

# Offene Psychiatrie in den UPK: das Trackkonzept als innovatives Versorgungsmodell

## Hauptautorin:

Undine Lang, Klinikdirektorin der Klinik für Erwachsene

## Co-Autoren:

Rainer Gaupp, Qualitätsbeauftragter der Klinik für Erwachsene der UPK

Christian Huber, Chefarzt der Klinik für Erwachsene

## Adresse:

Email: undine.lang@upk.ch

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) und Universität Basel

Wilhelm Kleinstr 27

4002 Basel

## Zusammenfassung

Die Reduktion von Zwang, die Stärkung der Psychotherapie, individualisierte, leitlinienbasierte Behandlungen und Partizipation sind Anforderungen an eine Psychiatrie der Zukunft. In unserer Klinik wurden zwischen 2012-2021 kontinuierlich Behandlungspfade an Bedürfnisse von Patienten angepasst, ambulante und stationäre Behandlungen verzahnt, Teams besser qualifiziert und spezialisiert, neue Eintritts- und Behandlungspfade definiert und damit eine höhere Patientenzufriedenheit, Öffnung der Klinik, massiv gesenkte Zwangsmassnahmen und Komplikationen erzielt.

## Ausgangslage

Die psychiatrische Klinik für Erwachsene der Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel (UPK) hat etwa 200 Betten und 14 stationäre Abteilungen. In der Klinik wurde bis etwa 2012 wie in vielen Psychiatrien üblich zwischen 6 geschlossenen Aufnahmeabteilungen, 6 offenen Abteilungen und 2 Rehabilitationsabteilungen differenziert, eigenständig arbeitende Schwerpunkte waren eine Alterspsychiatrie, die komplett geschlossen geführt wurde, ein Bereich für Abhängigkeitserkrankungen sowie eine Allgemeinpsychiatrie. PatientInnen wurden ohne korrespondierendes diagnosenspezifisches Konzept auf eine der geschlossenen Abteilungen aufgenommen und dann auf spezialisierte offene Abteilungen verlegt. Bei längeren Verläufen wurden sie weiterverlegt auf eine der beiden Rehabilitationsabteilungen. Dies führte zu einem hohen Abbruch von Therapien gegen ärztlichen Rat bei bis zu 30% der PatientInnen, zu überdurchschnittlich hohen Zwangsmassnahmen im Benchmarkvergleich, zu einer fehlenden Leitlinienorientierung, da in diesen Strukturen durch mangelnde psychologische Kompetenz, einem fehlenden Zugang zur Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und eine fehlende diagnosenspezifische Expertise der behandelnden Teams nicht möglich war. Die Teams der ehemals 6 geschlossenen Akutabteilungen reagierten durch die kurze Verweildauer, Unmöglichkeit, Therapiekonzepte vorzuhalten und ausserplanmässige Verlegungen bei

Krisen von den offenen Abteilungen, dem Fehlen einer Recoveryorientierung und bei teilweise fehlender Kompetenz mit hohen Raten von Zwangsmassnahmen, einer niedrigen Arbeitszufriedenheit und hohen Personalfuktuation auf den Abteilungen. Ursprünglich waren ebenfalls (wie in vielen Schweizer Psychiatrien damals üblich) die ambulanten und stationären Strukturen getrennt.

## **Projektziele**

Das Open Door Konzept, das mittlerweile auch als «Trackkonzept» benannt und referenziert wird, wurde seit 2012 kontinuierlich etabliert um ein niedrighschwelliges, diagnosenspezifisches Behandlungssetting zu implementieren, das sichert, dass PatientInnen beim jeweiligen Experten für ihre individuelle Diagnose behandelt werden, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind und damit PatientInnen nicht verlegt werden, dass Akutpatienten nicht konzentriert, sondern individualisiert behandelt werden sowie eine gesicherte Behandlungskontinuität hergestellt wird, indem tagesklinische Strukturen und ambulante Strukturen den stationären Einheiten zugeordnet werden. Ein Ziel war es, möglichst viele Betroffene über das ganze Spektrum psychischer Störungen rechtzeitig für eine Behandlung zu erreichen, krisenhafte Zuspitzungen der Symptomatik abzuwehren, Symptome bestmöglich zu adressieren und die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern oder zu bewahren. Ein weiteres Ziel war es, AkutpatientInnen nicht diagnosenübergreifend zu konzentrieren, zu beobachten und gegebenenfalls zurückzuhalten und gegen ihren Willen zu behandeln sondern die Behandlungsverantwortung festzulegen, Liegedauern anzugleichen, um eine therapeutische Beziehungsqualität zu ermöglichen, Recovery zu ermöglichen, die Attraktivität des Behandlungsangebotes zu verbessern, Zwangsmassnahmen zu reduzieren, Verlegungen zwischen den Stationen zu reduzieren, die Stationsatmosphäre zu verbessern, modulare Psychotherapieverfahren bei allen PatientInnen vorzuhalten, die Effizienz der Behandlung zu erhöhen und vom Eintritt an vorzuhalten.

