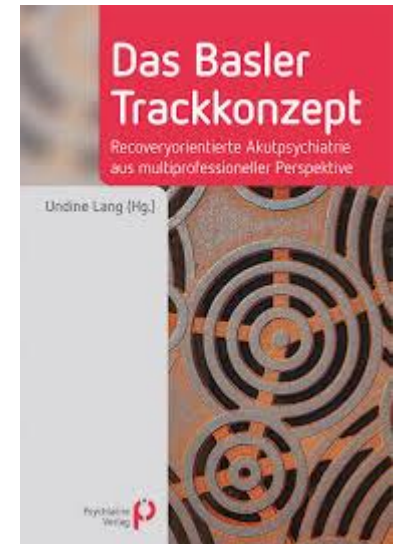


Das Track Modell in der Psychiatrie



Prof. Dr. Undine Lang
Wilhelm Klein Strasse 37
Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene und Privatklinik
Professorin an der Universität Basel
UPK Basel



Gliederung

- 1. Exkurs: Offene Psychiatrie**
2. Trackkonzept als Grundlage für eine Öffnung: Grundprinzip struktureller Aufbau
3. Konzeptionelle Veränderungen
4. Klinisches und wissenschaftliches Outcome

Zwang in der Psychiatrie

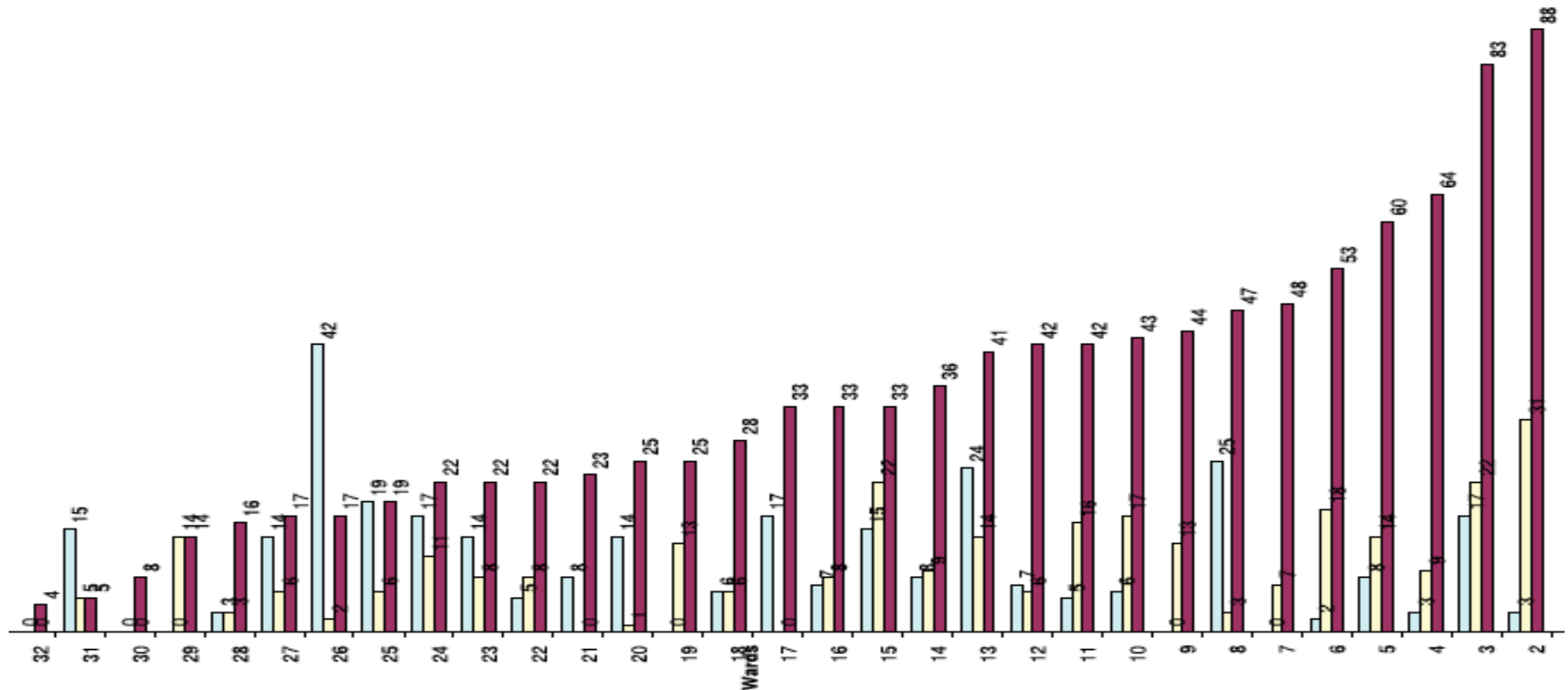
Öffnung und Empowerment. Peers. Kompetenzzentren und kollaborative Versorgung. Abbau Zwangsmassnahmen. Abbau Diskriminierung. Hometreatment. Zugang zu Ressourcen.

WPA, Lancet Psychiatry 2017

Allgemeine Aspekte von offenen Stationen

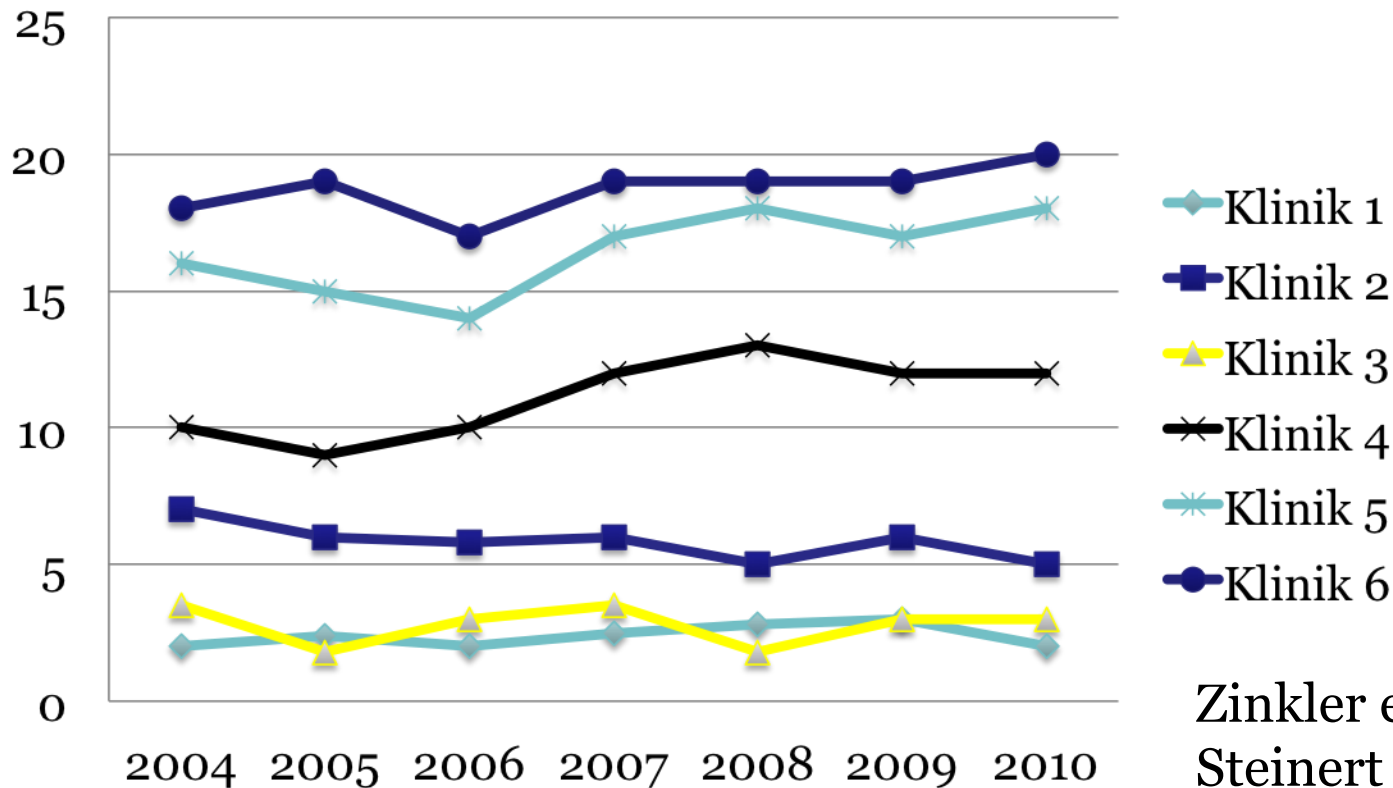
- › Offene Türen reduzieren Stigma, verbessern Atmosphäre und Akzeptanz psychiatrischer Behandlung [van der Merwe et al. 2009, Blaesi et al. 2015; Lo et al. 2017, Lang et al. 2010, Schneeberger et al. 2017].
- › Grosser Teil der Bevölkerung erkrankt psychisch, pauschale Sicherheitsmassnahmen erzeugen Barrieren [Lang 2016]
- › 80% der Psychose-Betroffenen erleben Ersteinweisung traumatisch; 38% posttraumatische Belastungsstörung im Zusammenhang mit der Einweisung [Tarrier 2007]
- › Keine randomisierten kontrollierten Studien über Nutzen und Schaden der psychiatrischen Unterbringungspraxis und Zwangsmaßnahmen [Martin et al. 2007, Husum et al. 2011, Steinert et al. 2007, Rittmansberger et al. 2004, Lang 2016]
- › Österreich / andere Länder [Rittmansberger et al. 2004]
- › Die lokale Tradition definiert, ob eine Person auf eine geschlossene Station aufgenommen wird [Hochstrasser et al. 2024]
- › Es ist umstritten, ob es sich bei Zwangsmassnahmen um Therapiemassnahmen handelt [Whittington et al. 2006].

