pracher (2011) beschreiben, dass das Case Management in den Psychiatrie-Diensten Süd mit verschiedenen Herausforderungen einhergeht. Schwierig ist beispielsweise das frühzeitige Erkennen von Komplexität, was mit Hilfe des erwähnten Sozialstatus gewährleistet werden soll. Zudem gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Klientel oft schwierig, da diese aufgrund ihrer psychischen Erkrankung häufig nur gering belastbar ist und Mühe hat mit der Beziehungsgestaltung. Dadurch sind die Kooperationsfähigkeit sowie eine verbindliche Arbeitsbeziehung beeinträchtigt, was sich wiederum auf den Verlauf des Case Managements auswirkt. Eine weitere Herausforderung liegt im Kulturwechsel weg von der herkömmlichen Fallführung hin zur Fallsteuerung. Im interdisziplinären Behandlungsteam löst dies oft Diskussionen und Verunsicherung aus, da im Gesamtsystem neu eine Person der Sozialarbeit die Fallsteuerung übernimmt und nicht mehr alleine die Psychiater/innen für die Fallführung verantwortlich sind. Schliesslich ist auch das Entwickeln eines gemeinsamen Case Management-Verständnisses über die verschiedenen Professionen und Institutionen hinweg nicht immer einfach. Dies erfordert zeitintensive Klärungsprozesse. (S. 121-123)

4.2.2 Case Management in der Integrierten Psychiatrie Winterthur

Das Case Management wurde in der *ipw* im Rahmen des Projekts für eine integrierte Versorgung 2001/2002 probeweise eingeführt und ist nach verschiedenen Evaluationen seit über zehn Jahren ein fester Bestandteil des Angebots. (Andreas Andreae, Gisela Heim, Klaus Raupp & Agnes von Wyl, 2011, S. 126-128) Im Folgenden stellen die Autorinnen zuerst die *ipw* als Institution kurz vor und beschreiben dann das Case Management in der *ipw* detaillierter.

Institutionsbeschreibung

Die *ipw* ist für die ambulante, teilstationäre und stationäre psychiatrische Versorgung der Stadt und Region Winterthur und vom Zürcher Unterland zuständig. Sie setzt sich aus Zentren in Winterthur, Embrach, Bülach, Dielsdorf und Schwamendingen zusammen. Entstanden ist die *ipw* im Jahr 2001 als Modellregion im Rahmen des neuen Zürcher Psychiatriekonzepts. Die Arbeit der *ipw* basiert auf der Vernetzung von diversen Angeboten und auf der Integration der Versorgungsebenen, wobei die Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen im Vordergrund steht. Die Zusammenarbeit und Koordination von Selbst- und Laienhilfe, privater und kommunaler Fürsorge und Pflege, haus- und fachärztlicher Versorgung sowie Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten für chronisch Erkrankte sind dabei sehr wichtig. (Homepage *ipw*⁴)

⁴ Sämtliche hier erwähnten Informationen sind auf den Seiten der Homepage (www.ipw.zh.ch) zu finden. Für die bessere Lesbarkeit haben die Autorinnen darauf verzichtet, die Pfade für jede Seite einzeln darzustellen.

Case Management

Nachdem mit der Gründung der *ipw* ein Paradigmenwechsel hin zur ambulanten Versorgung eingeleitet wurde und ein Bettenabbau stattfand, wurde in diesem Kontext laut der GDK (2008) an der *ipw* das Case Management getestet und eingeführt. Ziel des Programms war es, Patienten und Patientinnen mit einer Mehrfachproblematik und hohem stationären Bedarf zu stabilisieren. Vorerst startete das Projekt mit 160 Stellenprozenten, verteilt auf zwei Case Manager/innen. (S. 67) Projektleitend war dabei gemäss Andreae et al. (2011) der Fachbereich Sozialarbeit der *ipw*. Es wurden internationale Standards von Case Management auf die institutionellen Gegebenheiten angepasst und die Prozessschritte des Case Managements eingeführt. Von Beginn weg war das Case Management ein Teil von verschiedenen Versorgungsmodulen, welche 2001/2002 im Rahmen des Anschubprojekts der integrierten Versorgung eingeführt wurden. (S. 126)

Eine erste Evaluation des Pilotprojekts fand im Jahr 2004 statt, wobei ein signifikanter Rückgang der Symptome bei den Betroffenen sowie ein Rückgang der Spitaltage festgestellt werden konnte. Daraufhin wurde das Case Management auf Weisung der kantonalen Gesundheitsdirektion umfassend in der Akutversorgung der *ipw* implementiert. Dabei bestand die Auflage, die Effizienz in der akuten Versorgung zu steigern. Eine weitere Studie zeigte dann Differenzen in den Zielsetzungen der Beteiligten des Case Managements auf. Während die Case Manager/innen die Ziele des Angebots hauptsächlich in der Förderung der Selbstständigkeit der Klientel, der Netzanbindung sowie der sozialen und arbeitsmarktlichen Integration sahen und Standortgespräche und Helferkonferenzen sehr wichtig fanden, schätzten die Betroffenen hauptsächlich die Krisen- und Beratungsgespräche sowie die Alltagsunterstützung. Zudem zeigte sich, dass oftmals der Zeitpunkt des Abschlusses des Case Managements sehr schwierig zu finden war. Aufgrund der Ergebnisse der zweiten Evaluation wurden verschiedene Verbesserungen eingeführt. Beispielsweise gibt es heute zu Beginn eine dreimonatige Phase, während der geklärt wird, ob eine verbindliche Zusammenarbeit mit der betroffenen Person überhaupt möglich ist. In dieser Zeit geht es hauptsächlich um den Beziehungsaufbau und die Motivationsarbeit. Zudem wurden die Dauer des Case Managements auf 2 ¼ Jahre beschränkt und die Einschlusskriterien angepasst. So wird heute jemand nicht mehr nur aufgrund seiner bisherigen Spitalaufenthalte ins Case Management aufgenommen, sondern es werden auch gesundheitliche und soziale Belastungen sowie eine fehlende Netzwerkkoordination berücksichtigt. Aktuell sind sieben Case Manager/innen mit sozialarbeiterischer, sozialpädagogischer oder pflegerischer Ausbildung beschäftigt, welche jeweils 15 Patienten und Patientinnen betreuen. Mit diesem Stellenschlüssel lassen sich allerdings nicht alle Personen begleiten, welche ein Case Management nötig hätten. Um dies zu ändern, muss jedoch zuerst ein finanzieller Gewinn des Case Managements ausgewiesen werden. (Andreae et al., 2011, S. 126-128)

4.3 Nutzen von Case Management in den Schweizer Psychiatrien

Wie bereits im Kapitel 4.1 erwähnt, fehlt eine systematische Evaluation des Nutzens von Case Management in den Schweizer Psychiatrien. Auch Herdt et al. (2006) bemängeln, dass die Case Management-Modelle in den Psychiatrien der Schweiz bisher nicht empirisch evaluiert wurden. Und betrachtet man Studien aus dem Ausland, ergibt sich meist ein sehr uneinheitliches Bild, da oft heterogene Case Management-Konzepte miteinander verglichen werden anhand von verschiedenen Outcome-Parametern. Zudem ist der Vergleich von Schweizer Case Management-Konzepten in Psychiatrien mit solchen aus dem Ausland sowieso nicht zulässig, da sich die Gesundheitssysteme meist grundlegend unterscheiden. Die langjährige Erfahrung in verschiedenen Ländern wie beispielsweise den USA, Grossbritannien und Australien haben jedoch gezeigt, dass umfassende Case Management-Konzepte

auf jeden Fall wirkungsvoller und kostensparender sind als solche, welche ausschliesslich aus einer administrativen Koordination bestehen. (S. 26)

Vorliegend gehen die Autorinnen jedoch trotz mangelnden Daten auf den Nutzen von Case Management für die Schweizer Psychiatrien im Hinblick auf die aktuellen Herausforderungen ein. Dafür ziehen sie die Evaluation der *ipw* hinzu, welche fortlaufend geführt wurde.

Herausforderung Finanzierung der psychiatrischen Versorgung

Eine der aktuellen Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien ist die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung in den nächsten Jahren. Es geht darum, die Angebote im Sinne der Kosteneffizienz zu optimieren (vgl. Kapitel 2.7.1). Dafür kann Case Management ein mögliches Konzept sein, da dieses als kostensparend und effizient eingestuft wird (Werthemann, 2006, S. 34). Erste Erfahrungen mit Case Management in der *ipw* haben laut GDK (2008) denn auch gezeigt, dass damit eindeutig Kosten eingespart werden konnten, auch wenn die Erhebung des Aufwands nicht bis ins Detail erfolgte. Dies ist unter anderem auch damit zu begründen, dass die stationären Pflagestage der vom Case Management betreuten Personen um über 60 % abnahmen. (S. 67)

Herausforderung institutionelle Vernetzung

Neben der Kostenfrage ist auch die institutionelle Vernetzung ein Thema, welches die Schweizer Psychiatrien in der Zukunft weiter beschäftigen wird. Das BAG (2004) fordert klar eine verbesserte Kooperation der verschiedenen Angebote für psychisch kranke Menschen, um die psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen (S. 37). Wie im Kapitel 2.7.2 bereits erwähnt, geht Kuhl (2008) davon aus, dass eine bessere Vernetzung zwischen den verschiedenen Akteuren und Akteurinnen bereits im Gang ist, jedoch noch weiter fortschreiten sollte (S. 48). In Bezug auf diese Herausforderung kann Case Management eine wichtige Hilfestellung sein. Wird nämlich die Implementierung von Case Management in einer Organisation wirklich umfassend vorgenommen, spielt der institutionelle Netzwerkaufbau eine bedeutende Rolle. Gemäss DGCC (2009) ist der Netzwerkaufbau und die Netzwerkpflege evident, um ein funktionierendes Case Management anbieten zu können (S. 40). So kann Case Management von grossem Nutzen sein, um die anstehende Herausforderung der institutionellen Vernetzung koordiniert und systematisch anzugehen.

Herausforderung ambulant vor stationär

Vor einer weiteren Herausforderung stehen die Schweizer Psychiatrien in Bezug auf die Forderung der GDK (2008), die ambulanten Angebote auszubauen und die stationären Aufenthaltstage zu reduzieren (S. 14). Zudem sollen die psychiatrischen Angebote dezentralisiert werden, um die soziale Integration von psychisch kranken Menschen zu fördern (Baer et al., 2005, S. 4). Zwar ist diese Veränderung von stationär hin zu ambulant bereits im Gang, allerdings müssen die Schweizer Psychiatrien dies weiterhin in ihre Planung mit einbeziehen (vgl. Kapitel 2.7.3). Diesbezüglich scheint das Case Management eine von verschiedenen Möglichkeiten zu sein, um die ambulanten Angebote auszubauen und die Patienten und Patientinnen bei der Re-Integration in die Gesellschaft zu unterstützen. Sowohl bei den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd wie auch bei der *ipw* fand die Einführung des Case Managements im Rahmen des Ausbaus der ambulanten Angebote und der Umstrukturierung der verschiedenen Angebote statt. Durch die Einführung können beispielsweise Schwierigkeiten an den Schnittstellen der einzelnen ambulanten Angebote vermieden und eine Versorgungskontinuität gewährleistet werden (Ewers & Schaeffer, 2005, S. 16). Ein Nachweis für die Wirksamkeit von Case Management in diesem Bereich bietet die Evaluation der *ipw*, welche eine deutlich geringere Symp-

tombelastung sowie eine Verbesserung der psychischen, sozialen sowie beruflichen Funktionen bei den Betroffenen nachweisen konnte (GDK, S. 67). Dies belegt, dass die betroffenen Patienten und Patientinnen auch in einer vermehrt nur ambulant geführten Behandlung eine Verbesserung ihrer Lebensqualität erlebten, worauf das Case Management einen Einfluss hat.

Herausforderung Mangel an Fachpersonen

Kuhl (2008) berichtet, dass sich viele Schweizer Psychiatrien mit Nachwuchsmangel im Ärzte- und Pflegebereich konfrontiert sehen, was von vielen Fachpersonen als grosses Problem eingeschätzt wird (S. 52). In Bezug auf diesen Mangel kann kein direkter Nutzen aus dem Case Management abgeleitet werden. Allerdings kann der von Filliger und Pracher (2011) angetönte Kulturwechsel weg von Fallführung hin zur Fallsteuerung, welcher mit der Einführung von Case Management einhergeht (S. 122), einige Chancen bieten, um dem Mangel an Fachpersonen entgegen zu wirken. Eine Chance sehen die Autorinnen darin, dass sich die Ärzteschaft durch die Abgabe der Fallführung wieder vermehrt auf ihre Kernaufgaben konzentrieren kann und damit zusätzliche Kapazitäten geschaffen werden. Ein weiterer Gewinn kann darin liegen, dass durch den Kulturwechsel diverse personelle Strukturen hinterfragt und angepasst werden, wodurch in Bezug auf den Mangel an Fachpersonen kreative Lösungen gefunden werden könnten.

