

## *Interview:* Versorgungssicherheit hat höchste Priorität

Mehrwöchige oder gar mehrmonatige Wartezeiten, volle Stationen, anspruchsvolle Krankheitsbilder: Wie können unsere Häuser zur Versorgungssicherheit beitragen, und wo stossen wir an unsere Grenzen? Ursula Beck, Dipl. Pflegefachfrau und Leiterin des Triageteams der Clienia Schlössli, unterhält sich darüber mit Elke Broos, Leitende Ärztin der Clienia Gruppenpraxis Oerlikon, und Juliane Günther, Leitende Ärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Clienia Littenheid.

**Sie arbeiten in drei unterschiedlichen Bereichen und Funktionen. Was fällt Ihnen zum Stichwort «Versorgungssicherheit» spontan ein?**

**Juliane Günther:** Die stationäre Versorgung bei Kindern und Jugendlichen läuft über die Clienia Littenheid. Ich bin für die Triage der Notfalleintritte zuständig. In dieser Funktion entscheide ich, wen

wir aufnehmen können und auf welcher Station unseres Zentrums.

**Ursula Beck:** Im «Schlössli» klärt ein Triage-Team ab, wen wir wo und wie rasch aufnehmen können und auch, ob die Psychiatrie überhaupt indiziert ist oder ob allenfalls ein somatisches Spital oder eine andere Institution für den jeweiligen Fall passender wäre.

**Elke Broos:** In den Gruppenpraxen, wie bei uns in Oerlikon, gibt es überwiegend ärztliche Zuweisungen, aber auch Personen, die sich selber anmelden. Ich triagierte zwischen psychologischer und psychiatrischer Psychotherapie. Seit 1. Januar 2023 stehen unsere Praxen unter jeweils doppelter Führung. Aus unserem sehr breiten Spektrum an therapeutischen Verfahren versuche ich, den passenden psychotherapeutischen Schwerpunkt mit dem Anliegen der erkrankten Person zusammenzubringen.

**Gibt es Erkrankte, denen wir keinen Platz anbieten können?**

**Elke Broos:** Wenn das Leiden zu komplex ist, sozialpsychiatrische oder spezialisierte Angebote im Gruppensetting erforderlich sind oder regelmässige Begleitung durch Fachpersonen aus der

Juliane Günther





v. l. n. r.: Elke Broos, Juliane Günther und Ursula Beck

Sozialarbeit oder Pflege, dann können die Gruppenpraxen nicht helfen. Auch nicht, wenn eine Notfallsituation absehbar ist, zum Beispiel bei suizidalen Personen.

**Juliane Günther:** Wir stehen für eine gute Notfallversorgung, zusammen mit den anderen Kliniken

nen des Erwachsenenbereiches auf der Station behandelt, aber fachärztlich von den kinder-/jugendpsychiatrischen Fachpersonen. Das war nicht nur organisatorisch, sondern auch in der Behandlung herausfordernd. Da wir im Zentrum nur über eine beschränkte Anzahl an Intensivzimmern

## «Wir müssen die ambulanten Systeme tragfähiger machen.»

Juliane Günther

aus unserem Versorgungsgebiet. Wir haben letztes Jahr eine dritte fakultativ schliessbare Station eröffnet, dies hat die Lage etwas entspannt. Bis dahin mussten wir oft auf den Erwachsenenbereich ausweichen, bis es Platz auf einer kinder-/jugendpsychiatrischen Station gab. Diese Jugendlichen wurden dann von den Assistenzärzten und -ärztin-

verfügten, die zu behandelnden Kinder und Jugendlichen aber vermehrt diesen geschützten Rahmen benötigen, weichen wir ab und zu immer noch auf den Erwachsenenbereich aus. In der Zwischenzeit haben wir aber auch diese Kapazitäten erweitert. Seit ein paar Jahren kommen immer jüngere Kinder mit immer heftigeren Krisen zu uns.

Manchmal haben wir sehr viele Ein- und Austritte an einem einzigen Tag. Das ist für alle Beteiligten anspruchsvoll und bringt Unruhe auf die Stationen. Da kommen die Teams an ihre Grenzen.

**Ursula Beck:** Was macht ihr mit Patienten und Patientinnen aus dem Kanton Zürich? Bei Anfragen für ein Kinder- und Jugendpsychiatrieangebot empfehlen wir oft euren Standort.

**Juliane Günther:** Wir haben auch einen Versorgungsauftrag für Zürcher Jugendliche.

### An welche Grenzen stossen Sie noch?

**Juliane Günther:** Wenn stationäre Patienten und Patientinnen vor dem Klinikeintritt in keiner ambulanten Behandlung waren, ist es fast unmöglich, nach Austritt eine schnelle Nachbetreuung zu finden, und die Wartelisten sind sehr lang. Da sehe ich eine gefährliche Versorgungslücke.