Wie wirkt sich die fehlende Datenlage aus?



Husum 2010

Zwangsmassnahmen in Deutschland



Zinkler et al. 2010
Steinert et al. 2007

Allgemeine Aspekte von offenen Stationen

Türschliessungen können Risiken wie Suizide, Drogenkonsum, Gewalt oder Entweichungen nicht verhindern [Huber et al. 2016, Steinauer et al. 2020]

(Suizidversuche kommen auf geschlossenen Stationen häufiger vor) [Huber et al. 2016]

Das Setting der Therapie ist variabel, Betroffene profitieren gleichermassen von Tageskliniken wie Akutstationen, was Symptome, Zufriedenheit und Lebensqualität angeht [Kallert et al. 2007]

Kliniken ohne geschlossene Stationen weisen weder mehr Suizide noch mehr Entweichungen auf, die Behandlungsdauer ist länger und es werden effektiv mehr Patienten medikamentös behandelt

	Hospitals with locked wards (n=271 128)	Hospitals without locked wards (n=78 446)	p value
Self-endangering behaviour during treatment			
Self-injuring behaviour	2285 (0.9%)	673 (0.9%)	0.854
Suicide attempt	1283 (0.5%)	384 (0.5%)	0.890
Suicide	138 (0.1%)	47 (0.1%)	0.416
Absconding			
Patient returned	3256 (1.2%)	1145 (1.5%)	<0.0001
Patient not returned	1857 (0.7%)	465 (0.6%)	0.001

	Hospitals with locked wards (n=271 128)	Hospitals without locked wards (n=78 446)	p value
Psychopharmacological treatment			
Antipsychotics	134 070 (49.4%)	43 309 (55.2%)	<0.0001
Antidepressants	113 411 (41.8%)	38 845 (49.5%)	<0.0001
Benzodiazepines	81 725 (30.1%)	23 815 (30.4%)	0.090
Mood stabilisers	15 553 (5.7%)	4 846 (6.2%)	<0.0001
None	43 402 (16.0%)	8 219 (10.5%)	<0.0001
Treatment duration (days)	26.0 (31.2)	29.2 (33.0)	<0.0001

Huber et al. Lancet Psych. 2016

Öffnung geschlossener Stationen

- Die Öffnung geschlossener Stationen Rückgang von Gewalt und Zwangsmaßnahmen [Jungfer et al. 2014, Kowalinski et al. 2018, Lang et al. 2016, Lantta et al. 2016]
- In 21 psychiatrischen Krankenhäusern reduziert Öffnung Fixierungen und Isolationen [Schneeberger 2017]
- Gewaltereignisse, Entweichungen, selbstschädigendes Verhalten und *Non-Compliance* korreliert mit der Anzahl „geschlossener Stunden“ [Bowers et al. 2009, Baker et al. 2006, Cibus et al. 2015]
- Persönlichkeitsstörungen auf einer offenen Kriseninterventionsstation reduzieren sich Zwangsmaßnahmen, selbstschädigendes Verhalten und gewalttätige Vorfälle um bis zu 80% [Steinert et al. 2007, Berrino et al. 2011]
- Fixierung, Isolation, verschlossene Türen und Flucht sind belastend, fördern Klima der Kontrolle statt der Fürsorge [Muir-Cochrane und Gerace, 2016]
- Gewalt und Zwangsmassnahmen mit **Crowding**, wahllose Aufnahmen und Überbelegung korreliert [Ng et al. 2001, Palmstierna et al. 1991].

Prinzip offene Tür: wie werden Zwangsmassnahmen reduziert?

Die Vermeidung von Crowding [Bak et al. 2012, 2014, van der Schaaf et al. 2013]

Therapeutische Angebote [Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014]

Teamreflexion und Nahbarkeit [Bak et al. 2012, 2014, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012]

Erhalt der Privatsphäre und Bewegungsspielraum [Bak et al. 2012, 2014, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012]

Gute Stationsatmosphäre [Blaesi et al. 2015, Jungfer et al. 2014, Bak et al. 2012, 2014, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012]

Einbezug von Patienten [Bak et al. 2012, 2014, Boumans et al. 2012, Papadopoulos et al. 2012]

Übersicht Lang et al. 2016, Psych Prax;
Lang et al. 2017, R&P

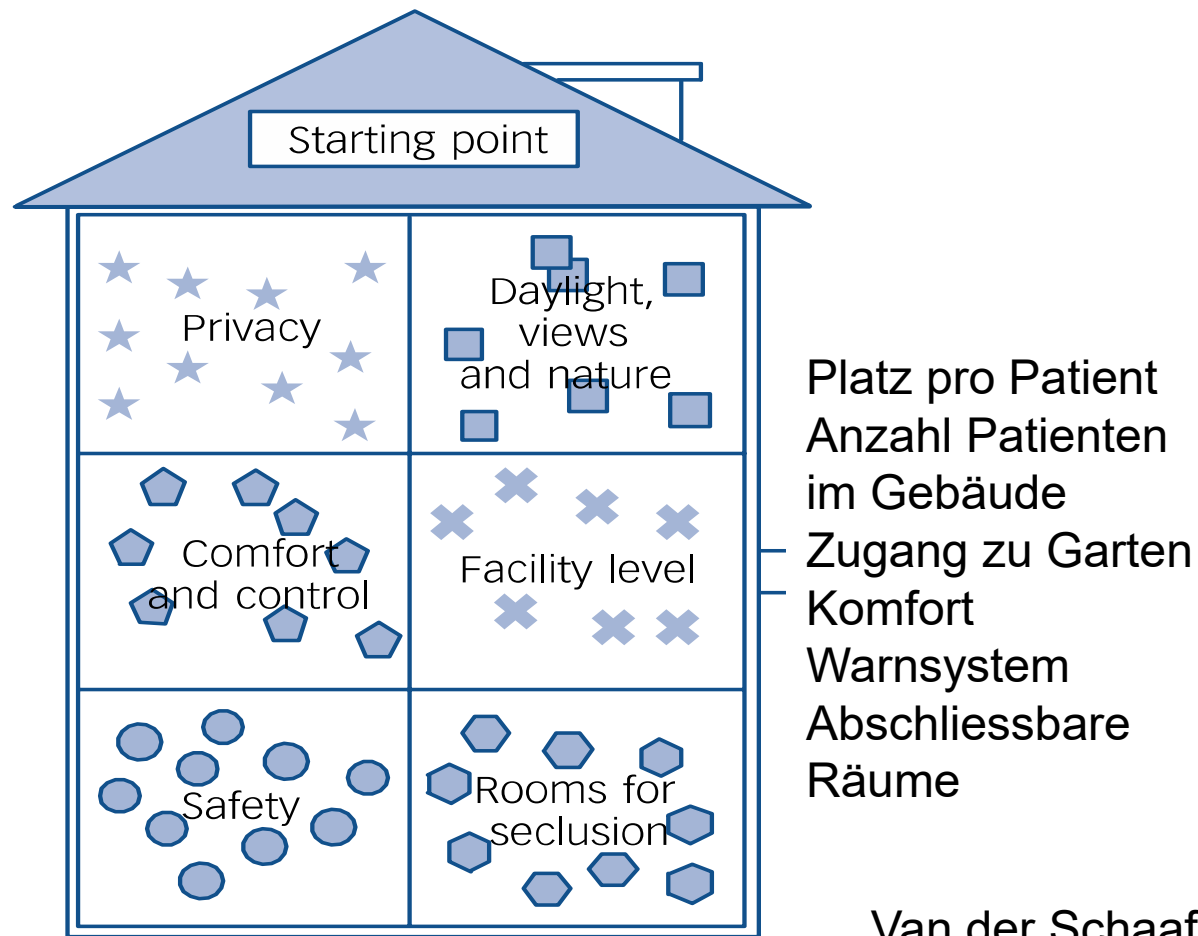
Einfluss der Öffnung auf die therapeutische Haltung