Die aufgezeigten Nutzen von Case Management in den Schweizer Psychiatrien sind weder absolut zu verstehen noch hinreichend empirisch fundiert. Deshalb schliessen sich die Autorinnen der Meinung von Herdt et al. (2006) an, welche für die Schweizer Psychiatrien in den nächsten Jahren einen grossen Bedarf an Evaluation und Forschung in Bezug auf Case Management ausmachen. Sie fordern darum, bereits bestehende Projekte konsequent zu evaluieren und die Wirksamkeit anhand von kontrollierten Studien zu messen. Dafür ist es beispielsweise nötig, geeignete Outcome-Parameter zu definieren, um die verschiedenen Angebote vergleichen zu können. Zudem muss untersucht werden, welche Case Management-Konzepte für die Schweizer Psychiatrien anwendbar sind und welche Gruppe von Patienten und Patientinnen davon profitieren können. Ausserdem ist es wichtig, die wichtigen Wirkungsmechanismen von Case Management herauszuarbeiten und zu untersuchen. Nur so ist es möglich, die bestehenden Handlungsansätze auch wissenschaftlich zu fundieren. (S. 26-27) Dieses Vorgehen erachten die Autorinnen als essentiell, um den Nutzen von Case Management belegen und Mittel für weitere Projekte generieren zu können.

5 Implementierung von Case Management in die Luzerner Psychiatrie

In diesem Kapitel beantworten die Autorinnen die Frage „Inwiefern ist Case Management ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie?“. Dafür beschreiben sie zuerst die *lups* als Institution, um auf dieser Basis darauf einzugehen, ob und inwiefern Case Management für die *lups* ein sinnvolles Konzept ist. In einem weiteren Schritt zeigen die Autorinnen auf, wie die Implementierung und Umsetzung von Case Management in der *lups* aussehen könnte und welche Überlegungen vorgängig dazu gemacht werden müssen. Schliesslich geben sie konkrete Empfehlungen für eine allfällige Implementierung von Case Management in die *lups* ab.

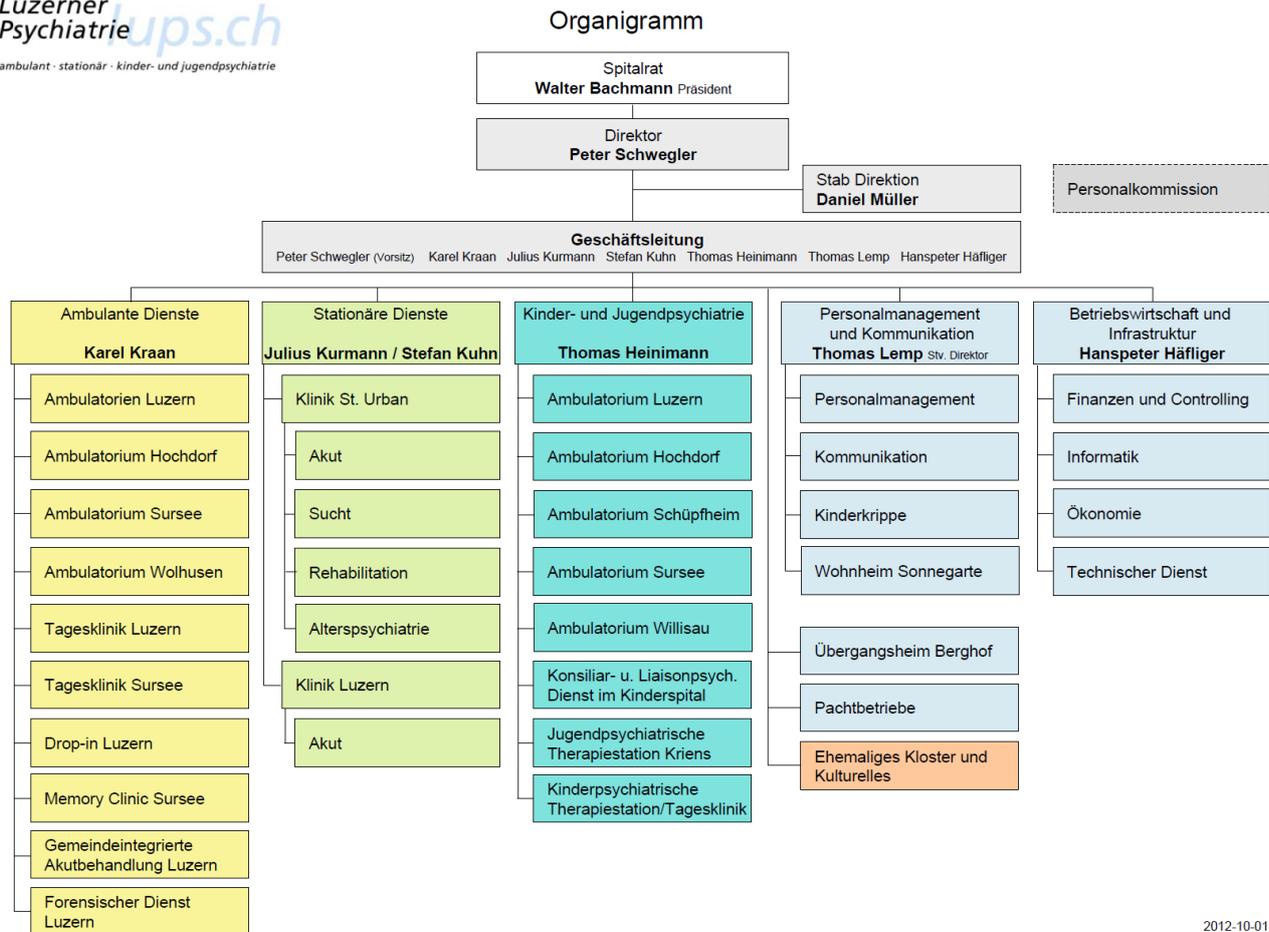
5.1 Luzerner Psychiatrie

Die *lups* ist für die psychiatrische Versorgung im Kanton Luzern zuständig. Um ein genaues Bild über das Unternehmen zu erhalten, stellen die Autorinnen nachfolgend die Institution *lups* näher vor und gehen auf die einzelnen Angebote ein.

5.1.1 Institution

Die *lups* ist seit dem 1. Januar 2008 eine selbstständige öffentlich-rechtliche Anstalt mit einer eigenen Rechtspersönlichkeit, basierend auf dem Spitalgesetz vom 11. September 2006. Sie stellt die institutionelle psychiatrische Grundversorgung im Kanton Luzern sicher, indem sie eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Psychiatrieversorgung in der ambulanten und stationären Erwachsenen- sowie Jugendpsychiatrie im Kanton Luzern gewährleistet, wodurch sie ihren Leistungsauftrag erfüllt. Dabei legt die *lups* besonderen Wert auf die integrierte Versorgung und die enge Zusammenarbeit mit Angehörigen und den involvierten Institutionen. (Homepage *lups*⁵) Das folgende Organigramm veranschaulicht den Organisationsaufbau der *lups* und gibt einen groben Überblick deren Angebote.

⁵ Sämtliche hier erwähnten Informationen sind auf den Seiten der Homepage (www.lups.ch) zu finden. Für die bessere Lesbarkeit haben die Autorinnen darauf verzichtet, die Pfade für jede Seite einzeln darzustellen.



2012-10-01

Abb. 9: Organigramm *lups* (*lups*, 2012c, S.1)

Die oberste Leitung der *lups* hat gemäss obenstehendem Organigramm der Spitalrat. Dessen wichtigste Aufgaben sind das Vereinbaren von Leistungsaufträgen mit dem Kanton, das Festlegen der Unternehmensstrategie sowie die Ernennung der Personen der Spitaldirektion sowie der Chefärzte und -ärztinnen. Er hat zudem eine Aufsichtsfunktion. Der Direktor als Vorsitz der Geschäftsleitung und operatives Führungsorgan ist für die Umsetzung von übergeordneten Leistungsvorgaben verantwortlich und vertritt die *lups* nach aussen. Er wird dabei vom Stab Direktion unterstützt. Die Geschäftsleitung wiederum ist verantwortlich für den jeweiligen Fachbereich und steht dem Direktor beratend zur Seite. Das Unternehmen beschäftigt über 890 Mitarbeitende, welche in den Bereichen Ambulante Dienste, Stationäre Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Personal und Stabdienste sowie in der Betriebswirtschaft und Infrastruktur tätig sind. Ebenfalls der Geschäftsleitung unterstellt sind das Übergangsheim Berghof, die Pachtbetriebe und das Kloster St. Urban. (Homepage *lups*⁶).

Die *lups* (2012b) hat folgende Vision: „Qualität, Kompetenz und Menschlichkeit machen uns zur führenden Psychiatrie in der Mitte der Zentralschweiz“. Die Mission der *lups* ist, ihre Patienten und Patientinnen umfassend und integriert zu versorgen, interdisziplinär und vernetzt zu arbeiten, innovative und klientelorientierte Angebote zu entwickeln sowie eine umfassende Behandlung basierend auf dem biopsychosozialen Konzept anzubieten. (S. 12-13)

⁶ Sämtliche hier erwähnten Informationen sind auf den Seiten der Homepage (www.lups.ch) zu finden. Für die bessere Lesbarkeit haben die Autorinnen darauf verzichtet, die Pfade für jede Seite einzeln darzustellen.

5.1.2 Angebote

Um später die Frage beantworten zu können, inwiefern Case Management ein geeignetes Konzept für die *lups* ist und wo es allenfalls eingeführt werden könnte, muss vorerst aufgezeigt werden, welche Angebote und Dienstleistungen momentan angeboten werden. Dazu werden in den folgenden Tabellen die einzelnen Dienste im stationären und ambulanten Bereich kurz aufgezeigt. Dabei folgt die Einteilung den Begriffen stationär und ambulant, wobei die Dienstleistungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes auch nach diesen beiden Kriterien geordnet werden.

Stationäre Angebote

Dienst	Angebot
Akutpsychiatrie in St. Urban und Luzern	Stationäre diagnostische Abklärung, medikamentöse Behandlung, Klärung der sozialen Lage und intensive pflegerische Betreuung in einer akuten Krankheitsphase, Austrittsplanung von Beginn an
Suchtbehandlung in St. Urban	Stationärer medikamentengestützter körperlicher Entzug bei Abhängigkeit von legalen oder illegalen Substanzen, Neuorientierung und Organisation einer weiteren Behandlung oder Anschlusslösung
Rehabilitation in St. Urban	Stationäre Rehabilitation, welche oft an die akutpsychiatrischen Behandlung oder an die Krisenintervention anschliesst und berufliche, soziale sowie alltagspraktische Fertigkeiten wiederherstellen und erhalten soll
Gerontopsychiatrie in St. Urban	Stationäre Behandlung von allgemeinen sowie altersspezifischen Erkrankungen, dabei werden auch medizinische Abklärungen vorgenommen
Kinder- und Jugendpsychiatrische Therapiestation in Kriens	Stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Abklärungen und Behandlungen von Kindern (6 - 12 Jahre) und Jugendlichen (13 - 18 Jahre), wenn alle ambulanten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, bei Kindern oft zusätzlich pädagogisch-schulische Förderung

Tabelle 3: Stationäre Angebote (Eigene Darstellung in Anlehnung an Homepage *lups*⁷)

In der vorangehenden Tabelle stellen die Autorinnen die breit gefächerten Angebote der *lups* dar, indem sie die einzelnen Dienste benennen und ihr Angebot aufzeigen. Gemäss dem Geschäftsbericht 2011 der *lups* (2012a) laufen sämtliche Anmeldungen für die stationären Dienste seit dem 1.1.2012 über eine zentrale Anmelde- und Triage-Stelle, was eine individuelle Behandlung sowie zuverlässige Vereinbarungen mit den zuweisenden Stellen gewährleistet (S. 19). Die Kliniken St. Urban und Luzern umfassen insgesamt 272 Betten. Die durchschnittliche Bettenbelegung lag im Jahr 2011 bei 98.1 %. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kriens wurden 2011 57 Jugendliche und 21 Kinder behandelt. (*lups*, S. 47-48)

⁷ Sämtliche hier erwähnten Informationen sind auf den Seiten der Homepage (www.lups.ch) zu finden. Für die bessere Lesbarkeit haben die Autorinnen darauf verzichtet, die Pfade für jede Seite einzeln darzustellen.

Ambulante Angebote

Dienst	Angebot
Ambulatorien in Luzern, Hochdorf, Sursee und Wolhusen	Ambulante Abklärungen, psychiatrische, psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen sowie suchtspezifische Angebote für Erwachsene, erstellen von Gutachten
Ambulatorien Kinder- und Jugendpsychiatrie in Luzern, Hochdorf, Schüpfheim, Willisau und Sursee	Ambulante Abklärungen sowie psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen für Kinder und Jugendliche, Elternberatung, Familiengespräche, Triage an externe Stellen (z.B. Schulpsychologie)
Tageskliniken in Luzern, Sursee und Kriens	Teilstationäre, sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel der Rehabilitation für Erwachsene, in Kriens teilstationäre Behandlung von Kindern
Drop-in in Luzern	Ambulante Substitutionsbehandlung mit Methadon und Heroin bei opiatabhängigen Menschen sowie individuelle Beratung und Betreuung
Memory Clinic in Sursee	Ambulante Abklärung und Training bei Gedächtnisproblemen
Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) in Luzern und Agglomeration	Ambulante Akutbehandlung im eigenen häuslichen Umfeld (aufsuchend) bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren
Forensischer Dienst in Luzern	Ausstellen von forensisch-psychiatrischen Gutachten, psychiatrische Betreuung in den Gefängnissen des Kantons Luzern
Konsiliar- und Liaisonpsychiatrischer Dienst Kinderspital Luzern	Psychiatrische Abklärung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kinderspital in Zusammenarbeit mit anderen Diensten

Tabelle 4: Ambulante Angebote (Eigene Darstellung in Anlehnung an Homepage lups⁸)

Auch hier haben die Autorinnen wieder die einzelnen Dienste mit ihren Angeboten dargestellt. Die Tabelle macht die Breite der ambulanten Dienstleistungen deutlich, welche die *lups* anbietet. Erklärtes Ziel der *lups* ist, die Dienstleistungen möglichst gemeindenah zu erbringen, was die vielen Standorte erklärt (Homepage lups⁸). Gemäss dem Geschäftsbericht 2011 der *lups* (2012a) zählten die ambulanten Dienste, also die Tageskliniken, die Ambulatorien, die Memory Clinic und das Drop-in, im Jahr 2011 insgesamt 5142 betreute Personen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelte im selben Jahr insgesamt 1999 Kinder und Jugendliche im ambulanten Bereich. (S. 45-48)

⁸ Sämtliche hier erwähnten Informationen sind auf den Seiten der Homepage (www.lups.ch) zu finden. Für die bessere Lesbarkeit haben die Autorinnen darauf verzichtet, die Pfade für jede Seite einzeln darzustellen.