**Elke Broos:** Wir nehmen Patienten und Patientinnen gemäss unseren freien Behandlungskapazitäten



Ursula Beck

Diese nehmen wir nach unseren Möglichkeiten auf. Wenn dies nicht geht, müssen sie im Kanton Zürich platziert werden. Mit den Zürcher Kliniken arbeiten wir in der Versorgung eng zusammen.

**Ursula Beck:** Das Wichtigste für die Anrufenden ist wohl, überhaupt zu verstehen, wo sie Hilfe bekommen. Nicht allen sind die Notfallkaskaden, die Vertragskantone oder die vier Psychiatrieregionen des Kantons Zürich geläufig. Die Anfragen sind in den letzten zweieinhalb Jahren in allen Bereichen angestiegen.

schnellstmöglich auf, aber es bedeutet oft einen Zusatzaufwand: Uns fehlen Daten, Krankenakten, wir müssen vieles aufarbeiten, und natürlich haben die Patientinnen und Patienten auch Präferenzen, wohin sie zur Nachbehandlung gehen möchten. Der Weg darf nicht zu weit sein. Unser erklärtes Ziel wären Wartezeiten von maximal vier Wochen, aber im Moment sind wir bei über zehn.

**Juliane Günther:** Wir stossen auf Wartezeiten von bis zu sechs Monaten. Das ist viel zu lang. Die Kantone versuchen das mit so genannten Krisen-



interventionsteams zu überbrücken. Im Thurgau organisiert dies der kinder-/jugendpsychiatrische Dienst, in Zürich gibt es das Live-Projekt.

**Elke Broos:** Kontinuität über die verschiedenen Behandlungsstufen ist für den Therapieerfolg elementar.

**Ursula Beck:** Diese Wartezeiten generieren neue Notfallsituationen. Sie führen dazu, dass Erkrankte wieder in eine Krise geraten und erneut hospitalisiert werden, bevor sie überhaupt einen Nachsorgetermin wahrnehmen konnten. Wir können die Lage immerhin mit der Notfallsprechstunde des Clenia Psychiatriezentrums in Wetzikon etwas abfedern.

haben keine Bleibe, die kann man nicht vertrösten, bis man ein freies Bett findet. Der psychiatrische Notdienst via Ärztephon oder die SOS-Ärzte sind da meistens die erste Anlaufstelle. Ein gewisses soziales Netz kann ebenfalls hilfreich sein.

**Ursula Beck:** Für mein Team ist es eine grosse Herausforderung, sich in kürzester Zeit am Telefon ein Bild über die Dringlichkeitsstufe zu machen. Es gibt kein «Schema X». Jeder Fall wird individuell eingeschätzt. Akute Gefährdungsaspekte sind aber primär massgebend. Unsere Lösungsansätze müssen sich permanent in die «Breite» entwickeln, um ein passendes Angebot zu finden. Das kann

## *«Eine gute Triage funktioniert nur, wenn das Folgesystem nicht überlastet ist.»*

Ursula Beck

**Juliane Günther:** Unsere Psychotherapiestationen im Jugendbereich haben Wartezeiten von bis zu sechs Monaten. Voraussetzung für die Aufnahme sind Indikationsgespräche, in denen unter anderem die Therapiebereitschaft geklärt wird. Die Behandlung dauert in der Regel bis zu drei Monaten. Die Nachfrage ist höher als das Angebot an Plätzen.

**Wie entscheiden Sie denn bei dermassen knappem Angebot, wie dringend eine Intervention ist?**

**Elke Broos:** Nicht einmal Akut- oder Kriseninterventionsstationen haben garantiert am gleichen Tag ein freies Bett. Manchmal braucht es bereits eine «Brücke», damit jemand die Nacht bis zum Klinikeintritt übersteht. Da bräuchte es verfügbare Ansätze wie Hometreatment, eine Nachtklinik oder ähnliches. Manche Personen sind in grosser Not,

auch mal eine Empfehlung für den Kontakt zum Sozialdienst, der Dargebotenen Hand oder einer Opferschutzstelle sein. Das Wichtigste ist, Betroffenen so schnell wie möglich mit einem nächsten Schritt eine Perspektive zu eröffnen.

**Elke Broos:** Das schätze ich an der Zusammenarbeit mit deinem Team. Du fragst immer sehr genau nach, und dein gut vernetztes Wissen über die Angebotsvielfalt ist für uns extrem hilfreich.

**Juliane Günther:** Wie ist das denn im Kanton Zürich mit diesen Regionen? Welche Klinik ist am Schluss aufnahmepflichtig?