- › Behandlungskonzepte an Betroffene anpassen
- › Betroffene müssen nicht Anstrengungen unternehmen, sich anzupassen
- › Das Team verlagert den Auftrag vom Sicherheit und Kontrolle und Reaktion auf Ereignisse zu Fürsorge und Therapie und Aktion in der Behandlung
- › Strukturen werden nicht legitimiert, indem Symptome dramatisiert werden, das Erlebte wird integriert
- › Risiken relativiert, Verhaltensweisen normalisiert, Ressourcen aufgezeigt und aktiviert und das Lebenskonzept der Betroffenen unterstützt
- › Ist eine Klinik geöffnet, können Betroffene nicht ungefragt auf eine „geschützte“ Station aufgenommen werden
- › Soziale Unterstützung spielt wichtigere Rolle
- › Thema der Sicherheit relativiert sich
- › Betroffene mehr Autonomie und Verantwortung
- › Thema «Ausgang» dominiert nicht mehr die Visiten

Schutz der Individualität

- › Goffman soziologisches Dilemma, i.e. Institutionen erzwingen durch Kontrollmechanismen soziale Kontexte die **Identität** zerstören
- › Demütigung entsteht, weil persönlicher Besitz und Aktivitäten, die ein Gefühl der Meinhaftigkeit vermitteln, weggenommen werden [Goffman 1961]
- › Reaktionen der Betroffenen (Frustration, Aggression, Selbstschädigung) auf den Umstand der „totalen Institution“ als Zeichen der Krankheit interpretiert und weniger im Kontext der Umgebung
- › Kontrollmechanismen stehen im Gegensatz zur therapeutischen Haltung, die Ressourcen aufzeigen möchte, **Optionen schaffen** und eine nachhaltige Orientierung in das häusliche Umfeld und ambulante Setting.
- › Belastungserprobungen während einem stationären Aufenthalt im Vergleich zum Verbleib auf der Station die Wahrscheinlichkeit einer stationären Wiederaufnahme reduzieren, i.e. die Öffnung nach aussen ermöglicht eine nachhaltigere Behandlung [Ziltener et al. 2021]

Räumliche Auslöser auf Zwang Normalität vor Sicherheit

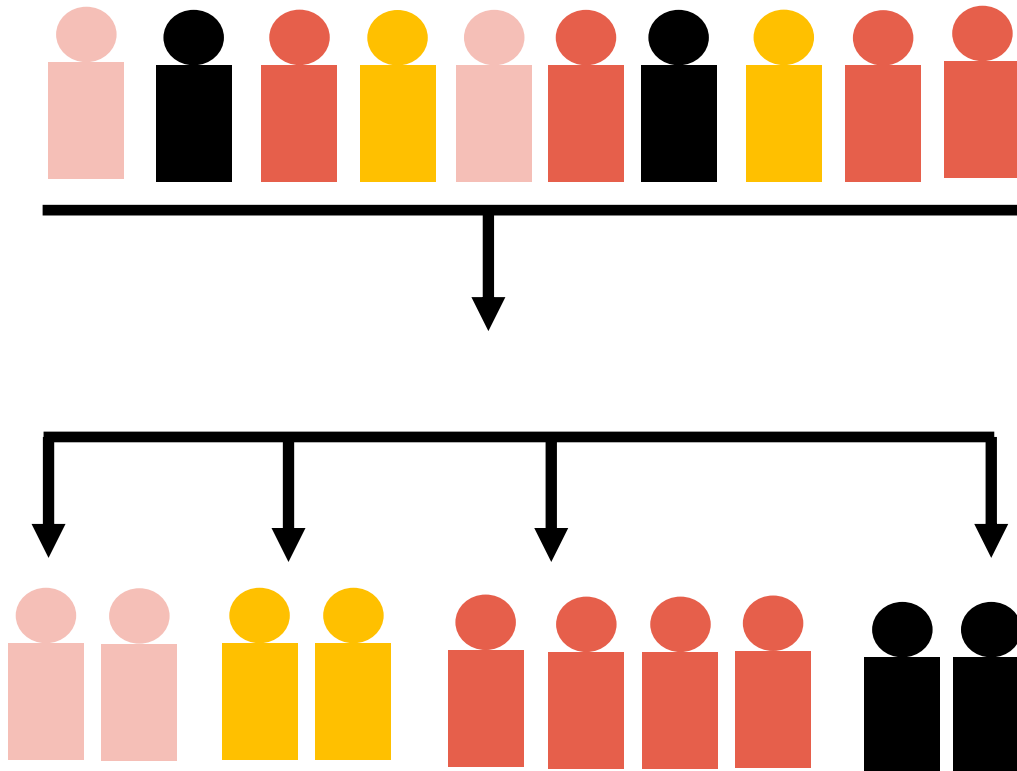


Van der Schaaf et al. 2013

Gliederung

1. Exkurs: Offene Psychiatrie
2. **Trackkonzept als Grundlage für eine Öffnung: Grundprinzip struktureller Aufbau**
3. Konzeptionelle Veränderungen
4. Klinisches und wissenschaftliches Outcome

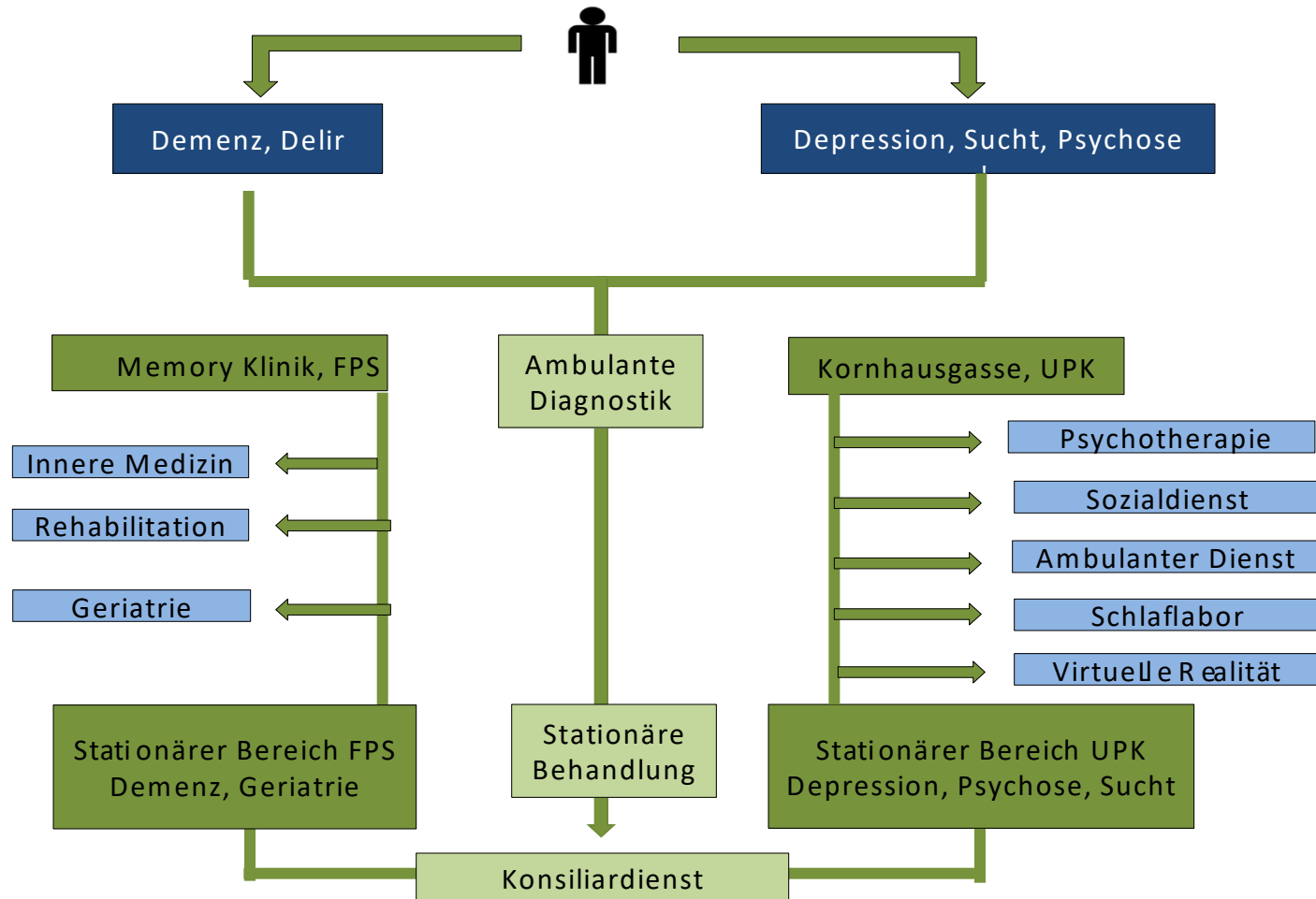
Das Basler Trackmodell als Behandlungsmodell in der Psychiatrie