5.2 Projekt lups2020

Wie bereits im Kapitel 2.7 aufgezeigt, stehen die Schweizer Psychiatrien und mit ihnen die *lups* vor verschiedenen grossen Herausforderungen. Die zukünftige Finanzierung der psychiatrischen Versorgung, die geforderte institutionelle Vernetzung, die Aufforderung zum Ausbau ambulanter Angebote sowie der Mangel an ausgebildetem Fachpersonal sind Faktoren, mit welchen sich die Führungsebene der *lups* auseinandersetzt. Zudem wird laut *lups* (2012b) der Bedarf an psychiatrischen Dienstleistungen zunehmen aufgrund von steigenden Fallzahlen, mehr älteren Menschen sowie einer höheren Behandlungsintensität. Auch misst die *lups* der integrierten Versorgung eine zunehmende Bedeutung zu, wodurch die Behandlungen sich vermehrt an den Ansprüchen der psychisch kranken Menschen ausrichten, die Grenzen zwischen stationären und ambulanten Angeboten durchlässiger werden und die gemeindenahere Versorgung an Wichtigkeit gewinnt. (S. 10) Gemäss dem Geschäftsbericht 2011 der *lups* (2012a) muss sie sich zudem mit der Teilrevision des KVG von 2007 auseinandersetzen, welche einen merklich stärkeren Wettbewerb zwischen den einzelnen Dienstleistungsbetrieben im Gesundheitswesen mit sich zieht (vgl. Kapitel 2.3.2). All diese Anforderungen verlangen eine „klare strategische Ausrichtung sowie eine langfristige Bedarfs- und Leistungsplanung“ von der *lups*. (S. 6) Dies ist der Grund dafür, dass der Spitalrat und die Geschäftsleitung nach einer Stärken-Schwächen-Analyse und der Auseinandersetzung mit den aktuellen Tendenzen in der Psychiatrie im April 2011 das Projekt *lups2020* lanciert haben. Damit sollen die Weichen für die strategische Planung und Ausrichtung der *lups* in den nächsten Jahren gestellt werden. (*lups*, 2012b, S. 4-5)

5.2.1 Stärken-/Schwächen-Analyse

Bei der Stärken-/Schwächen-Analyse wurde in Bezug auf die Stärken festgestellt, dass die *lups* eine qualitativ hochstehende Grundversorgung im stationären und ambulanten Bereich bietet. Besonders die ambulanten Angebote sind regional verankert und ermöglichen eine wohnortnahe Behandlung. Zudem wurden diverse innovative Angebote wie beispielsweise die Gemeindeintegrierte Akutbehandlung [GiA] lanciert und die interdisziplinäre interne Zusammenarbeit sowie die institutionelle Vernetzung vorangetrieben. Auch in finanzieller Hinsicht kann sich die *lups* im Branchenvergleich behaupten, sie erbringt ihre Dienstleistungen effizient und die Kosten sind im Vergleich eher tief. Ausserdem ist die *lups* eine anerkannte Aus- und Weiterbildungsinstitution und die Stellen sind durch fähige und motivierte Personen besetzt. Schwächen hingegen wurden hauptsächlich in den Bereichen des Personals, der Infrastruktur und den Finanzierungssystemen im Bereich der ambulanten Behandlung festgestellt. Beim Personal ist der Mangel an Fachpersonal das Hauptthema sowie die Anstellungsbedingungen der *lups*, welche teilweise unter dem Benchmark liegen. Die Infrastruktur weist teilweise Platzmangel sowie nicht zeitgemässe Ausstattungen auf. In Bezug auf die Finanzierung liegt das Problem vor allem bei den aktuellen Finanzierungssystemen, welche eine Erweiterung des ambulanten Angebots erschweren. Dafür wird gesamtschweizerisch nach Lösungen gesucht. Weitere Optimierungsmöglichkeiten bestehen im Bereich der psychiatrischen Notfallversorgung sowie im ambulanten Bereich, wo vor allem in der ambulanten Alterspsychiatrie nur knappe Ressourcen vorhanden sind. (*lups*, 2012b, S. 8-9)

5.2.2 Ziele und Umsetzung

Im Wissen um ihre Stärken und Schwächen sowie um ihre Vision und Mission (vgl. Kapitel 5.1.1) hat die *lups* (2012b) zentrale Herausforderungen für die kommenden Jahre herausgearbeitet. Dazu hat sie Ziele formuliert, welche sie im Rahmen von *lups2020* durch die Umsetzung konkreter Projekte erreichen will. Diese sind sowohl für den ambulanten wie auch stationären Bereich geplant und werden ab dem Jahr 2013 schrittweise umgesetzt. In erster Priorität will die *lups* beispielsweise folgende Ziele verfolgen sowie Projekte umsetzen: Im ambulanten Bereich ist geplant, die GiA auf die Region Luzern Land auszuweiten. Zudem soll die ambulante Alterspsychiatrie gestärkt werden, unter anderem durch die Planung einer Memory-Clinic in Luzern. Ausserdem ist es das Ziel, ein akutpsychiatrisches Angebot für Jugendliche in der Klinik Luzern zu prüfen, die Kapazität in den regionalen Ambulatorien in Bezug auf Personal und Räumlichkeiten zu erweitern sowie in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Psychiater und Psychiaterinnen des Kantons Luzern [VPLU] die psychiatrische Notfallversorgung im Kanton zu verbessern. Im stationären Bereich stehen eine Neuausrichtung der Angebote in der Klinik St. Urban auf dem Programm sowie diverse Gebäudesanierungen. Zudem soll die Jugendpsychiatrische Therapiestation ausgeweitet werden. Grundsätzlich beide Bereiche betreffend ist das Ziel, die Vernetzung mit diversen Partnerbetrieben zu intensivieren und auszuweiten. (S. 16-17) In Bezug auf eine bessere Vernetzung setzt die *lups* gemäss Dr. Julius Kurmann und Peter Schwegler auf Zusammenarbeitsvereinbarungen mit anderen Institutionen. Diese regeln die Arbeitsabläufe zwischen der *lups* und den involvierten Stellen und sollen somit die Zusammenarbeit vereinfachen. Kurmann und Schwegler erwähnen, dass die *lups* in den letzten Jahren mit diesen Zusammenarbeitsvereinbarungen sehr gute Erfahrung gemacht hat und die Resonanz von allen Seiten positiv ist. Aus diesem Grund würden in Zukunft weitere Zusammenarbeitsvereinbarungen ausgehandelt. (Dr. Julius Kurmann, Chefarzt stationäre Dienste *lups* & Peter Schwegler, CEO *lups*, 15. Juni 2012, Interview)

5.3 Case Management als mögliches Konzept für die *lups*

Wie im vorangehenden Kapitel dargestellt wurde, hat die *lups* mit der Lancierung des Projekts *lups2020* auf die verschiedenen Herausforderungen der kommenden Jahre reagiert. Dafür hat sie bereits verschiedene Ziele definiert und die Umsetzung von unterschiedlichen Projekten geplant. Die Einführung von Case Management zählt dabei nicht zu diesen vorgesehenen Massnahmen. Allerdings wäre der aktuelle Zeitpunkt günstig, um eine allfällige Einführung von Case Management zu prüfen, zumal im vierten Kapitel zum Ausdruck kam, dass Case Management durchaus ein attraktives Konzept für die Schweizer Psychiatrien ist. Aus diesen Gründen tragen die Autorinnen nachfolgend zusammen, welche grundsätzlichen Überlegungen sich die Direktion und die Geschäftsleitung der *lups* im Vorfeld zu einer allfälligen Einführung des Konzepts Case Managements im Rahmen des Projekts *lups2020* machen sollten. Danach zeigen sie anhand der Implementierungsphasen nach Löcherbach und Schu auf, welche spezifischen Überlegungen die Leitung bei einem eventuellen positiven Entscheid für Case Management in der Vor-, Start-, Implementierungs- und Etablierungsphase vornehmen müsste. Auf die Details der einzelnen Phasen wird in diesem Kapitel nicht mehr eingegangen, da diese bereits im Kapitel 3.5.3 genau beschreiben wurden.

5.3.1 Grundsätzliche Überlegungen zu Case Management

Bevor Überlegungen angestellt werden können, wie eine Implementierung von Case Management in die *lups* aussehen könnte, muss natürlich zuerst ein konkreter Entscheid für – oder allenfalls gegen – das Konzept Case Management gefällt werden. Gemäss Löcherbach und Schu (2009) gibt es verschiedene Motive, welche eine Organisation zur Einführung von Case Management bewegen. Dazu zählen interne betriebswirtschaftliche und -kulturelle Überlegungen sowie externe Beweggründe und Anlässe. (S. 225) Zu diesen möglichen Motiven müssen sich die Direktion und die Geschäftsleitung der *lups* einige grundsätzliche Überlegungen machen. Nachfolgend werden diese näher aufgeführt.

Interne betriebswirtschaftliche Gründe

Löcherbach und Schu (2009) gehen davon aus, dass in Bezug auf die internen betriebswirtschaftlichen Gründe vor allem ökonomische Überlegungen wie beispielsweise Kostenoptimierung, Steigerung der Effizienz oder eine allgemeine Rationalisierung eine Rolle spielen (S. 225). Zwar hat die Stärken-/Schwächen-Analyse der *lups* ergeben, dass die *lups* im Branchenvergleich effiziente und kostenbewusste Dienstleistungen anbietet (*lups*, 2012b, S. 8). Trotzdem sieht sich auch die *lups* mit der Herausforderung konfrontiert, die Leistungen zukünftig noch kosteneffizienter zu erbringen. Vor diesem Hintergrund können sich die Direktion und die Geschäftsleitung überlegen, ob Case Management möglicherweise ein Konzept ist, mit welchem sie ihre Dienstleistungen noch effizienter koordinieren können. Gemäss Werthemann (2006) wird Case Management nämlich grundsätzlich als kostensparend eingestuft (S. 34). Erfahrungen der *ipw* zeigen, dass durch Case Management ganz klar Kosten eingespart werden konnten, vornehmlich durch eine Reduktion der stationären Pflegetage der vom Case Management betreuten Personen um über 60 % (GDK, 2008, S. 67).

Interne betriebskulturelle Gründe

Zu den betriebskulturellen Gründen, welche für die Einführung von Case Management sprechen, gehören nach Löcherbach und Schu (2009) unter anderem eine Verbesserung der internen Vernetzung sowie eine vermehrte Bindung der Mitarbeitenden (S. 225). Da die Stärken-/Schwächen-Analyse ergeben hat, dass sich die *lups* zunehmend mit einem Mangel an Fachpersonen auseinandersetzen muss (vgl. Kapitel 5.2.1), sollten sich die Direktion und die Geschäftsleitung überlegen, ob durch ein Case Management allenfalls eine verbesserte Bindung der Mitarbeitenden erreicht werden könnte. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn im Sinne einer Bottom-up-Strategie eine Einführung von Case Management bereits von internen Fachpersonen angeregt wurde. Da zudem eine Implementierung von Case Management gemäss Löcherbach und Schu immer auch auf die individuelle Kultur eines Betriebes einen Einfluss hat (S. 232), könnte sich die *lups* überlegen, ob ein solcher Einfluss sich gegebenenfalls positiv auf die bestehenden Hierarchien und Entscheidungsabläufe auswirken und damit die Attraktivität der *lups* für Arbeitnehmende steigern würde. Zudem entstehen mit dem Projekt *lups2020* viele neue ambulante Angebote in der *lups*, welche allenfalls durch ein internes Case Management noch besser vernetzt werden könnten.

Externe Beweggründe

Gemäss Löcherbach und Schu (2009) zählen zu den externen Anstössen beispielsweise andere Betriebe, welche Case Management bereits erfolgreich anbieten oder Konkurrenzsituationen (S. 225). Diesbezüglich könnte sich die Führungsetage der *lups* grundsätzliche Gedanken machen, ob sie als leistungserbringende Organisation das Konzept Case Management in ihren Angebotskatalog aufnehmen möchte. Betriebe, welche Case Management erfolgreich implementiert haben und anwenden, gibt es in der Schweiz bereits einige (vgl. Kapitel 4.1). Die Erfahrungen dieser Organisationen könnte die *lups* in ihre Überlegungen mit einbeziehen.

Zudem kann auch die Überlegung eine Rolle spielen, ob sich die Vision und Mission der *lups* durch Case Management noch besser erreichen lassen. Die *lups* hat nämlich im Rahmen ihrer Vision und Mission Begriffe wie Menschlichkeit, Qualität, Patienten- und Patientinnenorientierung, Vernetzung und Interdisziplinarität definiert, welche ihr wichtig sind. Dadurch möchte sie die führende Psychiatrie in der Mitte der Schweiz sein. (*lups*, 2012b, S. 12-13) Gemäss der Definition vom Netzwerk Case Management Schweiz (2006) beinhaltet Case Management sehr ähnliche Themen, beispielsweise Autonomie der Klientinnen und Klienten, Zusammenarbeit über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg oder Qualität in der Versorgung (S. 2).