**Ursula Beck:** Der Kanton Zürich ist in vier Psychiatrieregionen mit jeweils einer oder zwei Kliniken aufgeteilt. Jede Region ist für die entsprechenden Gemeinden zuständig. Dies gibt den Zuweisenden mehr Klarheit für Notfallzuweisungen. Natürlich muss man dazu sagen, dass dies die gesetzliche Grundlage der freien Klinikwahl in gewisser Weise

tangiert. Aber für die Zuweisenden ist es eine grosse Entlastung, zu wissen, dass ein einziger Anruf in die zuständige Region ausreicht, um das Notfallprozedere einleiten und abgeben zu können. Für elektive Eintritte oder die Privatstationen kann immer auch überregional angefragt werden.

**Elke Broos:** In gewissen Symptomkonstellationen ist die Wahl auch nicht förderlich. Wenn es einfach dringlich eine Akutbehandlung braucht, gibt es die in jeder dieser Kliniken.

**Selbst wenn ein Bett verfügbar ist, braucht es ja auch Personal, um dieses tatsächlich zu belegen. Was bedeutet für Sie der Engpass in der Pflege?**

**Ursula Beck:** Eine gute Triage funktioniert nur, wenn das Folgesystem nicht überlastet ist. Wir sehen oft überbelegte Stationen, Personalmangel und einen Anstieg der Notfallzuweisungen. Lösungen zu finden ist oft sehr ressourcenaufwendig.



Elke Broos



# «Kontinuität über die verschiedenen Behandlungsstufen ist für den Therapieerfolg elementar.»

Elke Broos

**Juliane Günther:** Es gibt den politischen Willen, es gibt Geld, um Stationen aufzubauen, aber wenn das Personal fehlt, um sie zu betreiben, geht der Plan nicht auf.

**Elke Broos:** Es wirkt sich sicher positiv aus, wenn sich Mitarbeitende gefördert, wertgeschätzt und willkommen fühlen.

**Juliane Günther:** Klar, aber wenn die Belastung zu hoch ist, nützt das allein nichts mehr. Ich rede da von Überbelegungen, hohem Durchlauf, sehr hoher Grundanspannung.

**Elke Broos:** Eine Steigerung des Personalschlüssels würde helfen. Die Problematik beginnt aber viel früher: Wie schaffe ich einen Anreiz, dass Leute überhaupt einen Pflegeberuf erlernen? Dass sie nicht denken, «oh, da ist man unterbezahlt, wird kaum gefördert und hat viel zu viel zu tun»?

**Juliane Günther:** Unsere Teams sind interdisziplinärer ausgerichtet. Dies könnte helfen, den Engpass etwas zu entschärfen. Optimal wären 50% Pflegefachkräfte und 50% Sozialpädagogen und –pädagoginnen, was aber aufgrund der Bewerbungssituation nicht immer eingehalten werden kann. Wir haben auch einzelne Mitarbeitende im Pflorgeteam, die weder aus dem einen noch aus dem anderen Bereich kommen, etwa Fachpersonen Betreuung oder Leute, die in Stiftungen oder Heimen gearbeitet haben. Sie bringen andere Erfahrungen mit, und das kann sehr gut funktionieren.

**Elke Broos:** Dies erfordert regelmässige Begleitung und Supervision, könnte sich aber als hilfreich erweisen.

## Wie könnte man denn die Zukunft gestalten?

**Juliane Günther:** Ich sehe es ein bisschen kritisch mit diesem «Immer-Mehr». Ich habe zuvor in Graubünden gearbeitet, da hatten wir nicht so schnell eine Klinik zur Verfügung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich. Da reden wir manchmal von vier Stunden Anfahrt. Also musste man mehr dafür tun, dass das System zuhause komplizierte Situationen trägt. Die Zuweisung erfolgt viel schneller, wenn man die Psychiatrie quasi vor der Haustür hat. Wir müssen darum die ambulanten Systeme tragfähiger machen.

**Elke Broos:** Das Anordnungsmodell für Psychologen und Psychologinnen ist ein Schritt in die richtige Richtung. Ich sehe dem kritisch-positiv entgegen. Unsere Praxen werden neu doppelt geführt, also psychologisch und psychiatrisch. Die Kontinuität bleibt dennoch eine Herausforderung. Ein weiterer Weg eröffnet sich über die fortlaufende ärztliche Weiterbildung: realisiert auch in den Praxen, allenfalls ergänzt durch analoge psychologische Ausbildung und supervisiert durch Fachvorgesetzte.

**Ursula Beck:** Es braucht eine gute Informationskultur gegenüber den Zuweisenden, aber auch gegenüber der gesamten Bevölkerung, damit sie möglichst rasch an die richtige Stelle gelangen und keine Irrwege gehen müssen.

**Herzlichen Dank für das anregende Gespräch. ■**