Diagnosenspezifische Tracks
Modulare Psychotherapie
Evidenzbasierung
Krisenmanagement
Behandlung beim Experten
Verlegungen reduziert
Assessment professionalisiert
Team-Supervisionen
Einzelbetreuungen
Reduktion Isolationsräume (18/4)
Peers, Behandlungsbeirat, Ethik,
Beschwerdemanagement

Trackmodell Alterspsychiatrie

Kooperationsmodell Felix Platter Spital/Universitäre Psychiatrische Kliniken (seit Herbst 2016)



Trackkonzept Borderline Persönlichkeitsstörung

Die Versorgung von 50% der suizidalen Krisen erfolgt
auf einer offenen Kriseninterventionsstation im Universitätsspital
Dieses Vorgehen
reduziert Zwangsmassnahmen bei diesem Klientel um 85%,
selbstschädigendes Verhalten auf die Hälfte,
Wiedereintritte und Retraumatisierungen reduzieren sich
Die Rehospitalisierungsrate wird um das 7-fache reduziert
Unterbringungen gegen den Willen der PatientInnen verringern sich um 70%

Deshalb hat die SGPPN 2018 in den Behandlungsleitlinien
dieses Vorgehen als Standard definiert

Steinert et al. 2008, Berrino et al. 2011, Euler et al. 2018

Ausrichtung des Angebots nach bestehenden und sich verändernden Patientenströmen

2012 Etablierung eines Notfalls/ Zentrale Aufnahme, durch den alle PatientInnen eintreten und zentral eine Diagnostik erfolgt um korrekt zuzuweisen

2012 eine zusätzliche offene Depressionsabteilung (ehemalige geschlossene Akutabteilung)

2013 eine Verhaltenstherapiestation für Angst und Zwangserkrankungen

2013 neue Schwerpunktlegung im Suchtbereich, Öffnung beider Suchtstationen

2013 Reorganisation der Ambulanzen und Etablierung einer Walk-In Ambulanz

2014 Depression im Alter, Öffnung einer alterspsychiatrischen Station mit tiefenpsychologischem Ansatz, spezifische Depressionsbehandlung für ältere Menschen

2015 offene Kriseninterventionsstation im Universitätsspital für PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen)

2016 Öffnung Psychosebereich und Etablierung metakognitives Training und Recovery Konzept, Etablierung Safe-Wards Konzept

2017 Tagesklinisches Konzept Depressionsabteilungen und Psychoseabteilungen

2019 Etablierung einer offenen Abteilung für Psychose im Alter (Triage Demenz/Delir in ein somatisches Spital, mit dem ein Kooperationsvertrag entsprechend vereinbart wurde)

2019 Aufbau einer Verhaltenssuchtabteilung und Start eines Hometreatments

Gliederung

1. Exkurs: Offene Psychiatrie
2. Trackkonzept als Grundlage für eine Öffnung: Grundprinzip struktureller Aufbau
- 3. Allgemeine konzeptionelle Veränderungen**
4. Klinisches und wissenschaftliches Outcome

Veränderter Teamfokus

- Fokus vom Team auf das, was für Betroffene getan werden kann, nicht was sie unterlassen sollten
- Fokus auf Stärkung von Ressourcen statt Reduktion von Symptomen
- **Selbstwirksamkeit des Behandlungsteams**, eigenen Werten in der Therapie, mehr Erfolg, Kreativität und Autonomie, höhere Patient:innenzufriedenheit und Stationsatmosphäre
- Das Team muss sich trauen dürfen, individuelle Entscheidungen zu treffen
- **Sicherheit im Team**, Vertrauen von Klinikleitung, kein „Finger-Pointing“, (autoritäre Haltung erhöht Risiko von Zwangsmassnahmen und Komplikationen)
- Möglichst wenig Reglemente und Weisungen: erhöhte Konfliktbereitschaft beim Pfl egeteam, wenn eine autoritäre Atmosphäre herrscht [Watkins 1979, Lutzen 1990]
- Zwangsmaßnahmen sinken, wenn ein liberales Klima herrscht [Gaebel et al. , Bak et al. 2012, 2014, Boumans, Lang et al. 2016]

Auftrag des Helfens stärken, Empowerment Patient:innen erhöhen

- **Auftrag des Helfens** bereichernd, wenn, „auffälliges“ Verhalten als normal begriffen werden kann
- Betroffene validieren und empowern, den Lebensentwurf der Betroffenen, ihre Wahrnehmung der Welt, ihren eigenen Entwurf ihrer Biografie und ihrem Ansatz, wie viel Sicherheit oder auch etwa Abstinenz sie anstreben, zu folgen und sie dabei zu unterstützen
- Betroffene fragen, ob Wünsche bestehen, wie man helfen kann, welche Ressourcen vorhanden sind und wie man diese fördern kann
- Psychotherapeutische Konzepte auf allen Abteilungen (v. a. Acceptance Commitment Therapie)
- Reklamationsmanagement
- Ethikkonsile
- Patientenbeirat etc.

Patientenbefragung in Basel

Mit 9 von 10 Punkten auf einer Likert-Skala betonten die Patient:innen, wie wichtig es ist, auf einer Station mit offenen Türen behandelt zu werden (n=544, 90,2)

21,0 % der Befragten, freiwillig auf geschlossene Station

Eingeschränkte Freiheit und ein Gefühl der Enge (n=89)

Bewegungseinschränkungen, Gefühle des Eingesperrtseins, Verlust der Autonomie, eingeschränkte Selbstbestimmung und fehlende Freiheit, nach draußen zu gehen

Angst und negative psychologische Auswirkungen (n=49)

Angst vor dem Eingesperrtsein, Gefühle der Machtlosigkeit, psychologische Auswirkungen, Depressionen, Ängste, Auslöser für traumatische Erlebnisse und den Verlust von Selbstvertrauen und Selbstverantwortung

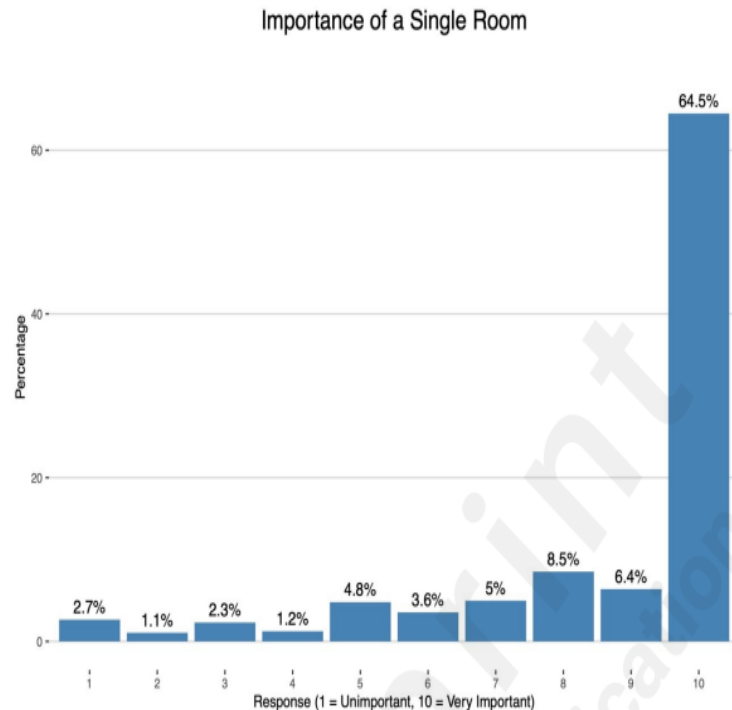
Einschränkung des Kontakts zu Familie und Freunden (39)

Probleme bei der Kontaktaufnahme mit Familienmitgliedern, Einschränkungen bei Besuchen und Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit der Außenwelt

negativer Einfluss auf den Heilungsprozess (n=23)

Liwinski et al. 2025, JMIR

Patientenbefragung in Basel



604 Antworten (Rate: 19.1%)

Einzelzimmer wird von 64% als sehr wichtig erachtet (10/10 Likert scale)

49% (282) Probleme mit Zimmer
Privatsphäre, fehlende Rückzugsmöglichkeiten,
Schlafqualität

Wichtig ist auch **Zugang zum Park (74%, 10/10)**,
Zugang zu Aktivitäten (75%, 10/10)