Weitere äussere Anlässe

Löcherbach und Schu (2009) benennen sozialpolitische Rahmenbedingungen oder gesetzliche Vorgaben als weitere äussere Anlässe, welche einen Betrieb zur Einführung von Case Management bewegen können (S. 225). Mit solchen Vorgaben sieht sich auch die *lups* konfrontiert. Wie bereits in Kapitel 3.4.1 erwähnt, fordert Art. 32 KVG eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Leistungserbringung. Zudem wird aus sozialpolitischer Sicht eine vermehrte Vernetzung der verschiedenen Akteure und Akteurinnen gefordert (BAG, 2004, S. 7) sowie eine vermehrte Patienten- und Patientinnenorientierung (GDK, 2008, S. 18). Die Direktion und die Geschäftsleitung der *lups* sollten sich darum überlegen, ob die Einführung von Case Management eine von verschiedenen Möglichkeiten ist, um diesen Herausforderungen gerecht zu werden. Dabei können beispielsweise die Erkenntnisse aus dem Kapitel 4.3 hilfreich sein, welche klar aufzeigen, dass Case Management nützlich sein kann, um die verschiedenen Herausforderungen anzugehen.

5.3.2 Überlegungen in der Vorphase



Grundsätzlich ist die Vorphase im Prozess der Implementierung von Case Management in die *lups* eine sehr wichtige Phase, in welche die Leitung genügend Zeit und Ressourcen investieren sollte. Nur so kann gewährleistet werden, dass eine Einführung von Case Management vollständig und mit der notwendigen Basis stattfinden kann. Natürlich kommt es nur dann zu diesem Schritt, wenn die Motive, wie im vorhergehenden Kapitel aufgeführt, anhand von differenzierten Überlegungen entwickelt und ein positiver Entscheid für das Konzept Case Management gefällt wurden.

In der Vorphase sind, wie in Kapitel 3.5.3 aufgezeigt, verschiedene Abklärungsprozesse und Analysen notwendig, woraus schliesslich ein Grobkonzept resultiert. Im Folgenden führen die Autorinnen nun die wichtigsten Punkte auf, zu welchen die *lups* in der Vorphase Überlegungen anstellen muss.

Ist-Analyse

Löcherbach und Schu (2009) plädieren dafür, dass als erster Schritt in der Vorphase eine umfassende Ist-Analyse nötig ist (S. 225). Eine solche Analyse hat die *lups* bereits im Rahmen des Projekts *lups2020* durchgeführt. Deshalb gilt es an dieser Stelle lediglich zu prüfen, ob die durchgeführte Analyse alle Punkte enthält, welche für die Implementierung von Case Management nötig ist, oder ob allenfalls Ergänzungen nötig sind. Wichtige Bereiche sind nach Löcherbach und Schu beispielsweise die Fallzahlen und -verläufe, Verweildauer, Schnittstellen mit anderen Organisationen sowie Störungen und Besonderheiten der Organisation (S. 225). Enthält die vorliegende Analyse der *lups* bereits die relevanten Daten, so kann die *lups* diese direkt verwenden.

Indikationskriterien

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass in der *lups* die Indikationskriterien für Case Management gegeben sind. Wie auch im Kapitel 3.5.3 erläutert, ist eine Indikation für Case Management gemäss der DGCC (2009) vorhanden, „wenn Versorgungssysteme, in denen unterschiedliche Professionen tätig sind und die i.d.R. [sic!] einrichtungsübergreifend fungieren, auf die komplexe Hilfesituation der Adressaten/Klienten [sic!] der Hilfe ausgerichtet werden sollen“ (S. 2). Die *lups* sollte sich darum hauptsächlich überlegen, in welchen Bereichen, beziehungsweise bei welchen Angeboten sowie Patienten- und Patientinnengruppen eine Indikation für Case Management besteht.

Zielgruppen und Zielsetzungen

In diesem Bereich sollte sich die Leitung der *lups* konkrete Überlegungen zur möglichen Zielgruppe von Case Management machen. Da dies in der Regel Menschen mit komplexen Problemsituationen sind, welche bei diversen Organisationen Leistungen beziehen, würde dafür sicher nur ein Teil der Patienten und Patientinnen in Frage kommen. An dieser Stelle kann auch geprüft werden, ob ein Case Management allenfalls nur in einem bestimmten Angebotsbereich der *lups*, beispielsweise im Drop-in oder in den Ambulatorien, Sinn macht oder ob sogar eine eigene Dienstleistungsstelle nur für Case Management geschaffen werden sollte.

Genauso wichtig ist auch die Klärung der Zielsetzungen der *lups* selber sowie eines allfälligen Case Managements. Im Zusammenhang mit *lups2020* hat die *lups* bereits verschiedene Ziele definiert. Eines davon ist beispielsweise der Ausbau der Vernetzung mit anderen Organisationen (*lups*, 2012b, S. 17). Dieses Ziel könnte mit Case Management vorangetrieben werden. Andere Ziele könnten aufgrund der für das Projekt *lups2020* beschriebenen zentralen Herausforderungen formuliert werden. Dabei geht es unter anderem um das Anbieten von patienten- und patientinnenorientierten Angeboten oder um den wirtschaftlichen, zweckmässigen und wirksamen Einsatz von Ressourcen (*lups*, S. 15). Hier könnte sich die *lups* überlegen, ob sie diese Herausforderungen in Ziele umformulieren möchte, welche dann auch als Zielsetzungen für Case Management dienen könnten.

Finanzierung, Ressourcen und Struktur

Auch hierzu sollte sich die Leitung der *lups* vorgängig Gedanken machen. Kosten und Nutzen von Case Management müssen abgewogen werden und es muss geklärt werden, ob ein Budget für die Einführung von Case Management gegeben ist. Zudem sollte sich die *lups* im Klaren sein, welche weiteren Ressourcen sie für die Implementierung des Case Managements zur Verfügung stellen könnte. Es stellen sich spezifische Fragen nach der Verfügbarkeit von Fachpersonal und ob allenfalls zusätzliches Personal akquiriert werden muss. Auch die Struktur muss geklärt werden in Bezug auf die Zuordnung von Case Management im Organigramm, ob eventuell ein neues Angebot geschaffen wird oder ob das Case Management einem bestehenden Angebot angegliedert werden soll.

5.3.3 Überlegungen in der Startphase



Start (1 Monat)

In der Startphase muss das erarbeitete Grobkonzept vom Direktor und der gesamten Geschäftsleitung der *lups* gutgeheissen werden. Dafür ist es von evidenter Bedeutung, dass die gesamte Leitung hinter der Einführung von Case Management steht. Denn laut Löcherbach und Schu (2009) greift die Implementierung von Case Management immer in die Strukturen einer Organisation ein (S. 231). Deshalb müssen die Direktion und die Geschäftsleitung eine klare Haltung zu dem Konzept einnehmen. Diese eindeutige Haltung können sie nur entwickeln, wenn sie im Voraus die in den Kapiteln 5.3.1 und 5.3.2 dargestellten differenzierten Überlegungen zu Case Management angestellt haben.

5.3.4 Überlegungen in der Implementierungsphase



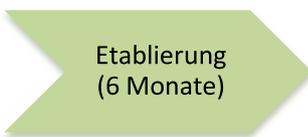
Implementierung
(12-18 Monate)

Entscheidet sich die *lups* für die Einführung von Case Management, muss nun in dieser Phase eine Projektgruppe gebildet werden, welche sich mit der Implementierung von Case Management beschäftigt. Dazu ist es wichtig, dass sich die Direktion und die Geschäftsleitung überlegen, Personen welcher Berufsgruppen in dieser Projektgruppe vertreten sein sollen. Wie in Kapitel 3.5.3 erwähnt, eignen sich für das Case Management verschiedene Berufsgruppen, wobei sie jedoch über eine grundlegende humanberufliche Ausbildung verfügen und sich im Sozialleistungssystem auskennen sollten. Zudem muss die *lups* sicher eine/n zertifizierte/n Case Manager/in oder eine externe Beratungsperson einsetzen.

Eine weitere wichtige Überlegung ist die der institutionellen Vernetzung im Rahmen des Case Managements. Die *lups* arbeitet gemäss Kurmann und Schwegler zur Förderung dieser Vernetzung bereits seit längerem mit sogenannten Zusammenarbeitsverträgen mit diversen Institutionen. Damit können verschiedene Abläufe besser koordiniert werden. Diese Zusammenarbeitsverträge sind hauptsächlich organisationsbezogen. (Kurmann & Schwegler, 15. Juni 2012, Interview) Da die *lups* bereits fest auf eine enge Vernetzung setzt, kann sie sich in der Implementierungsphase damit auseinandersetzen, wie sie die Zusammenarbeit durch das Einführen von Case Management noch intensivieren und im Einzelfall noch patienten- und patientinnenbezogener organisieren kann. Zudem sollte sie abwägen, ob dadurch eine koordinierende Anlaufstelle für alle Beteiligten geschaffen werden könnte. Da die *lups* hier schon wichtige Arbeit geleistet hat, bringt sie somit eine bedeutende Voraussetzung für ein gelingendes Case Management bereits mit.

Schliesslich muss die *lups* in dieser Phase das in der Vorphase erarbeitete Grobkonzept weiter verfeinern, um mit dem ausgearbeiteten Detailkonzept in die Pilotphase eintreten zu können, welche gemäss Löcherbach und Schu (2009) mindestens ein Jahr dauern sollte (S. 230).

5.3.5 Überlegungen in der Etablierungsphase



In dieser Phase schliesslich müsste die *lups* den definitiven Entscheid für oder gegen Case Management fällen, wobei ein positiver Entscheid zu einer Übernahme des Case Managements in den Regelbetrieb führen würde. Überlegt werden muss zu diesem Zeitpunkt, ob das Case Management im getesteten Rahmen fortgesetzt werden soll oder ob es allenfalls angepasst und auf andere Angebote ausgebaut wird.

5.4 Empfehlungen für die Luzerner Psychiatrie

Nachdem die Autorinnen im Kapitel 5.3 diverse Überlegungen dargestellt haben, welche sich die *lups* zu Case Management machen sollte, geben sie im vorliegenden Kapitel nun noch konkrete Empfehlungen zum Thema Case Management an die *lups* ab. Diese basieren auf den erarbeiteten Fakten und widerspiegeln die Haltung der Autorinnen, wie und wo aus ihrer Sicht das Konzept Case Management in der *lups* implementiert werden könnte und wie das weitere Vorgehen aussehen sollte.

Empfehlungen zu Case Management im Rahmen *lups2020*

Die Autorinnen empfehlen, dass die *lups* das Konzept Case Management im Rahmen des Projekts *lups2020* in die Überlegungen mit einbeziehen soll. Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass Case Management eine Möglichkeit darstellt, um auf die aktuellen Herausforderungen zu reagieren. Deshalb ist es wichtig, dass die *lups* die Option einer Implementierung von Case Management überprüft, da dieses Konzept in Zukunft eine wichtige Funktion in der Organisation einnehmen könnte. Dazu sollten die Direktion und die Geschäftsleitung in Bezug auf die internen betriebswirtschaftlichen, betriebskulturellen und externen Gründe sowie die sozialpolitischen Rahmenbedingungen Analysen durchführen und diverse Überlegungen vornehmen. Grundsätzlich empfehlen die Autorinnen, dieses wirkungsvolle und zukunftssträchtige Konzept bei den Überlegungen zum Projekt *lups2020* nicht ausser vor zu lassen, da der aktuelle Zeitpunkt optimal ist, um Neuerungen anzugehen. Es ist zu erwarten, dass mit dem Projekt *lups2020* verschiedene strukturelle und kulturelle Änderungen in der *lups* passieren, welche für die Implementierung von Case Management genutzt werden können.

Case Management im ambulanten Bereich

Die Autorinnen sind der Meinung, dass die *lups* das Case Management als eigenes ambulantes Angebot einführen sollte, wie dies auch in den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd und der *ipw* der Fall ist. Einerseits wäre die Angliederung des Case Managements im ambulanten Bereich ein weiterer Schritt in die von der GDK geforderte Richtung, die ambulanten Angebotsstrukturen auszuweiten. Andererseits zeigen besonders die Erfahrungen der *ipw*, dass mit dem Case Management eine Stabilisierung der psychisch kranken Menschen erreicht werden konnten, was sich positiv auf den Verlauf der ambulanten Behandlung auswirkte und eine signifikante Reduktion der stationären Behandlungstage zur Folge hatte. Eine Angliederung im ambulanten Bereich macht ausserdem dahingehend Sinn, als dass die Behandlungsdauer im stationären Bereich mit 32.1 Tagen verhältnismässig kurz ist, wohingegen Case Management über eine längere Zeit stattfindet. Bei der *ipw* beträgt diese Dauer bei-

spielsweise bis zu 2 ¼ Jahre (Andreae et al., 2011, S. 128). Grundsätzlich kann auch eine Angliederung des Case Managements an bestehende Angebote sinnvoll sein, beispielsweise an das Drop-in oder die Ambulatorien.

Die Empfehlung, Case Management im ambulanten Bereich anzubieten, soll jedoch den stationären Bereich nicht umgehend ausschliessen. Da das Case Management eine vermehrte institutionelle Vernetzung anstrebt, erachten es die Autorinnen als sinnvoll, die Vernetzung nicht nur mit externen Institutionen voranzutreiben, sondern das Case Management auch intern angebotsübergreifend anzubieten. Das würde bedeuten, dass vom Case Management betreute Patienten und Patientinnen auch während eines stationären Aufenthalts von ihrer Bezugsperson des Case Managements betreut würden.

Case Management mit der Sozialen Arbeit verbinden

In Bezug auf die Berufspersonen, welche Case Management ausüben, empfehlen die Autorinnen, die Sozialarbeitenden mit einzubeziehen. Diese Empfehlung beruht darauf, dass Case Management ein Konzept ist, welches hauptsächlich aus der Sozialen Arbeit heraus entstanden ist und ihr darum sehr nahe steht (vgl. Kapitel 3.2). Zudem sind in der Regel soziale Probleme der Grund, warum Case Management indiziert ist. Diese sozialen Probleme gehören zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit (vgl. Kapitel 2.6.1), wodurch sich Sozialarbeitende sehr gut als Case Manager/innen in der *lups* eignen würden. Ausserdem stehen die Arbeitsweise und die Grundhaltung der Sozialen Arbeit denjenigen von Case Management sehr nahe, so dass eine Verbindung der Sozialen Arbeit und des Case Managements sinnvoll ist. Wie in den Schweizer Psychiatrien allgemein üblich, sind in der *lups* die Professionellen der Sozialen Arbeit ein Teil der interdisziplinären Teams und sind in den meisten Bereichen vertreten. Im Kapitel 2.6.3 wurde diesbezüglich erläutert, dass sie dabei Aufgaben der Beratung und Vernetzung in verschiedenen Problembereichen und in Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen und Diensten übernehmen, was genau dem Aufgabenbereich eines Case Managers oder einer Case Managerin entspricht.

Davon ausgehend, dass die *lups* sich für die Implementierung von Case Management im ambulanten Bereich entscheidet, empfehlen die Autorinnen darum, die Sozialarbeitenden in die Implementierung und anschliessende Durchführung des Case Managements einzuschliessen. Dies aufgrund der genannten fachlichen Kompetenz der Sozialarbeitenden in Bezug auf die Anwendung von Case Management.

6 Schlussfolgerungen und Ausblick

In diesem abschliessenden Kapitel werden die Autorinnen zunächst die Fragestellungen nochmals zusammenfassend beantworten. Danach ziehen sie wichtige Schlussfolgerungen für die Profession und berufliche Praxis der Sozialen Arbeit. In einem weiteren Schritt werden die Autorinnen einen Ausblick zur abgehandelten Thematik vornehmen sowie weitere mögliche Schritte aufzeigen. Abschliessend nehmen die Autorinnen noch persönlich Stellung zur vorliegenden Bachelorarbeit und dem gesamten Erarbeitungsprozess.

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

Im Kapitel 1.4 haben die Autorinnen drei Fragestellungen formuliert. Grundsätzlich wurden diese Fragestellungen in den einzelnen Kapiteln bereits beantwortet. Vorliegend liefern die Autorinnen der Leserschaft jedoch nochmals kurze, zusammenfassende Antworten zu jeder Fragestellung, um die Bachelorarbeit abzurunden.

Welches sind die aktuellen Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien?

Im zweiten Kapitel haben die Autorinnen durch die Beschreibung der Schweizer Psychiatrien auf Makro-, Meso- und Mikroebene an die diversen Herausforderungen herangeführt, mit welchen die Schweizer Psychiatrien heute und in den kommenden Jahren konfrontiert sind. Dabei haben sich vier hauptsächliche Herausforderungen herauskristallisiert, welche in Kapitel 2.7 konkret abgehandelt wurden.

Eine Herausforderung betrifft die Finanzierung der psychiatrischen Versorgung. Diese Herausforderung resultiert einerseits aus den stetig steigenden Versorgungskosten, andererseits aus den Veränderungen im Abgeltungssystem, welche durch die KVG-Revision vom 21. Dezember 2007 eingeläutet wurden. Die psychiatrischen Angebote müssen somit auf ihre Kosteneffizienz hin optimiert werden, ohne die Patienten- und Patientinnenorientierung ausser Acht zu lassen.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, die institutionelle Vernetzung zu intensivieren. Grundlage dafür ist die Forderung vom BAG, die verschiedenen Dienstleistungen und Sektoren in der psychiatrischen Versorgung vermehrt zu vernetzen und zu koordinieren. Ausserdem spricht auch die Tatsache, dass die Verläufe der psychisch erkrankten Personen oftmals rezidivierend sind für eine vermehrte Vernetzung der Angebote. Damit sollen die Kontinuität in der Behandlung von psychisch kranken Menschen gewährleistet und Synergien besser genutzt werden.

Der Wechsel weg von stationären hin zu teilstationären und ambulanten Angeboten zählt ebenfalls zu den Herausforderungen, welchen sich die Schweizer Psychiatrien in Zukunft stellen müssen. Diese Veränderung wird durch die GDK in ihrem Leitfadens zur Psychiatrieplanung gefordert. Damit soll einerseits den Forderungen des KVG nach Wirksamkeit, Zweckmässigkeit sowie Wirtschaftlichkeit nachgekommen und andererseits die soziale Integration von psychisch kranken Menschen verbessert werden.

Schliesslich stellt auch der Mangel an Fachpersonen in der Psychiatrie eine grosse Herausforderung dar, mit welcher die Schweizer Psychiatrien heute und in Zukunft konfrontiert sind. Dieser zeigt sich vor allem beim ärztlichen und pflegerischen Personal. Die Suche nach angemessenen Lösungen dieser Stellenvakanzen fordert von den Schweizer Psychiatrien kreative Lösungen.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Schweizer Psychiatrien vor verschiedenen wichtigen Herausforderungen stehen, wobei die hier erwähnten zwar die augenfälligsten, jedoch nicht die einzigen sind. Dadurch ergibt sich ein mehr oder weniger dringlicher Handlungsbedarf, welcher mit kreativen Projekten und Konzepten angegangen werden muss. Mit den weiteren Fragestellungen haben die Autorinnen ein mögliches innovatives Konzept näher betrachtet, nämlich Case Management.

Inwiefern kann mit dem Konzept Case Management auf die Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien reagiert werden?

Diese Frage wird von den Autorinnen im dritten und vierten Kapitel beantwortet. Dazu haben sie sich im Kapitel drei mit dem Konzept Case Management auseinandergesetzt, um dann in Kapitel vier darauf einzugehen, inwiefern sich Case Management in den Schweizer Psychiatrien bereits etabliert hat. Eine Verknüpfung von Case Management mit den aktuellen Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien findet im Kapitel 4.3 statt. Nachfolgend fassen die Autorinnen die Erkenntnisse dazu nochmals kurz zusammen, um die Frage schlüssig zu beantworten.

Grundsätzlich ist Case Management ein Konzept, welches sich noch in der Etablierungsphase befindet und erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Darum sind, zumindest im Bereich der Psychiatrie, erst wenige empirische Daten dazu zu finden. Zwar bieten verschiedene Psychiatrien in der Schweiz Case Management an, allerdings variieren das Verständnis und die Art der Umsetzung sehr stark. Trotz der mangelnden Datenlage können einige Schlüsse dazu gezogen werden, ob und wie mit Case Management auf die aktuellen Herausforderungen in den Schweizer Psychiatrien reagiert werden kann.

In Bezug auf die finanziellen Herausforderungen kann Case Management insofern ein sinnvolles Konzept sein, als dass es als kostensparend eingestuft wird und erste Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass durch Case Management Kosten gesenkt werden konnten. Dies ist hauptsächlich der Fall, weil durch die Anwendung von Case Management die stationären Pflegetage der betreuten Personen signifikant gesenkt werden konnten.

Auch für die Herausforderung einer verbesserten institutionellen Vernetzung bietet Case Management eine gute Grundlage. Da die Vernetzung der verschiedenen Institutionen ein wichtiger Grundstein für ein funktionierendes Case Management ist, kann im Rahmen einer Implementierung diese Zusammenarbeit noch intensiviert sowie institutionalisiert werden.

Um den Herausforderungen eines Ausbaus der teilstationären und ambulanten Angebote gerecht zu werden, kann Case Management ebenfalls ein sinnvolles Konzept sein. Dies, weil mit Case Management die Schnittstellen der verschiedenen teilstationären und ambulanten Angebote besser koordiniert werden können und die Patienten und Patientinnen somit besser davon profitieren. Zudem zeigt die Praxis, dass Case Management zu einer tieferen Symptombelastung der Betroffenen führt und zu einer Verbesserung der sozialen und beruflichen Funktionen, wodurch die ambulanten Angebote wirkungsvoller sind.

Im Hinblick auf den Mangel des Fachpersonals hingegen ist es nicht erwiesen, ob dieser Herausforderung im Rahmen von Case Management begegnet werden kann. Zwar gehen die Autorinnen davon aus, dass durch den Kulturwechsel weg von der Fallführung hin zur Fallsteuerung, welcher mit der Einführung von Case Management einhergeht, das Problem der fehlenden Fachkräfte entschärft werden kann. Dies hauptsächlich darum, weil sich beispielsweise die Ärzteschaft wieder vermehrt auf ihre Kernkompetenzen, nämlich die medizinische Betreuung der psychisch kranken Menschen, kon-

zentrieren kann und durch die Abgabe der Fallführung entlastet werden. Diese Annahme ist jedoch nicht empirisch belegt und würde weitere Forschungen erfordern.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Case Management ein mögliches Konzept ist, um auf die Herausforderungen der Schweizer Psychiatrien zu reagieren. Die vorliegenden Analysen haben gezeigt, dass sich verschiedene Elemente des Case Managements positiv auf die aktuellen Herausforderungen auswirken können. Allerdings kann man nicht davon ausgehen, dass nur das Konzept Case Management eine Lösung auf die genannten Herausforderungen ist. Vielmehr ist Case Management eine von vielen möglichen Massnahmen, welche in Kombination dazu führen, für die anstehenden Herausforderungen gerüstet zu sein.

Inwiefern ist Case Management ein mögliches Konzept für die Luzerner Psychiatrie?

Um diese Frage zu beantworten, haben sich die Autorinnen im fünften Kapitel eingehend mit der *lups* auseinandergesetzt und Überlegungen dargelegt, inwiefern Case Management auch für die *lups* geeignet wäre (vgl. Kapitel 5.3). Diese Erkenntnisse werden die Autorinnen vorliegend nochmals kurz zusammenfassen, um die Frage zu beantworten.

Grundsätzlich sieht sich die *lups* mit denselben Herausforderungen konfrontiert wie alle Schweizer Psychiatrien. Deshalb ist auch die *lups* gefordert, neue Konzepte auszuprobieren und kreative Lösungen zu finden. Die Frage, ob Case Management ein mögliches Konzept für die *lups* ist, kann allerdings trotzdem nicht abschliessend beantwortet werden. Zu viele Faktoren sind dafür von Bedeutung, welche die Möglichkeiten der vorliegenden Literaturarbeit übersteigen.

Auf Grund der erarbeiteten Fakten ist es prinzipiell so, dass Case Management ein mögliches Konzept für die *lups* darstellt, mit welchem sie auf die aktuellen Herausforderungen reagieren kann. Dafür spricht beispielsweise, dass die *lups* mit dem Projekt *lups2020* bereits wichtige Weichen gestellt hat, um Neuerungen einzuführen. In diesem Rahmen könnte auch die Implementierung von Case Management angegangen werden. Auch zeigen die Erfahrungen in der Praxis, beispielsweise den St. Gallischen Psychiatrie-Diensten Süd oder der *ipw*, dass mit Case Management einige Veränderungen in Gang gesetzt werden können und sich diese auf die Klientel sowie auch auf die Kostenentwicklung positiv auswirken. Es sprechen noch weitere Gründe dafür, dass Case Management ein mögliches Konzept für die *lups* ist. Beispielsweise ermöglicht Case Management eine bessere Koordination der verschiedenen Angebote, was auch für die *lups* hilfreich sein könnte aufgrund ihrer diversen internen Angebote sowie ihrer breiten Vernetzung. In Bezug auf die Vernetzung könnte Case Management der *lups* zudem dienlich sein, um die institutionelle Zusammenarbeit noch weiter zu institutionalisieren. Interessant könnte die Einführung von Case Management auch darum sein, weil sich dadurch die interne Kultur verändert, was zu neuen Chancen führen kann, beispielsweise in Bezug auf die Identifizierung der Mitarbeitenden mit der *lups*. Schliesslich ist Case Management auch darum für die *lups* geeignet, weil sich dessen Grundgedanken, nämlich die Autonomie der Klientel und die Zusammenarbeit über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg, mit dem Verständnis decken, welches die *lups* im Rahmen ihrer Vision und Mission formuliert hat. Es ist also ein geeignetes Konzept, um diese Vorgaben zu verfolgen und zu erreichen.

Wie bereits betont, kann die Frage jedoch nicht alleine aufgrund einer Literaturarbeit beantwortet werden. Die Entscheidung, ob Case Management ein mögliches Konzept für die *lups* ist, liegt schlussendlich bei der Direktion und der Geschäftsleitung der *lups*. Abschliessend kann also in Bezug auf diese Fragestellung bemerkt werden, dass Case Management aus verschiedenen Überlegungen ein geeignetes Konzept für die *lups* darstellt. Allerdings muss eine Implementierung von Case Manage-

ment immer von der Leitung gewollt sein, da das Konzept stark in die Struktur einer Organisation eingreift. Darum fänden es die Autorinnen für die Vollständigkeit der Beantwortung der vorliegenden Frage wichtig, eine Forschungsrecherche in Zusammenarbeit mit der *lups* durchzuführen, damit die Sichtweise der Leitung der *lups* genauer untersucht werden kann.