64% Integration ältere Menschen

59% diagnosenspezifische Behandlung

54.1% präferieren stationär, 15.9% Tageskliniken

17.8% ambulante Behandlung. Alternative
Behandlungsmodelle wie Hometreatment (8.4%),
Nachtkliniken (2.8%) und Telemedizin (1.1%)
werden weniger präferiert

Davidson et al. 2025, JMIR

Kontrolle reduzieren

Studie in Schweden: 73% der Akutstationen geschlossen, ein Drittel keine untergebrachten Patient:innen, 40% lediglich eine Person [Haglund et al. 2007]

stärkste Prädiktor von aggressivem Verhalten in 39% der Fälle die Interaktion von Team und Patient war und zwar im Sinne einer Restriktion bzw. Verweigerung eines Patientenwunsches [Papadopoulos et al. 2012]

restriktives Setting führt weniger zu Sicherheit als Gewalt [Hewison 1995, Finnema et al. 1996, Muir-Cochrane und Harrison 1996, Whittington und Wykes 1996, Lanza 1988, Nijman et al. 1997, Morrison 1989, 1994]

Kontrollmechanismen im Widerspruch zur therapeutischen Beziehung

Teufelskreis, weil nichts passieren darf, wird kontrolliert und weil kontrolliert wird, entstehen Risiken: ängstliches Klima

Regeln erhalten sich, weil sie basierend auf Ausnahmen etabliert werden

Wenn das Team flexibler und nahbarer reagieren darf, mehr Handlungsspielraum und mehr Akzeptanz

Mikromanagement paralyisiert die Behandlungsteams

Teufelskreis zwischen Gewalt und Gegengewalt: je mehr Kontrolle desto mehr Gewalt

Personal Kontrolle

Ausgänge
Weckzeiten
Therapieteilnahme
Medikamenteneinnahme
Besuchszeiten
Freizeitgestaltung
Kleidung
Hygiene
Zugang zu Nahrungsmitteln,
Sport, Garten, Telefon,
Zigaretten, Fernsehen
Sprechzeiten
Abnahme von Besitz
Patientenaufnahme in engen
Räumen unter hoher Präsenz

Angst

Patientin/Patient:

**Frustration: Wut:
Rebellion**

Rauchen im Zimmer
Zündeln
Zerstören von
Gegenständen
Bedrohung
Aggressive Übergriffe

Angst

Haltung zu Aggression

internales Modell: Biologie der Erkrankung als Ursache für Aggression, externes Modell: Umweltfaktoren [Hahn et al. 2006, Morrison 1998]

Überfüllung der Station, fehlende Therapieangebote, unbefriedigte Grundbedürfnisse Art der Interaktion, Frustration [Whittington und Wykes 1994]

Aggression: Verletzungen Patient:innen und Personal und Burn Out beim Personal [Bowers et al. 2006, Hunter und Carmel 1989]

Burn Out beim Pflegeteam resultiert aus aggressivem Verhalten (75% der Pflegekräfte werden im Verlauf der Arbeitszeit angegriffen [Poster 1996]

Burn Out Symptome begünstigen das Auftreten von Aggressionen [Bowers et al. 2009, Decaire et al. 2006]

Rollenkonflikte und Entscheidungsdilemmata erzeugen Angst und entfernen das Pflegeteam von ihren Werten [Dawson et al. 1988]

psychiatrische Pflegeteams höheren Angstwert [De Lucio et al. 2000]

Das externe Modell breites Spektrum an Interventionsstrategien

Angebote schaffen und modifizieren

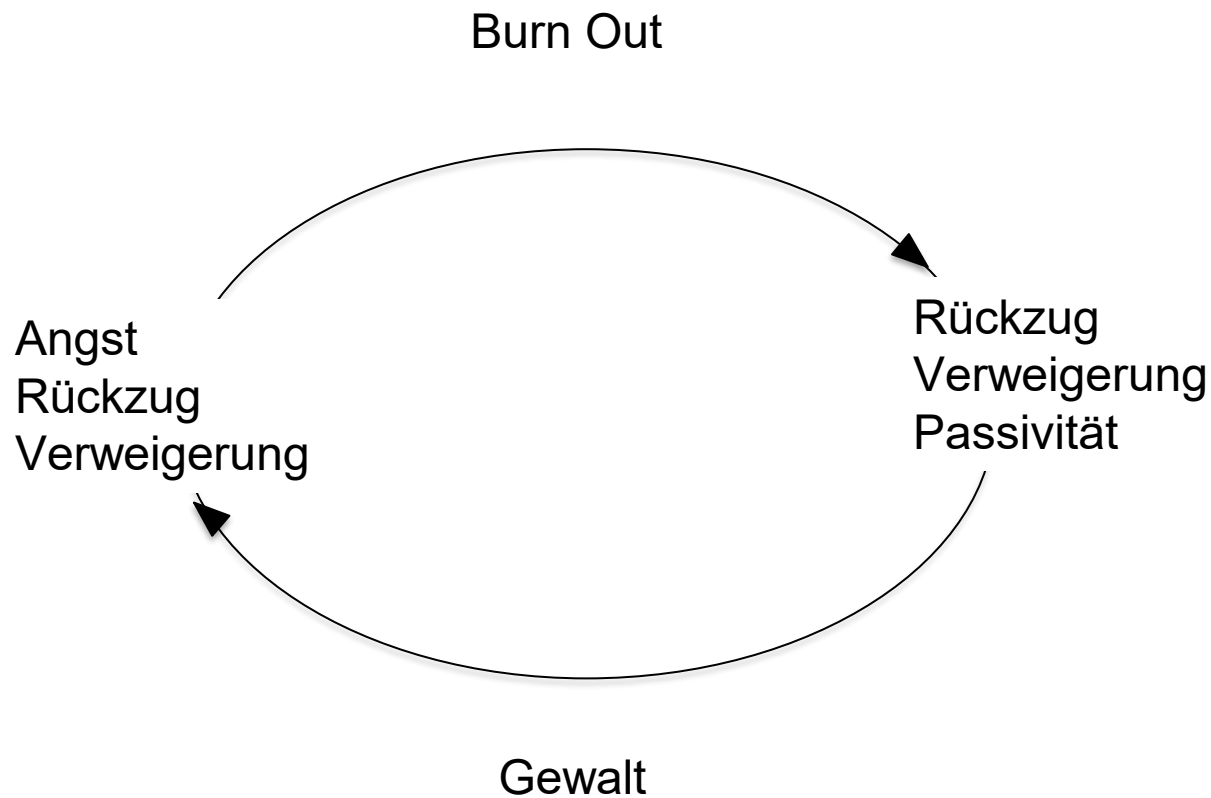
Die Behandlung gewinnt Attraktivität wenn Wünsche und Anliegen der Betroffenen systematisch erfragt werden

Angebote verändert (mehr soziale Unterstützung, Selbsthilfe, Aktivitätengruppen, Psychotherapieprogramme)

Verbote (verschlossene Räume, verwehrter Zugang zu Essen, Fitnessräumen etc.) abgebaut

Der Erfolg des *Hometreatment*: Institutionen richtet sich nach den Betroffenen

Erfolg der ambulanten Heroinabgabe, die der Nulltoleranz entgegensteht ist ein Beispiel für eine Behandlung, die sich an den Bedürfnissen, der Lebensauffassung und Wünschen der Betroffenen orientiert



Präventive Deeskalation

deeskalierende Umgebung schaffen bevor Aggression auftritt

Möglichkeit zur Psychotherapie, die Station zu verlassen, die Möglichkeit zu entspannen, Bad zu nehmen, verbindliche Gesprächsangebote, keine Wartezeiten, das Vorhalten von Aktivitäten, rund um die Uhr zugängliche Therapieräume, Telefonie oder etwa Zugang zur Küche (Fitnessraum, Atelier etc.).