6.2 Folgerungen für die Profession und berufliche Praxis der Sozialen Arbeit

Im folgenden Kapitel setzen sich die Autorinnen damit auseinander, welche Folgerungen aus der vorliegenden Bachelorarbeit für die Profession und berufliche Praxis der Sozialen Arbeit gezogen werden können. Grundsätzlich ist es so, dass Case Management ein umfassendes Handlungskonzept ist, welches Grundlagen zum koordinierten Umgang mit komplexen Fragestellungen von betroffenen Personen liefert. Dabei stehen sowohl die Klientel als auch das gesamte Versorgungsnetzwerk im Zentrum. Die Bezeichnung „Case Manager/in“ ist kein eigentlicher Beruf, es ist vielmehr eine Zusatzqualifikation, welche sich Personen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund aneignen können (vgl. Kapitel 3.5.3). Auch wenn das Konzept keinen rein sozialarbeiterischen Charakter hat, können anhand der Verknüpfung der Thematiken Psychiatrie und Case Management dennoch wichtige Erkenntnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit gewonnen werden. Die Autorinnen sind der Meinung, dass die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Durchführung und Weiterentwicklung von Case Management liefern kann.

Case Management als Konzept zur Bewältigung sozialer Probleme

Gemäss dem Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz von AvenirSocial (2010) sind die Sozialarbeitenden dazu verpflichtet, „Lösungen für soziale Probleme zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln“ (S. 6). Zudem zählen soziale Probleme zum Gegenstandsbereich der Sozialen Arbeit. Case Management ist ein Konzept, welches zur Linderung und Aufhebung von sozialen Problemen nützlich ist. Zwar ist es wichtig, dass die Sozialarbeitenden dem Konzept kritisch begegnen, trotzdem können sie es nutzen, um sozialen Problemen zu begegnen und Lösungen zu finden. Kritisch zu bleiben ist darum wichtig, weil das Konzept je nach Kontext, in welchem es angewandt wird, missbraucht werden kann, um rein ökonomische Interessen durchzusetzen. Gleichwohl stellt Case Management ein brauchbares Konzept dar, um Klienten und Klientinnen mit komplexen Problemlagen adäquat zu begleiten und zu vernetzen.

Gerade im hier behandelten Bereich der Psychiatrie, wo soziale Probleme im Rahmen von psychischen Erkrankungen vorhanden sind, kann Case Management ein Konzept sein, um die sozialen Probleme anzugehen. Hier ist die Soziale Arbeit deshalb gefordert, wo vorhanden, aktiv im Case Management mitzuarbeiten und, wo noch nicht vorhanden, die Einführung von Case Management mit einer klaren Patienten- und Patientinnenorientierung zu fordern.

Case Management als patienten-/patientinnenorientiertes und kosteneffizientes Konzept

Wie die vorliegende Arbeit aufzeigt, ist Case Management ein Konzept, welches sich noch in der Etablierung befindet. Bisherige Erfahrungen in der Praxis zeigen jedoch, dass mit Case Management die Punkte Patienten- und Patientinnenorientierung sowie Kosteneffizienz verbunden werden können, wenn die Implementierung in einen Bereich umfassend vorgenommen wurde. Diese Verbindung zwischen menschlichen und ökonomischen Standpunkten könnte für Sozialarbeitende teilweise schwer mit ihrem beruflichen Selbstverständnis zu vereinen sein. Trotzdem oder gerade deshalb glauben die Autorinnen, dass sich die Sozialarbeitenden vermehrt mit Case Management und seinen

patienten- und patientinnenorientierten und kostenoptimierenden Seiten auseinandersetzen müssen. Wichtig ist, dass sie sich am aktuellen Diskurs rund um Case Management beteiligen und klar einbringen, dass die Patienten- und Patientinnenorientierung nicht unter den ökonomischen Vorgaben leiden darf. Nur so ist es möglich, dass die Sozialarbeitenden das Konzept zu ihrem eigenen machen können. Dies allerdings ist aus Sicht der Autorinnen wichtig für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit, da immer mehr kosteneffiziente Arbeitsmethoden gefordert werden, weil die Ressourcen überall knapp bemessen sind. Case Management kann genau dies liefern.

Case Management in der Psychiatrie – eine Chance für die Soziale Arbeit

Die Autorinnen haben in der Arbeit immer wieder darauf hingewiesen, dass Case Management ein Konzept ist, welches noch nicht umfassend etabliert ist, sondern erst nach und nach in unterschiedlichen Settings eingeführt wird. Auch die Schweizer Psychiatrien setzen erst teilweise auf Case Management. Darin sehen die Autorinnen eine Chance für die Soziale Arbeit, sich ein weiteres Handlungsfeld zu eröffnen, in welchem sie ihr Berufsverständnis und ihr Wissen einbringen können. Die Beispiele der St. Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd und der *ipw* zeigen auf, dass bei den Implementierungsprozessen die Sozialarbeitenden eine wichtige Rolle gespielt haben. Hier sind darum die Sozialarbeitenden in allen psychiatrischen Institutionen gefordert, die Implementierung von Case Management zu fordern und zu begleiten. Dies ist für die Profession der Sozialen Arbeit von grosser Bedeutung, weil sie dadurch ihre professionsbedingte Sichtweise in Bezug auf die Klientel von Case Management einbringen können. Damit können sie einen wichtigen Beitrag leisten, um eine einseitige, nur auf Kostenoptimierung ausgelegte Implementierung von Case Management zu verhindern und gleichzeitig ein patienten- und patientinnenorientiertes Konzept einzuführen.

Empirische Evaluation von Case Management

In der vorliegenden Arbeit haben die Autorinnen mehrmals aufgezeigt, dass die Implementierung von Case Management mit einem sehr unterschiedlichen Verständnis vorgenommen wird und dass zudem nur wenige empirischen Grundlagen zum Konzept bestehen. Hier ergibt sich für die Profession der Sozialen Arbeit ein weiterer Auftrag beziehungsweise ein Gebiet, in welchem sie sich engagieren könnte. Als Berufsgruppe, welche sich sehr gut für Case Management eignet, sollte sie sich neben der Arbeit mit der Klientel auch dafür einsetzen, empirische Daten zu Case Management zu generieren. Damit kann die Soziale Arbeit einerseits einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierungsdebatte ihres eigenen Berufsfeldes leisten, da das Case Management unter anderem ein Konzept der Sozialen Arbeit ist, und andererseits die Akzeptanz des Konzepts fördern.

6.3 Ausblick

Bei der vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um eine reine Literaturarbeit. Basierend auf der vorhandenen Literatur konnten die Autorinnen aufzeigen, mit welchen Herausforderungen die Schweizer Psychiatrien aktuell konfrontiert sind. Zudem war es möglich, das Konzept Case Management und dessen Verbreitung in den Schweizer Psychiatrien darzulegen. Auch in Bezug auf die *lups* liessen sich verschiedene Überlegungen zu Case Management sowie weiterführende Empfehlungen ableiten. Allerdings war der Erarbeitung des Themas mit dem Entscheid für eine Literaturarbeit auch Grenzen gesetzt. Daraus ergeben sich im Rahmen dieses Ausblicks Themen, welche in einem weiteren Schritt zu untersuchen und zu erforschen wären.

In Bezug auf das Konzept Case Management in der Psychiatrie hat sich gezeigt, dass erst wenige empirische Daten vorhanden sind, welche den Nutzen des Konzepts in der Psychiatrie belegen. Daraus ergibt sich der Bedarf an detaillierten Evaluationen und Forschungen in Bezug auf Case Management in den Psychiatrien. Nur so kann gewährleistet werden, dass das Konzept auf der Basis von empirischen Grundlagen eingeführt und angeboten wird. Um solche Evaluationen und Forschungen durchzuführen, wäre es zusätzlich wichtig, einheitliche Outcome-Parameter zu definieren, um die verschiedenen Daten vergleichbar zu machen (vgl. Kapitel 4.3). Hier sehen die Autorinnen die grossen Herausforderungen der kommenden Jahre.

Im Hinblick auf das Case Management in der *lups* sind die Autorinnen im Rahmen der Literaturarbeit immer wieder an Grenzen gestossen. Die Verknüpfung der einzelnen Elemente hat zwar aufgezeigt, dass Case Management ein sinnvolles Konzept für die *lups* sein kann. Allerdings müsste sich die Leitung der *lups* explizit für die Einführung von Case Management aussprechen. Die Autorinnen haben deshalb gemerkt, dass in einem weiteren Schritt eine Forschungsarbeit in Zusammenarbeit mit der *lups* nötig wäre, um detailliert zu untersuchen, welchen Nutzen Case Management der *lups* und deren Klientel bringen könnte. Zudem könnte eine solche Forschungsarbeit auch aufzeigen, ob die Akzeptanz des Konzeptes sowohl bei der Leitung als auch bei der Basis der *lups* vorhanden wäre. Erst damit könnte der *lups* eine eindeutige Entscheidungsgrundlage geliefert werden. Falls es dann zur Implementierung von Case Management in der *lups* kommen würde, wäre zudem eine fachliche Begleitung für den Implementierungsvorgang nützlich, kombiniert mit einem begleitenden Monitoring sowie einer späteren Evaluation des neuen Angebots.

Schliesslich haben die Autorinnen einen weiteren Bereich ausfindig gemacht, zu welchem weitere Forschungsarbeiten lohnenswert wären. Da das Konzept Case Management aus dem sozialarbeiterischen Casework heraus entstanden ist, wäre es für die Profession Soziale Arbeit von Interesse, die Forschung im Bereich Case Management und Soziale Arbeit zu intensivieren. Es wäre interessant, genau zu untersuchen in welchen Settings das Case Management in der Sozialen Arbeit sinnvoll ist und welche Klientel davon profitieren könnte. Ausserdem wäre auch ein Vergleich zwischen Case Management und anderen Konzepten der Sozialen Arbeit aufschlussreich. Dies würde auch dazu führen, dass die Sozialarbeitenden ihre Stellung im Case Management festigen können. Dies ist wichtig, da die Autorinnen überzeugt sind, dass Sozialarbeitende sämtliches Rüstzeug für gute Case Manager/innen mitbringen.

6.4 Persönliche Stellungnahme der Autorinnen

In diesem Kapitel nehmen die Autorinnen am Ende ihrer Bachelorarbeit persönlich Stellung zu den Herausforderungen, welchen sie bei der Erarbeitung des Themas begegnet sind sowie zu ihren wichtigsten Erkenntnissen.

Am Beginn der Bachelorarbeit stand für die Autorinnen die Themenwahl. Sie haben sich für Case Management mit Fokus auf die *lups* entschieden, da sie darin eine Wissenslücke erkannten. Gleichzeitig waren sie überzeugt, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik auch für die Soziale Arbeit von grosser Bedeutung ist. Durch den Fokus der Arbeit auf die Psychiatrie als grosses Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit sowie auf das Case Management, welches ein wichtiges Konzept der Sozialen Arbeit ist, sind sie überzeugt, für die Profession der Sozialen Arbeit einen relevanten Beitrag geleistet zu haben. Allerdings haben die Autorinnen während der Erarbeitung des Themas erkannt, dass Case Management noch von anderen Professionen ausser der Sozialen Arbeit besetzt wird, auch wenn dessen Wurzeln in der Sozialen Arbeit zu finden sind.

Zudem stellte der enge Fokus der vorliegenden Arbeit auf die *lups* die Autorinnen vor die Herausforderung, eine Balance zu finden zwischen einer möglichst neutralen Darstellung des Konzepts für eine allfällige Implementierung in die *lups* sowie dem Einbringen der Sichtweise der Sozialen Arbeit auf das Konzept Case Management. Dies ist ihnen ihrer Meinung nach gelungen, indem sie die Soziale Arbeit explizit an den Stellen einfliessen liessen, an welchen eine klare Sichtweise verlangt war. So war es den Autorinnen möglich, mit der vorliegenden Arbeit einerseits ein breites Bild über die Implementierung von Case Management in die *lups* aufzuzeigen und andererseits die Soziale Arbeit trotzdem mit einzubeziehen. Die Autorinnen sind sich im Nachhinein bewusst, dass sie durch die eingegrenzte Themenwahl eine sehr praxisorientierte Arbeit geschrieben haben, dadurch jedoch einige Abstriche machen mussten, was den Bezug zur Sozialen Arbeit angeht.

Eine weitere Herausforderung ergab sich für die Autorinnen aus dem Umstand, dass zum Thema Case Management nur wenig empirische Daten existieren. Darum konnten sie sich oft nicht auf harte Fakten berufen und es fehlten teilweise empirische Grundlagen, um den Nutzen einer Implementierung von Case Management in der *lups* ausreichend zu begründen. Daher haben sie in Kapitel 6.3 auch die Empfehlung zu weiteren empirischen Evaluationen von bestehenden und neuen Case Management-Angeboten abgegeben.

Für ihren weiteren beruflichen Werdegang konnten die Autorinnen viele wichtige Erkenntnisse aus der vorliegenden Bachelorarbeit gewinnen. Diese haben sie im Kapitel 6.2 bereits verarbeitet, indem sie die Folgerungen für die berufliche Praxis der Sozialen Arbeit ausformulierten. Besonders die Erkenntnis, dass das Konzept Case Management je nach Organisation sehr unterschiedlich definiert und umgesetzt wird, stimmte die Autorinnen skeptisch. Nach der eingehenden Literaturrecherche gehen sie mit Wendt einig, dass nicht überall, wo Case Management drauf steht, auch wirklich Case Management drin ist.

7 Quellenverzeichnis

- Andrae, Andreas; Heim, Gisela; Raupp, Klaus & von Wyl, Agnes (2011). Intensive Case Management ipw. *Case Management*, 8 (3), 124-129.
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der Schweiz. Gesellschaft für ein Soziales Gesundheitswesen [SGSG]. Sektion Basel. (1983). *Für eine Psychiatrie in Bewegung. Gedanken, Vorschläge und Ansätze zur Psychiatrieplanung im Kanton Basel-Stadt*. Zürich: rotpunktverlag (rpv).
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor. Gefunden am 19. 03. 2012, unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf
- Baer, Niklas & Cahn, Theodor (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In Kickbusch, Ilona; Meyer, Katharina; Spycher, Stefan & Weiss, Walter (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211-230). Bern: Verlag Hans Huber.
- Baer, Niklas; Brenner, Hans Dietrich; Cahn, Theodor & Felder, Wilhelm (2005). *Psychische Gesundheit. Anhang 2 des Strategieentwurfs zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Psychiatrische Versorgungsstrukturen*. Gefunden am 7. 10. 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de>
- Belardi, Nando (2010). Von der Einzelfallhilfe zum Case-Management. In Kreft, Dieter & Müller, C. Wolfgang (Hrsg.). *Methodenlehre in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Borrmann, Stefan; Engelke, Ernst & Spatscheck, Christian (2009). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (5. Aufl.). Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Brenner, Hans Dieter; Rössler, Wulf & Fromm, Urs (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizer Ärztezeitung*, 84 (35), 1777-1786. Gefunden am 10. 07. 2012, unter <http://www.saez.ch/docs/saez/archiv/de/2003/2003-35/2003-35-402.PDF>
- Brosch, Werner (2004). *Psychiatrie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und andere professionelle Helfer* (3. Aufl.). Wien: LexisNexis Verlag ARD Orac GmbH & Co. KG.
- Bundesamt für Berufsbildung und Technologie [BBT]. (2012). *Case Management Berufsbildung (CM BB)*. Gefunden am 29. 10. 2012, unter <http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01204/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2004). *Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Gefunden am 27. 04. 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2005). *Das schweizerische Gesundheitswesen. Aufbau, Leistungserbinger, Krankenversicherungsgesetz* (2. Aufl.) [Broschüre]. Bern: Autor.

- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2012). *Abstimmung über die integrierte Versorgung vom 17. Juni 2012*. Gefunden am 29. 10. 2012, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/06506/06664/index.html?lang=de>
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10).
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Burla, Laila & Schuler, Daniela (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan], Hrsg.)*. [Broschüre]. Neuchâtel: Obsan. Gefunden am 17. 07. 2012, unter <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=4724>
- Clausen, Jens & Eichenbrenner, Ilse (2010). *Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Clausen, Jens; Dresler, Klaus-D. & Eichenbrenner, Ilse (1996). *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management e.V. [DGCC]. (2009). *Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management* [Broschüre]. Heidelberg: Economica.
- Dörner, Klaus & Plog, Ursula (1996). *irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörr, Margret (2005). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Esser, Hartmut (2000). *Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 2: Die Konstruktion der Gesellschaft*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Ewers, Michael & Schaeffer, Doris (Hrsg.). (2005). *Case Management in Theorie und Praxis (2. Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Filliger, Monika & Pracher, Karlheinz (2011). Patientenorientiert, vor Ort, integrierend und vernetzt. Voraussetzungen und Herausforderungen beim Aufbau eines psychiatrischen Case Managements. *Case Management*, 8 (3), 120-123.
- Franke, Alexa (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit (2.Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Galuske, Michael (2011). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung (9. Aufl.)*. München: Juventa Verlag.
- Gerlinger, Thomas & Rosenbrock, Rolf (2006). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung (2. Aufl.)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gödecker-Geenen, Norbert (2002). Klinische Sozialarbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. In Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.), *Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogik (4. Aufl., S. 441-456)*. Dortmund: borgmann publishing.

- Hardtmann, Gertrud (1991). „Irren-Haus“: Eine Einführung in die Psychiatrie und ihre sozialpädagogischen Arbeitsfelder. Weinheim: Beltz.
- Herdt, Jörg; Kuhl, Christian & Maier, Marcel (2006). Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen. *Care Management*, 10 (5), 25-27. Gefunden am 20. 06. 2012, unter http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/12-case_management.avec.pdf
- Hildebrand, Helmut (1998). Psychiatrie. In *Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch* (258. Aufl., S. 1314). Berlin: de Gruyter.
- Huonker, Thomas (2003). *Diagnose: „moralisch defekt“. Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890-1970*. Zürich: Orell Füssli.
- Integrierte Psychiatrie Winterthur [ipw]. *Homepage der Integrierten Psychiatrie Winterthur*. Gefunden am 11. 12. 2012, unter <http://www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/home.html>
- Jäger, Matthias; Rössler, Wulf & Sobocki, Patrik (2008). Cost of the disorders of the brain in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 138 (1), 4-11. Gefunden am 17. 07. 2012, unter <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/01/smw-11910.pdf>
- Kaiser, Martin B. (2004). Personen, Team und multiprofessionelle Arbeit in der Psychiatrie. In Wolfgang Werner (Hrsg.), *Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie. Psychiatrie im sozialen Kontext* (S. 110-124). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Kuhl, Hans Christian (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006* [Broschüre]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan].
- Lieberherr, Renaud; Marquis, Jean-François; Storni, Marco & Wiedenmayer, Gabriele (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung* [Broschüre]. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik [BFS].
- Löcherbach, Peter & Schu, Martina (2009). Organisations- und Personalentwicklung. In Peter Löcherbach & Wolf Rainer Wendt (Hrsg.), *Standards und Fachlichkeit im Case Management* (S. 205-235). Heidelberg: Economica.
- Löcherbach, Peter (2008). Generelle Aspekte zum Case Management. In Corinna Ehlers & Matthias Müller (Hrsg.), *Case Management als Brücke* (S. 29-41). Uckerland: Schibri-Verlag.
- Luzerner Psychiatrie [lups] (2012a). Geschäftsbericht 2011. Oberentfelden: zt SuterKeller Druck AG.
- Luzerner Psychiatrie [lups] (2012b). *lups2020*. Oberentfelden: zt SuterKeller Druck AG.
- Luzerner Psychiatrie [lups] (2012c). *Organigramm*. Gefunden am 20. 12. 2012, unter http://www.lups.ch/upload/docs/pdf/Organigramm_lups_2012-10-01.pdf
- Luzerner Psychiatrie [lups]. *Homepage der Luzerner Psychiatrie*. Gefunden am 13. 11. 2012, unter <http://www.lups.ch>

- Mennemann, Hugo (2006). Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. *Case Management*, 3 (1), 12-17.
- Netzwerk Case Management Schweiz (2006). *Definition Case Management. Standards Case Management*. Gefunden am 22. 10. 2012, unter http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/definition_und_standards_30_03_2006.pdf
- Neuffer, Manfred (2011). Case Management in der Sozialen Arbeit. In Peter Löcherbach & Wolf Rainer Wendt (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (2. Aufl., S. 39-52). Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.
- Nodes, Wilfried (2010). Contra Case Management – über die Enteignung eines Begriffes und die Folgen. *Case Management. Sonderheft Soziale Arbeit*, 7 (2), 11-14.
- Pauls, Helmut (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Schaller, Silvia & Sturny, Isabelle (2010). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In Gerhard Kocher & Willy Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht* (4. Aufl., S. 321-334). Bern: Verlag Hans Huber.
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] (2008). *Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“*. Bern: Autor.
- St. Gallische Psychiatrie-Dienste Süd. (2012). *Leistungsangebot 2012*. St. Gallen: Niedermann Druck AG.
- Staub-Bernasconi, Silvia (1998). Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In Maja Heiner; Marianne Meinhold; Hiltrud von Spiegel & Silvia Staub-Bernasconi (Hrsg.). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (S. 11-137). Freiburg in Breisgau: Lambertus.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt Verlag.
- Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung vom 3. Juli 2002 (SR 832.104).
- Von Spiegel, Hiltrud (2008). *Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (2008). *Case Management im Sozial und Gesundheitswesen. Eine Einführung* (4. Aufl.). Freiburg in Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Wendt, Wolf Rainer (2010). Abkehr und Wiederkehr. Zur Kontroverse um Case Management in der Sozialen Arbeit. *Case Management*, 7 (2), 5-7.
- Wendt, Wolf Rainer (2011). State of the art: Das entwickelte Case Management. In Peter Löcherbach & Wolf Rainer Wendt (Hrsg.), *Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis* (2. Aufl., S. 1-37). Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Werthemann, Charlotte (2006). *Case Management im Gesundheitswesen. Konzeptionelle Grundlagen, ausländische Beispiele und erste Erfahrungen in der Schweiz*. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet GmbH.

World Health Organisation [WHO]. (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Gefunden am 27. 04. 2012, unter <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf>

World Health Organisation [WHO]. (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Genf: WHO Press.

Titelbild: *Labyrinth mit Baum*. Gefunden am 20. 12. 2012, unter <http://www.gemeinwohloekonomie.org/wp-content/uploads/2012/11/besserewelt3.pdf>

Anhang

Anhang A: Ausgewählte Artikel aus dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung SR 832.10

3. Kapitel: Leistungen

2. Abschnitt: Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme

Art. 32 Voraussetzungen

1 Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.

2 Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft.

4. Kapitel: Leistungserbringer

1. Abschnitt: Zulassung

Art. 39 Spitäler und andere Einrichtungen

1 Anstalten oder deren Abteilungen, die der stationären Behandlung akuter Krankheiten oder der stationären Durchführung von Massnahmen der medizinischen Rehabilitation dienen (Spitäler), sind zugelassen, wenn sie:

- a. ausreichende ärztliche Betreuung gewährleisten;
- b. über das erforderliche Fachpersonal verfügen;
- c. über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen und eine zweckentsprechende pharmazeutische Versorgung gewährleisten;
- d. der von einem oder mehreren Kantonen gemeinsam aufgestellten Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung entsprechen, wobei private Trägerschaften angemessen in die Planung einzubeziehen sind;
- e. auf der nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste des Kantons aufgeführt sind.

2 Die Kantone koordinieren ihre Planung.⁸⁵

2bis Im Bereich der hochspezialisierten Medizin beschliessen die Kantone gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung. Kommen sie dieser Aufgabe nicht zeitgerecht nach, so legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind.⁸⁶

2ter Der Bundesrat erlässt einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Er hört zuvor die Kantone, die Leistungserbringer und die Versicherer an.⁸⁷

3 Die Voraussetzungen nach Absatz 1 gelten sinngemäss für Geburtshäuser sowie für Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten und -patientinnen dienen (Pflegeheim).⁸⁸

85 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

86 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

87 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

88 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

2. Abschnitt: Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Art. 41

1 Die Versicherten können für die ambulante Behandlung unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Der Versicherer übernimmt die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.⁸⁹

1bis Die versicherte Person kann für die stationäre Behandlung unter den Spitälern frei wählen, die auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Der Versicherer und der Wohnkanton übernehmen bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Wohnkantons für die betreffende Behandlung gilt.⁹⁰

1ter Absatz 1bis gilt sinngemäss für Geburtshäuser.⁹¹

2 Beansprucht die versicherte Person bei einer ambulanten Behandlung aus medizinischen Gründen einen anderen Leistungserbringer, so richtet sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt.⁹²

3 Beansprucht die versicherte Person bei einer stationären Behandlung aus medizinischen Gründen ein nicht auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführtes Spital, so übernehmen der Versicherer und der Wohnkanton die Vergütung anteilmässig nach Artikel 49a. Mit Ausnahme des Notfalls ist dafür eine Bewilligung des Wohnkantons notwendig.⁹³

3bis Medizinische Gründe nach den Absätzen 2 und 3 liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen nicht angeboten werden:

- a. bei ambulanter Behandlung am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung;
- b. bei stationärer Behandlung in einem Spital, das auf der Spitalliste des Wohnkantons aufgeführt ist.⁹⁴

4 Die Versicherten können ihr Wahlrecht im Einvernehmen mit dem Versicherer auf Leistungserbringer beschränken, die der Versicherer im Hinblick auf eine kostengünstigere Versorgung auswählt (Art. 62 Abs. 1 und 3). Der Versicherer muss dann nur die Kosten für Leistungen übernehmen, die von diesen Leistungserbringern aus- geführt oder veranlasst werden; Absatz 2 gilt sinngemäss. Die gesetzlichen Pflichtleistungen sind in jedem Fall versichert.

89 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

90 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551). Siehe auch die UeB dieser Änd. am Schluss dieses Textes.

91 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

92 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

93 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

94 Eingefügt durch Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS 2008 2049; BBI 2004 5551).

4. Abschnitt: Tarife und Preise

Art. 49¹⁰⁵ Tarifverträge mit Spitälern

1 Für die Vergütung der stationären Behandlung einschliesslich Aufenthalt und Pflegeleistungen in einem Spital (Art. 39 Abs. 1) oder einem Geburtshaus (Art. 29) vereinbaren die Vertragsparteien Pauschalen.¹⁰⁶ In der Regel sind Fallpauschalen festzulegen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden. Die Spitaltarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.

2 Die Tarifpartner setzen gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation ein, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. Zur Finanzierung der Tätigkeiten kann ein kostendeckender Beitrag pro abgerechnetem Fall erhoben werden. Die Spitäler haben der Organisation die dazu notwendigen Kosten- und Leistungsdaten abzuliefern. Fehlt eine derartige Organisation, so wird sie vom Bundesrat für die Tarifpartner verpflichtend eingesetzt. Die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassungen werden von den Tarifpartnern dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreitet. Können sich diese nicht einigen, so legt der Bundesrat die Strukturen fest.¹⁰⁷

3 Die Vergütungen nach Absatz 1 dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten. Dazu gehören insbesondere:

- a. die Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen;
- b. die Forschung und universitäre Lehre.