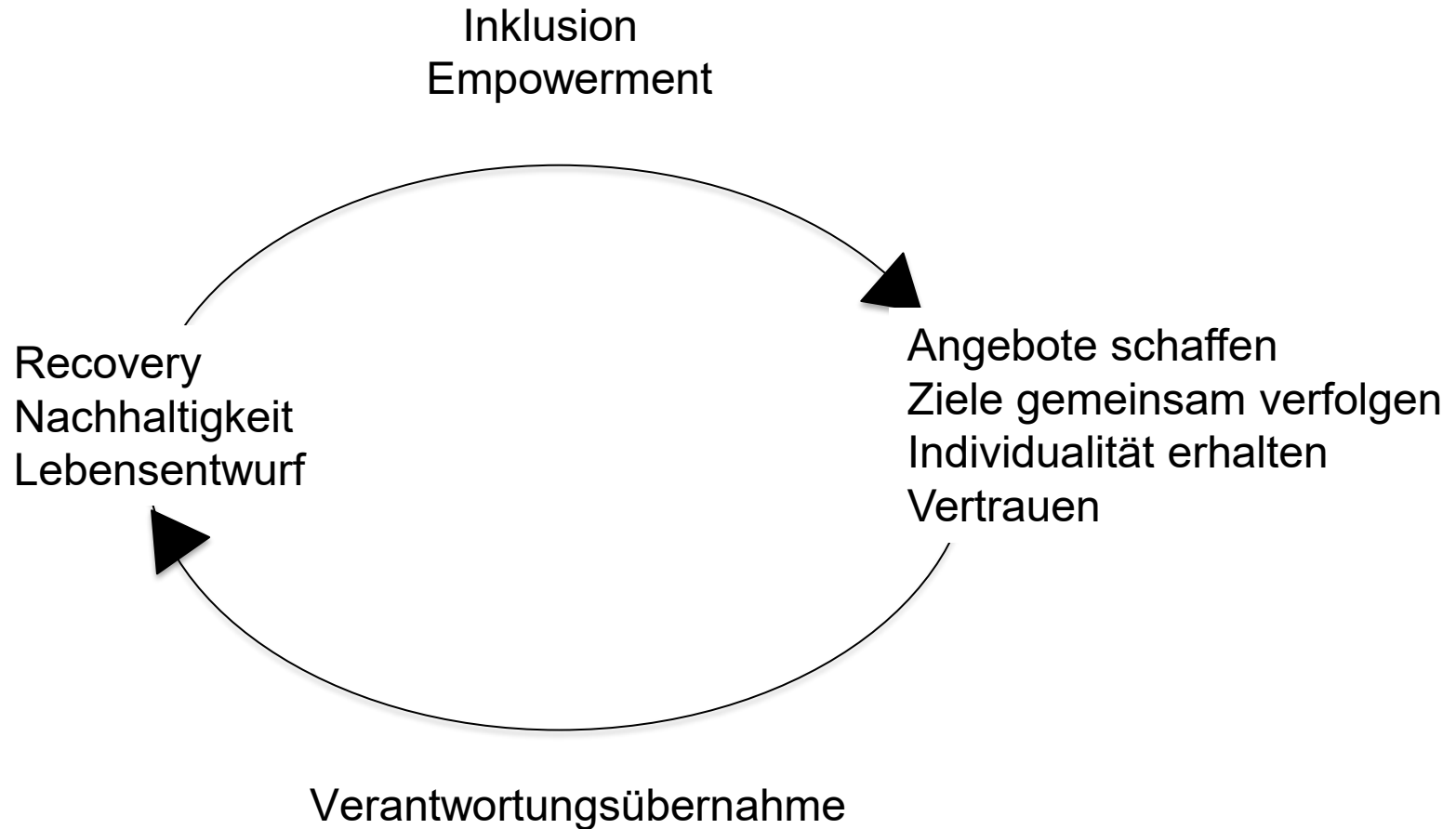
Wahn sollte man nicht mit konfrontativer Richtigstellung entgegentreten

Zugang geschaffen zu Nahrungsmitteln, Zugang zu Zigaretten, keine Einschränkungen von Besuchen, transparente Sprechzeiten für Ärzt:innen, Pflegefachperson ansprechbar, Gruppenangebote

Fitness- oder Ergotherapieräumen frei zugänglich, Rückzugsmöglichkeiten und Zugang zum Garten [Anderl Doliwa et al. 2005]

Die Beziehung

- gutes Therapieergebnis hunderte von Forschungsbefunden in welchem Ausmaß Betroffene ihre Therapeuten als unterstützend, aufbauend und im Selbstwert positiv bestätigend erleben
- Eine optimale **Ressourcenaktivierung** Flexibilität und Variabilität im therapeutischen Repertoire
- weniger Symptome oder Fehlverhalten bekämpfen als Ressourcen zu schaffen Unterstützung liefern, dass Betroffene ihre Ziele erreichen können
- Lange Übergaben negative Stereotypen, Berührungsängsten und Distanz, Inhalte werden aus zweiter Hand weitergegeben.
- Reden mit Betroffenen und nicht über sie
- Patientenverfügungen und Shared Decision Making
- Rolle der Medikation teilweise überschätzt
- Abgabe der Verantwortung, ist verbunden, Wünsche der Betroffenen vor „Instanzen der Gesellschaft“ zu rechtfertigen
- Engagiert und nicht dirigiert



Gliederung

1. Exkurs: Offene Psychiatrie
2. Trackkonzept als Grundlage für eine Öffnung: Grundprinzip struktureller Aufbau
3. Allgemeine konzeptionelle Veränderungen
4. **Klinisches und wissenschaftliches Outcome**

Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Stationsatmosphäre positiver, Entlassungen gegen ärztlichen Rat reduziert, Verlegungen reduziert

(Blaesi et al. 2015, Lo et al. 2018, Jungfer et al. 2015)

Halbierung der Rekursrate (Arnold et al. 2019)

Deeskalation verbessert (Fröhlich et al. 2018)

Vorhersage von Aggression verbessert (Stepanow et al. 2019)

Zwangsmassnahmen reduziert

(Hochstrasser et al. 2018, Kowalinski et al. 2019, Blaesi et al. 2015, Lo et al. Jungfer et al. 2015)

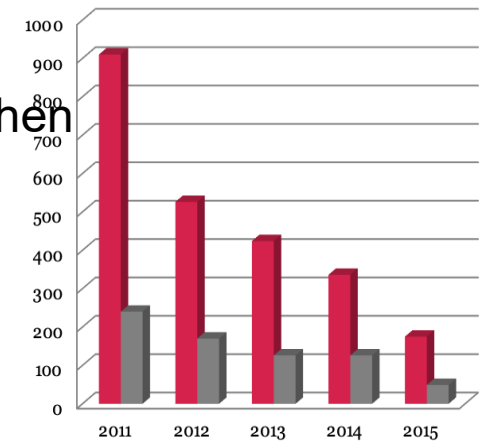
Kommunikation ist offener (Steinauer et al. 2017, 2020)

Reduktion geschlossene Betten

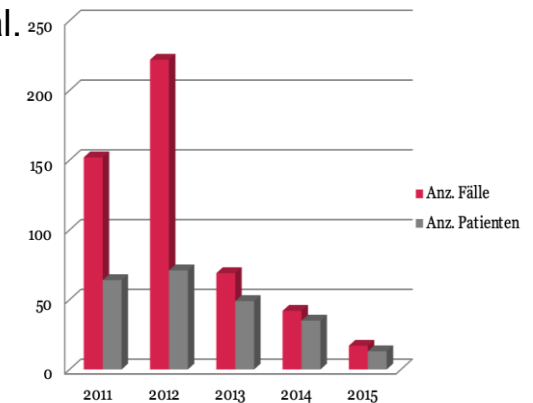
2010 45.6% (plus 18 Isolationsräume)

2017 6.5% (plus 4 Isolationsräume)

**Isolationen
2011-2015**



**Zwangsmedikationen
2011-2015**



Bessere Stationsatmosphäre: zwei Phasen des Türöffnungsprojektes in Basel

Das Team erlebt erhöhte Sicherheit

Tab. 1 Sicherheit, therapeutischer Halt und Patientenzusammenhalt (n = 64).

	geschlossen (G)	neu geöffnet (N)	offen (O)	Signifikanz
Alter (Jahre) [#]	37,3 ± 10,6	43,1 ± 15,5	44,5 ± 11,8	0,182
Geschlecht ^{##}				0,831
– männlich	12 (52,2 %)	7 (53,8 %)	7 (43,8 %)	
– weiblich	11 (47,8 %)	6 (46,2 %)	9 (56,3 %)	
EssenCES-Gesamtscore	31,8 (6,2)	44,6 (7,1)	37,5 (7,5)	<0,001
– Sicherheitserleben	6,4 (3,9)	14,6 (3,6)	10,7 (5,6)	<0,001
– therapeutischer Halt	16,0 (2,1)	15,4 (3,2)	17,3 (1,4)	0,244
– Patientenzusammenhalt	9,9 (3,2)	14,6 (1,9)	9,5 (3,5)	<0,001

Die Angaben zu den kategorial codierten Variablen umfassen jeweils die Anzahl und in Klammern den Prozentwert (χ^2 -Test), die Angaben zu den metrisch umfassen den Mittelwert und in Klammern die Standardabweichung (ANOVA). Aufgrund von fehlenden Daten kann die Anzahl der für die Auswertung zur Datensätze für einzelne Variablen schwanken: [#]n = 47, ^{##}n = 52; G: geschlossene Stationen; N: neu geöffnete Stationen; O: offene Stationen; EssenCES: Esse Schema [21].

Blaesi et al. Psych Prax 2013

Bessere Stationsatmosphäre: zwei Phasen des Türöffnungsprojektes in Basel

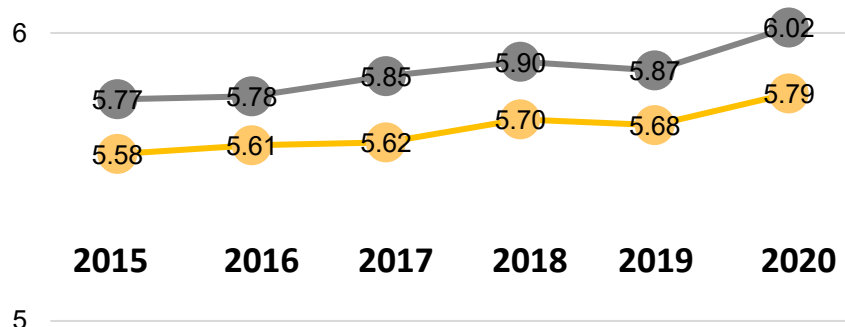
Das Team erlebt erhöhte Sicherheit

	2012			Signifikanz zwischen Abt.	Post hoc	2016			Signifikanz zwischen Abt.
Öffnungsstatus	(G)	(N)	(O)			(N)	(A)	(O)	
CES-Gesamtscore	31,8 (6,2)	44,6 (7,1)	37,5 (7,5)	<0,001	N>G=O	37,0 (5,4)	42,2 (6,0)	38,8 (4,3)	0,004
Sicherheits- erleben	6,4 (3,9)	14,6 (3,6)	10,7 (5,6)	0,244	N>G=O	10,0 (3,5)	14,3 (3,3)	12,3 (3,4)	<0,001
therapeutischer Halt	16,0 (2,1)	15,4 (3,2)	17,3 (1,4)	<0,001		16,9 (2,3)	16,6 (1,7)	17,1 (1,5)	0,704
Patienten- zusammenhalt	9,9 (3,2)	14,6 (1,9)	9,5 (3,5)	<0,001	N>G=O	10,3 (2,2)	11,3 (2,4)	9,6 (2,3)	0,049

Lo et al. Psych Prax 2018

Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Anstieg der Patientenzufriedenheit in der Klinik für Erwachsene und Privatklinik insgesamt



— Ich würde diese Klinik weiterempfehlen.
(n=486/447/419/467/549/548)

— Ich war insgesamt mit dem Aufenthalt in der Klinik...
(n=488/455/424/467/551/548)

4

Partizipation Zusammenarbeit mit dem Behandler Behandlung

in der Klinik für Erwachsene und Privatklinik
angestiegen

Die **Klinik für Erwachsene** ist 2020
über dem Durchschnitt der
Schwerpunktversorger und Grundversorger
(ausser Infrastruktur)

Die **Privatklinik** ist 2019 an
Platz 1 aller 16 Schweizer gebenchmarkten
Kliniken (ausser Infrastruktur)

Effekte des Trackmodells: Klinisches Outcome im Benchmark

Inanspruchnahme von Behandlung durch die Wohnbevölkerung in Basel Stadt schweizweit am höchsten

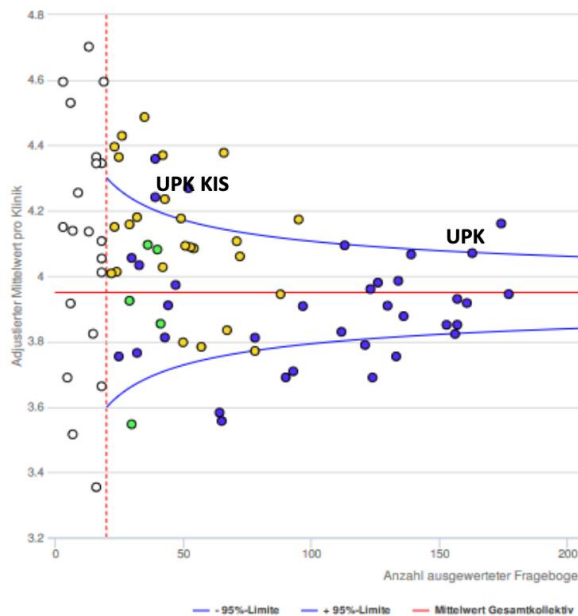
Suizide in der Bevölkerung unter den niedrigsten 3 Kantonen

Zwangsmassnahmen als Qualitätsmerkmal im gesamtschweizerischen Benchmark der ANQ liegen in der UPK bei 4%, was halb so hoch ist wie der schweizweite Schnitt (8%)

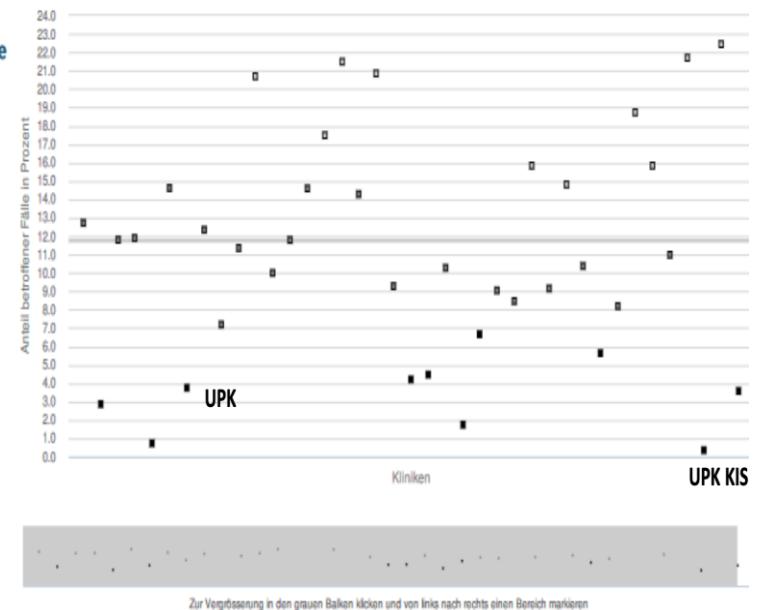
Zuweiserbenchmark bei der „Angemessenheit der durchgeführten Leistungen“ und „Behandlungsqualität“ **UPK die beste Klinik** mit >95%, >90 % positiven Antworten

Durch das Trackmodell in der Versorgung steht die UPK im Benchmark der psychiatrischen Kliniken sehr gut da

Grafik 1: Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch das ärztliche und therapeutische Personal und die Pflegefachpersonen)?



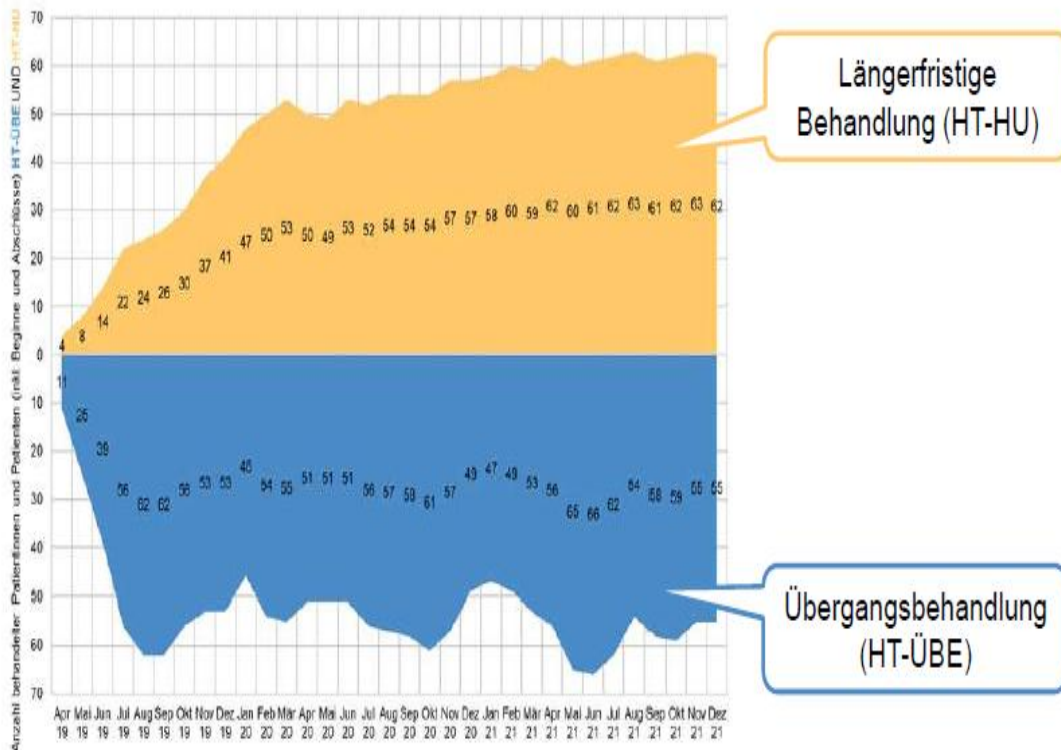
Grafik 3: Freiheitsbeschränkende Massnahmen EFM



Stärkung der Psychotherapie, mehr Patient:inneneinbezug,
Gute Zusammenarbeit mit Unispital in Basel, Universitäre Altersmedizin Felix Platter,
Polizei, FU Behörde und Amtsärzt:innen

Einführung des Hometreatment

Behandelte Patient*innen nach Monat



Reduktion der Wiederaufnahmeraten um 60%

Reduktion der FU um 95%

Höhere Patientenzufriedenheit

Zufriedenheit der Angehörigen

Zufriedenheit der Zuweiser

Strukturwandel als Chance

Wie muss die UPK 2030 organisiert sein, damit mehr Menschen früher, passender und kontinuierlicher Versorgung erhalten?