4 Bei Spitalaufenthalten richtet sich die Vergütung nach dem Spitaltarif nach Absatz 1, solange der Patient oder die Patientin nach medizinischer Indikation der Behandlung und Pflege oder der medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf. Ist diese Voraussetzung nicht mehr erfüllt, so kommt für den Spitalaufenthalt der Tarif nach Artikel 50 zur Anwendung.

5 Mit den Vergütungen nach den Absätzen 1 und 4 sind alle Ansprüche des Spitals für die Leistungen nach diesem Gesetz abgegolten.

6 Die Vertragsparteien vereinbaren die Vergütung bei ambulanter Behandlung.

7 Die Spitäler verfügen über geeignete Führungsinstrumente; insbesondere führen sie nach einheitlicher Methode zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten und zur Erfassung ihrer Leistungen eine Kostenrechnung und eine Leistungsstatistik. Diese beinhalten alle für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit, für Betriebsvergleiche, für die Tarifierung und für die Spitalplanung notwendigen Daten. Die Kantonsregierung und die Vertragsparteien können die Unterlagen einsehen.

8 In Zusammenarbeit mit den Kantonen ordnet der Bundesrat schweizweit Betriebsvergleiche zwischen Spitälern an, insbesondere zu Kosten und medizinischer Ergebnisqualität. Die Spitäler und die Kantone müssen dafür die nötigen Unterlagen liefern. Der Bundesrat veröffentlicht die Betriebsvergleiche.

105 Fassung gemäss Ziff. I des BG vom 21. Dez. 2007 (Spitalfinanzierung), in Kraft seit 1. Jan. 2009 (AS **2008** 2049; BBI **2004** 5551).

106 Fassung gemäss Ziff. I 3 des BG vom 13. Juni 2008 über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, in Kraft seit 1. Jan. 2011 (AS **2009** 3517 6847 Ziff. I; BBI **2005** 2033).

107 Siehe auch: die UeB Änd. 22.10.2008 der V vom 22. Juni 1995 über die Krankenversicherung (SR **832.102**).

Anhang B: Psychische Gesundheit. Strategieentwurf zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung (Februar 2004).

Teil A: Referenzrahmen

1 Einführung

1.1 Strategische Ausrichtung

Zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit nimmt die vorliegende Strategie eine Public Health¹ Optik ein. Dieser integrative Ansatz geht von einem ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsverständnis aus, das heisst die psychische Gesundheit wird von biologischen, psychologischen, sozio-ökonomischen, sozio-kulturellen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Eine nachhaltige Reduktion der Inzidenz und Prävalenz von psychischen Störungen kann deshalb nicht nur durch gesundheitspolitische Entscheide erreicht werden, sondern muss von einer generellen Politik gestützt werden. Diese soll Rahmenbedingungen schaffen, die positiv auf eine soziale, schulische und berufliche Integration der Bevölkerung einwirken.

Die dafür notwendigen übergeordneten Überlegungen sind im vorliegenden Strategieentwurf dargestellt. Im ersten Teil A sind die konzeptuellen, wissenschaftlichen und statistischen Grundlagen über psychische Gesundheit und Krankheit zusammengefasst. Schliesslich wird eine Bilanz gezogen und der Handlungsbedarf sowie Lösungsansätze zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit werden aufgezeigt. Dieser Teil bildet den Referenzrahmen der Strategie. Im zweiten Teil B werden zehn Empfehlungen für einen Aktionsplan mit einem kurz- und mittelfristigen Zeithorizont von insgesamt zehn Jahren vorgeschlagen. Im dritten Teil C wird ein Umsetzungskonzept skizziert. Es wird ein Vorgehen in gemeinsamer oder getrennter Zuständigkeit angestrebt. Diese drei Teile sollen so zu einer kohärenten Strategie führen. Sie soll nicht nur zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung beitragen, sondern auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Angebote verbessern. Dadurch können mittel- und langfristig indirekte und direkte Kosten gebremst werden, die als Folge von psychischer Belastungen und Krankheiten entstehen. Im letzten Teil D wird die Strategie unter anderem anhand von Beispielen innovativer Praxis illustriert. Ausgehend von der überarbeiteten Strategie werden Bund und Kantone voraussichtlich Ende 2004 die Ziele für die nächsten Jahre vereinbaren.

1.2 Ziele der Strategie

Die Strategie psychische Gesundheit richtet sich an Entscheidungsträger der Politik, Behörden des Bundes und der Kantone, Fachorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie an Betroffenen- und Angehörigenorganisationen, die sich mit psychischer Gesundheit und Krankheit befassen und bereits erfolgreich tätig sind. Sie wurde mit der Legislaturplanung des Bundes für die Jahre 2004 - 2007 sowie mit den relevanten gesetzlichen Bestimmungen abgestimmt.

Bund und Kantone sollen in Zusammenarbeit mit ihren Partnern in Gesundheit, Bildung und Wirtschaft diese allgemeinen Empfehlungen im Aktionsplan nach regionalen Bedürfnissen konkretisieren, damit die nachstehenden Ziele über einen Zeitraum von zehn Jahren erreicht werden können:

¹ Public Health oder Öffentliche Gesundheit ist eine organisierte Anstrengung zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung. Sie verbindet Empirie, Konzepte und Methoden, welche sich an die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung in Form von kollektiven oder sozialen Aktionen richtet. Programme, Leistungserbringer und andere involvierte Institutionen bekräftigen die Prävention von Krankheiten und stärken die Gesundheit der gesamten Bevölkerung. Aktionen können bei Veränderungen der Technik und der sozialen Werte wechseln. Die Ziele bleiben aber unverändert: Häufigkeiten von Krankheiten, frühzeitiger Tod und krankheitsbedingte Belastungen oder Behinderungen in der Bevölkerung zu reduzieren. Öffentliche Gesundheit ist deshalb eine soziale Institution, eine Disziplin und eine Praxis. (WHO, Genf, Glossar: www.iime.org/glossary.htm)

Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz

- Verbessertes Bewusstsein über den Wert psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- Grössere Zufriedenheit bei Menschen, die sich psychisch krank fühlen, und weniger Burnout bei den Fachleuten
- Erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken

Für die Erreichung dieser Ziele wurden im Aktionsplan zehn Empfehlungen definiert, welche zu vermehrter Vernetzung anregen, vorhandene Potenziale stärken und festgestellte Lücken schliessen sollen:

1. Nationale und internationale Koordination und Kooperation
2. Wahrnehmung des Problems; kontinuierliches Monitoring und Synthese vorhandener Daten
3. Multisektoriale Koordination
4. Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten
5. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit
6. Früherkennung von psychischer Krankheit; Frühintervention zur Erhaltung der schulischen und beruflichen Integration; Invaliditätsprävention
7. Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenhilfe; Unterstützung der Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen
8. Qualitätsentwicklung in der Angebotskette zur Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Krankheiten
9. Anpassung der Gesetzgebung
10. Nachwuchsförderung von SpezialistInnen in Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit; Ausbau von Forschung und Entwicklung

Koordinierte Aktionen zwischen den einzelnen Akteuren innerhalb dieser zehn Empfehlungen dienen der Gesamtbevölkerung sowie Bevölkerungsgruppen mit vermehrten Risiken und psychisch Krankheiten oder Behinderungen in allen Lebensphasen.

1.3 Strategieentwicklung

Positive Erfahrungen mit der Drogen- und HIV/AIDS-Politik und die Notwendigkeit, Gesundheitsprobleme der Bevölkerung rechtzeitig zu erkennen und vorausschauend zu steuern, veranlassten Bund und Kantone, eine Struktur für eine nationale Gesundheitspolitik zu schaffen. Dafür wurde das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz im November 1998 als gemeinsame Initiative der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) lanciert. In einer nationalen Konferenz vom Mai 2000 in Freiburg haben Regierungsverantwortliche von Bund und Kantonen die psychische Gesundheit als eines von drei Themen gewählt, um in gemeinsamer Verantwortung zwischen Bund und Kantonen eine Gesundheitspolitik in diesem Bereich zu entwickeln. Die Projektleitung Nationale Gesundheitspolitik Schweiz wurde damals beauftragt, politische Entscheidungsgrundlagen dafür zu erarbeiten.

Dank spezifischen Analysen und Auswertungen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP), nationalen und internationalen

Fachpublikationen, sieben durchgeführten Arbeitstagen und der Expertise von temporär eingesetzten Begleitgruppen kann die Strategieentwicklung am aktuellen Wissen und an innovativen Prozessen innerhalb der Schweiz anschliessen (vgl. Anhänge I-V). Die Zusammenführung verschiedener Informationen, unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen, die Nähe zum Gegenstand und der partizipative Entwicklungsprozess werden den multifaktoriellen Bedingungen psychischer Gesundheit gerecht (Jenkins, McCulloch, Friedli, Parker, 2000).

Die vorliegende Strategie stützt sich überdies auf die europäischen Menschenrechtskonvention und die UNO-Menschenrechtspakte, die von der Schweiz rechtsgültig anerkannt sind, sowie auf die schweizerische Bundesverfassung ab. Letztere verlangt Strukturen und Rahmenbedingungen, welche allen eine bestmögliche soziale, schulische und berufliche Integration erlauben sowie die Chancengleichheit und Autonomie des Einzelnen fördern.

Folgende Themen, die ebenfalls Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen, wurden im Rahmen der Strategieentwicklung kaum inhaltlich bearbeitet:

- Die Strategie für Sucht- und Drogenpolitik gehört in die Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und ist in der Umsetzungsphase bzw. in der Neuplanung des Massnahmenplans Sucht (MaPaSu).
- Gender- und Umweltaspekte konnten in dieser ersten Entwicklungsphase noch nicht bearbeitet werden. Sie müssen im Verlauf der Umsetzung berücksichtigt werden.
- Sexualität ist teilweise in der HIV/AIDS-Strategie des BAG enthalten.
- Geistige Behinderung liegt in der Zuständigkeit des Sozial- und Bildungswesens der Kantone.
- Spiritualität/Sinnfindung im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ist in der Schweiz kaum dokumentiert.
- Aspekte der therapeutischen Wirksamkeit der forensischen Psychiatrie.

1.4 Kurzer Überblick über die einzelnen Kapitel

Kapitel 2: Einleitend werden in diesem Kapitel die Begriffe der psychischen Gesundheit und Krankheit geklärt. Im Anschluss daran sind die Grundwerte ausgeführt, die der Strategie zugrunde liegen. Im vierten Teil des Kapitels werden die Herausforderungen an die psychische Gesundheit beschrieben, die sich jeder Generation und damit in verschiedenen Lebensphasen immer wieder aufs Neue stellen. Auf die Determinanten psychischer Gesundheit, die für die Stossrichtung der Strategie richtungsweisend sind, wird als Nächstes ausführlich eingegangen. Abschliessend werden die internationalen Trends zu Mental und Public Health kurz skizziert.

Kapitel 3: Zahlen geben Aufschluss über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und über die demografische Entwicklung. Auf das Ausmass möglicher Folgen psychischer Erkrankungen wie zum Beispiel Depression, Beeinträchtigung von Leistungs- und Arbeitsfähigkeit / IV-Berentung wird anschliessend hingewiesen. Mit einem Beitrag zur Lebensqualität als neuem, integrativem Konzept, das auch für chronisch psychisch Kranke von Bedeutung ist, schliesst dieses Kapitel.

Kapitel 4: Im ersten Teil dieses Kapitels werden Angebote der Gesundheitsförderung/Prävention, der Freiwilligenarbeit, der Mitbestimmung, der Rehabilitation, Angebote zur Selbsthilfe sowie psychiatrische Angebote kurz vorgestellt. Die Zunahme der Inanspruchnahme dieser Angebote wird in der Folge anhand verfügbarer Zahlen belegt. Schliesslich werden dringende Herausforderungen genannt, denen sich die Leistungserbringer heute stellen müssen.

In den weiteren Unterkapiteln wird, soweit möglich, über die Kosten für den Schutz und die Förderung psychischer Gesundheit, die Kosten und die Finanzierung der ambulanten und stationären psychiatrischen Versorgung sowie über die volkswirtschaftlichen Folgekosten psychischer Störungen berichtet.

Kapitel 5: Hier wird aus den vorausgegangenen Kapiteln Bilanz gezogen und der Handlungsbedarf und Lösungsansätze zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit werden abgeleitet.

Kapitel 6: In diesem Kapitel findet sich das Kernstück der Strategie: die 10 Empfehlungen zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Wohnbevölkerung der Schweiz sind nach Ausgangslage, Zielsetzung, Aktionen, Prioritäten/Meilensteinen, Kompetenzen/Zuständigkeiten und Indikatoren der Zielerreichung gegliedert.

Kapitel 7: Hier werden die Zuständigkeiten, die Prioritäten, das Konzept zur Unterstützung und die Finanzierung der Umsetzung sowie die Evaluation skizziert.

Tabelle 1: Struktur der Strategie

TEIL A Referenzrahmen	TEIL B Aktionsplan	TEIL C Skizze Umsetzung
<ul style="list-style-type: none"> • Konzeptuelle Grundlagen • Daten /Fakten zu: <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychische Gesundheit / Krankheit ○ Angebote / Inanspruchnahme ○ Kosten / Finanzierung ○ Bilanz, Handlungsbedarf und Lösungsansätze 	10 Empfehlungen mit: <ul style="list-style-type: none"> • Ausgangslage • Zielen • Aktionen • Meilensteinen / Prioritäten • Kompetenzen / Zuständigkeiten • Beispielen von Indikatoren zur Zielerreichung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zielvereinbarung von Bund und Kantone • Massnahmen zur Unterstützung der Umsetzung • Finanzierung