Von der Open Door Policy zur No Wrong Door Policy

Von der Erwachsenenpsychiatrie zur UPK

Von stationär zu ambulant und aufsuchend

Die UPK etablieren eine zentrale Anlaufstelle.

Sie nimmt Patienten- und Zuweiseranliegen auf, gewährleistet eine qualifizierte Triage und Navigation zur passenden Versorgung, macht Patientenströme transparent und initiiert bei definierten komplexen Situationen eine fallübergreifende Versorgungskoordination.

Mission

Von 2012-2018 wurde die Open Door Policy etabliert

Sie beschränkte sich auf fast alle stationären Abteilungen der UPKE indem dort eine physische Aufnahme durch die Zentrale Aufnahme gewährleistet wurde und Patient:innen anders und verbindlich triagiert wurden

Von 2026-2030 wird nun neu eine No wrong Door Policy etabliert werden, die alle Kliniken (Forensik, Kinderpsychiatrie und Erwachsene) einschliesst und neben den stationären auch die ambulanten Angebote

Ziele

Eine zentrale Anlaufstelle, ein zentraler einfacher Anmeldeprozess

Jeder Patient erhält ein passendes verbindliches Angebot

Kein Patient wird ausselektiert aus den Angeboten

Die Angebote müssen sich nach Patienten richten

und nicht Patienten nach Angeboten

Angebote richten sich stärker am Bedarf aus

Spezialisierte stationäre und ambulante Angebote werden

beziehungskontinuierlich aufgelegt: mehr Nachhaltigkeit und Case Management

Aufnahmen erfolgen nicht mehr auf der ZA sondern auf den Abteilungen

es gibt keine Wartelisten mehr und keine Indikationsgespräche

die Termindisposition erfolgt zunehmend zentral (in Schritten)

Was ändert sich am Behandlungsangebot (Hypothese) wenn wir uns stärker an Patientenpräferenzen orientieren?

- mehr Bedarf an Akutbetten im Abhängigkeitsbereich (weniger zur Entwöhnung)
- ambulante und tagesklinische Behandlungsangebote für Alkoholabhängigkeit und Kokain
- mehr ambulante Plätze für Depressionsbehandlung, Krisenintervention, ADHS und Kurzzeitpsychotherapien
- mehr ambulante Plätze für Ketamin, rTMS, Schlafabklärungen
- mehr niedrigschwellige Tageszentren und Gruppentherapieangebote
- kürzere Liegedauern auf den Psychotherapieabteilungen
- kürzere Liegedauern in der Kinderpsychiatrie
- mehr präventive Eintritte in der FAM

Black Box
Bevölkerung
Anspruch
Patient:innen
Betroffene
Zuweiser:innen

Definition Zugangswege

Notfall physisch
Telefonisch
Email
Elektiv/
Direkteintritte
Anfragen

**Keine interne
Telefonie**

Anlaufstelle Skill Grade Mix

Ressourcen

Definition Zusammenarbeit:

Empfang
Ärztliche Triage
Ambulanzsekretariate



**Angebotslücke
definieren**

Definition bestehende Ressourcen

- Ein Anmeldeformular
- Ein Anmelde Email

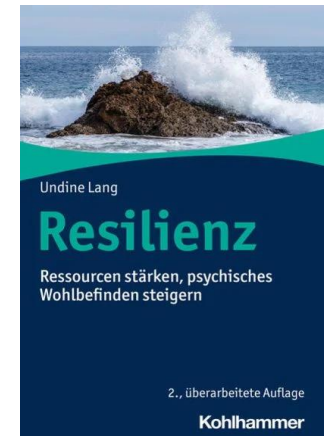
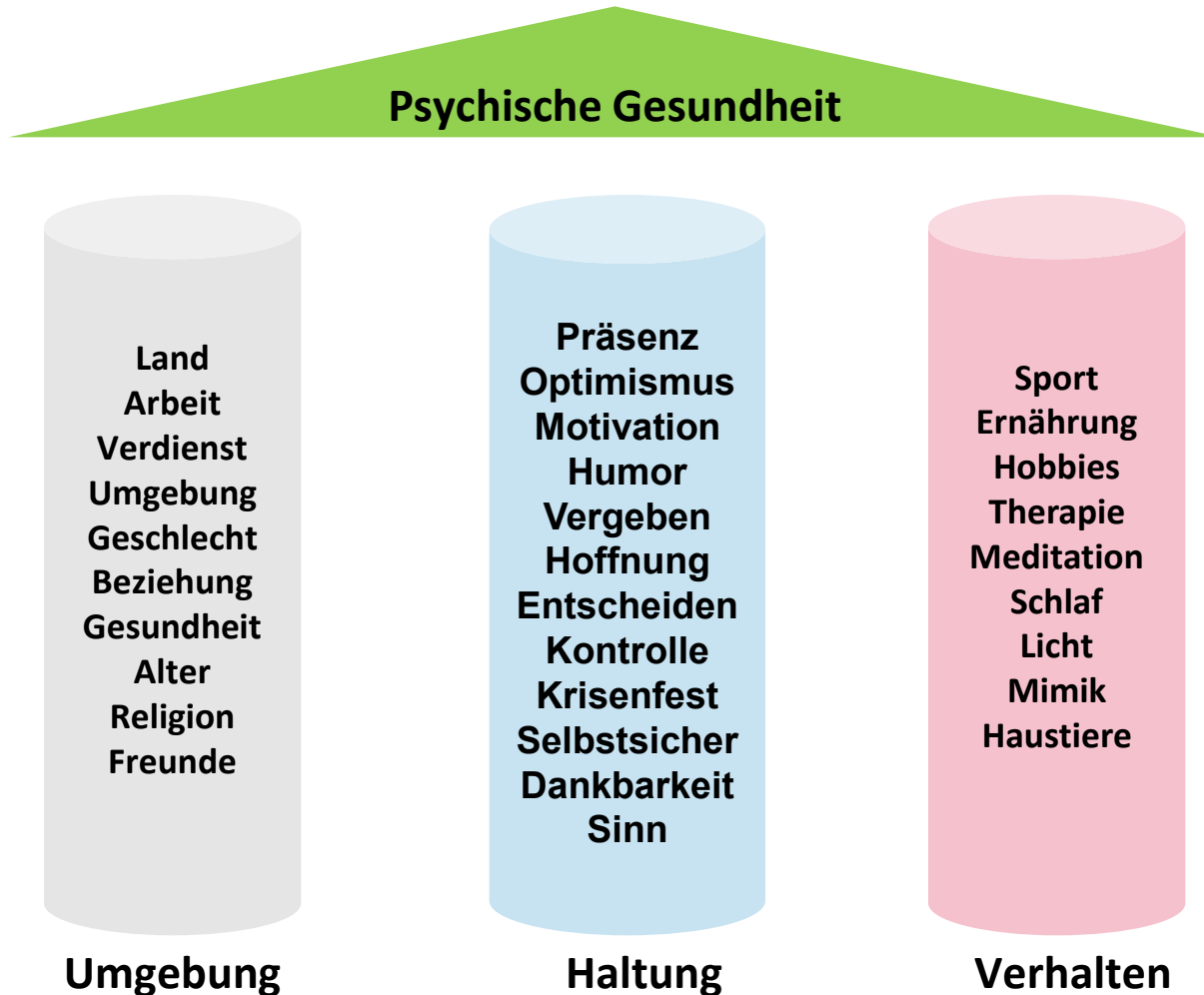
Portfolio Kliniken stationär
KISIM Disposition Abteilungen

Ambulanzportfolio
Gepflegte Kalender (etc.)
20% «passen nicht»



**Bedarfsorientierter
Ausbau**

Vielfalt psychischer Schutzfaktoren



Lang 2022
Kohlhammer Verlag

Prof. Dr. Undine Lang

Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene und Privatklinik

Professorin für Psychiatrie und Psychotherapie Universität Basel

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

undine.lang@upk.ch



UPK Basel

Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002 Basel

Telefon +41 61 325 51 11, Fax +41 61 325 55 12

info@upk.ch, www.upk.ch