Dieses Versorgungskonzept wird mittlerweile auch als «Track-Konzept» bezeichnet und wurde auch von anderen führenden universitären Kliniken eingeführt und publiziert wie beispielsweise dem Zentralinstitut (ZI) für Seelische Gesundheit in Mannheim [1,2], die hier auf die Forschungsarbeiten des Konzeptes in Basel referenziert haben oder etwa dem LWL Uniklinikum in Bochum, Universitätsklinikum in Lübeck oder der Charité in Berlin, die hier sicher eine Vorreiterrolle hatte. Ein Trackkonzept, zielt darauf ab, Behandlungskontinuität zu schaffen, Behandlungsleitlinien strikt umzusetzen und die behandlungs- und diagnosenspezifische Expertise und Kompetenz zu den jeweiligen Diagnosen vom ambulanten bis zum stationären Kontext zu optimieren [1,2]. Es verbessert nicht nur die Versorgungsqualität der PatientInnen, sondern es versteht sich als eine dringend notwendige Investition in die Zukunft im Sinne einer personalisierten Medizin und Basis für eine translationale klinische Forschung. Mit diesem Behandlungsmodell wird sichergestellt, dass effiziente aber komplexe und aufwendige Therapiemöglichkeiten auch dann Patienten zur Verfügung stehen, wenn krankheitsmotiviert keine Behandlung auf einer Station erwünscht ist.

- Umsetzung eines mittlerweile als vom Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim beschriebenen «Trackkonzeptes» [1,2]
- Entwicklung eines diagnosenadaptierten und leitlinienbasierten Aufnahme- und Behandlungsprozederes für jeden eintretenden Patienten (auch für Notfälle)
- Definition von klaren Verantwortlichkeiten, Prozessen und Strukturen für den individuellen Patienten
- Stärkung der Partizipation von PatientInnen
- Kontinuierliche Adaption des Angebotes an die Patientenströme
- Stärkung der Kompetenz der Behandlungsteams, Adaption des Skill Grade Mix
- Öffnung der Klinik, Reduktion von Zwangsmassnahmen, Erhöhung der Therapiecompliance, Reduktion von Verlegungen und Therapieabbrüchen

## **Vorgehen**

### **Meilensteine**

- Einrichtung einer zentralen Triage/Aufnahme und Walk-In Ambulanz, die 80% der eintretenden PatientInnen den für sie zunehmend massgeschneiderten Abteilungen zuweist

- Ausrichtung und Spezialisierung der Abteilungen nach den eintretenden Diagnosen und Behandlungsleitlinien eintretender PatientInnen
- Etablierung von Psychotherapiekonzepten auf allen Abteilungen (Einstellung von PsychologInnen auf allen Abteilungen, Entwicklung von Abteilungen mit komplexer psychotherapeutischer Intensivbehandlung)
- Verbesserung des Assessments und der Vorhersage von Gewalt (Bröset-Skala), Deeskalationstraining für alle Teammitglieder, Schulung im Umgang mit Krisensituation auf allen (auch ehemals offenen) Abteilungen zur Vermeidung von Verlegungen, Aufbau eines Pools für Einzelbetreuungen, Rückbau von initial 18 auf 4 Isolationszimmer
- Etablierung von therapeutischen Kompetenzzentren und Abteilungen, *Stepped Care* in Abhängigkeit von der im Vordergrund stehenden Diagnose (Sucht, Psychose, Krisenintervention, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik, Depression, Privatlinik, Depression im Alter, Psychose im Alter).
- Stärkung der Partizipation der PatientInnen: Anstellung von Peers, Gründung eines Behandlungsbeirates und Ethikbeirates, Etablierung einer ethischen Weiterbildung und ethischen Konsilen, Schulung der Teams in Recovery Konzepten und neuen Psychotherapieverfahren, Einführung Supervisionen aller Teams, Professionalisierung des Beschwerdemanagements.

Neue, spezifischere Schwerpunktlegungen, die in diesem Kontext in den letzten Jahren erfolgt sind und jeweils auf einen veränderten Versorgungsbedarf und Patientenströme reagierten, waren:

**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

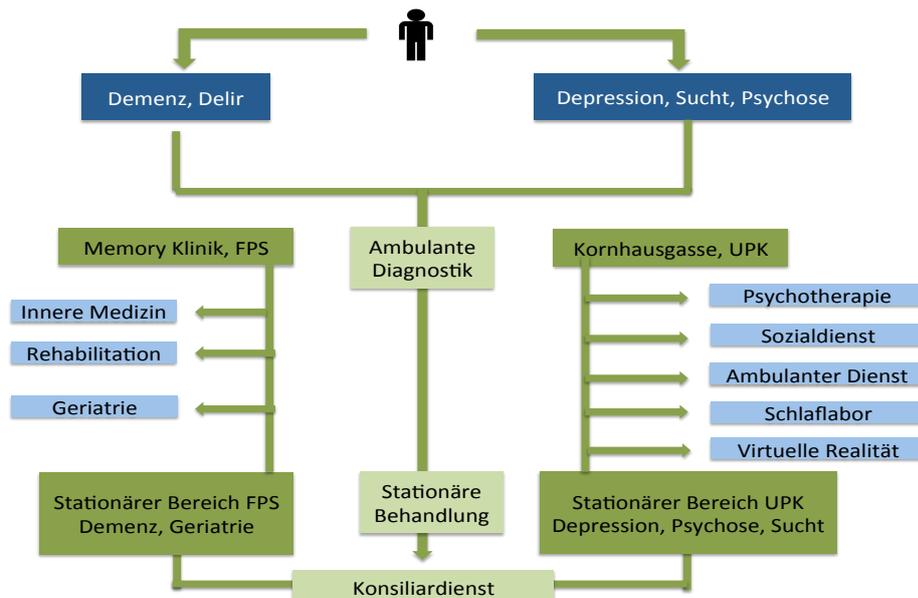
### **Beispiel Trackkonzept: PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Auf einer offenen Kriseninterventionsstation im somatischen Spital bei der die Liegedauer begrenzt ist erfolgt die Versorgung von 50% der akuten Notfälle wegen Suizidalität im Versorgungsraum. In der Literatur wurde gezeigt, dass durch dieses Vorgehen Zwangsmassnahmen bei diesem häufig bereits traumatisierten Klientel um 85% reduziert werden [3], selbstschädigendes Verhalten auf die Hälfte

reduziert wird [4], Wiedereintritte und Retraumatisierungen sich reduzieren, tatsächlich wird die Rehospitalisierungsrate um das 7-Fache reduziert [4] und Unterbringungen gegen den Willen der PatientInnen verringern sich um 70% [4]. Deshalb hat die SGPP in ihren Leitlinien 2018 dieses Vorgehen als Standard definiert [5].

### Beispiel Trackkonzept: PatientInnen in der Alterspsychiatrie

Das Schema veranschaulicht die Anpassung der Behandlungspfade durch das Kooperationsmodell der Klinik, indem PatientInnen am Punkt der höchsten Kompetenz und Spezialisierung eintreten und die Behandlung durchgehend über das Lebensalter erfolgt (Kooperation Universitäre Psychiatrische Kliniken UPK und Felix Platter Spital FPS in Basel).



### Ergebnisse

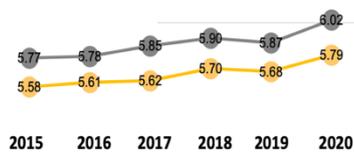
Öffnung von 6 psychiatrischen ehemaligen geschlossenen Akutstationen mit Etablierung von Therapieschwerpunkten (Depression, Depression im Alter, Psychose im Alter, Psychose, Alkoholabhängigkeit, illegale Substanzen) sowie Schaffung von assoziierten tagesklinischen Plätzen im Sinne einer kontinuierlichen übergreifenden Behandlung ohne Therapeutenwechsel. Ca. 80% der PatientInnen werden diagnosenspezifisch und leitliniengetreu bei Experten für die jeweilige Diagnose behandelt, auf allen Abteilungen wird ein modulares psychotherapeutisches Konzept angeboten.

Die initial kurzen Liegedauern von 5 Tagen auf einzelnen Akutabteilungen durch die hohe Verlegungsquote wurden angeglichen (auf 24 Tage) und die Verlegungen reduziert (von 30% auf 10%) [6-12]. Isolierungen wurden in dem Zeitraum stark reduziert; von ca. 900/Jahr auf 150/Jahr und Isolationsräume konnten von 18 auf 4 zurückgebaut werden. Die Stationsatmosphäre wurde von Personal und PatientInnen positiver bewertet [7,8], es wurde eine Halbierung der Rekursrate erreicht [13]. Deeskalationsstrategien wurden verbessert, die Vorhersage von Aggression professionalisiert [8]. Die Zwangsmassnahmen wurden reduziert und sind halb so hoch (4%) wie im Schweizer Schnitt (8%) (ANQ). Die Kommunikation der PatientInnen ist offener; informeller Zwang wurde reduziert. In der MÜPF Patientenbefragung sind über alle Jahre die Werte für Partizipation, Zusammenarbeit mit dem Behandler und Behandlung kontinuierlich angestiegen und liegen über dem Durchschnitt der Schwerpunktversorger und Grundversorger, ebenfalls im ANQ ist die Zufriedenheit der PatientInnen überdurchschnittlich. Die Anzahl der stationären Suizide liegt in den letzten drei Jahren zehn- bis vierzigfach unter dem internationalen (0,1-0,4%) und zwanzigfach unter dem deutschen Schnitt (0,2%) [14,15]. Im 2016 durchgeführten Zuweiserbenchmark bei der „Angemessenheit der durchgeführten Leistungen“ und „Behandlungsqualität“ schneidet die Klinik als beste Klinik mit >95%, >90 % positiven Antworten ab.

## Reduktion der geschlossenen Betten und Isolationsräume

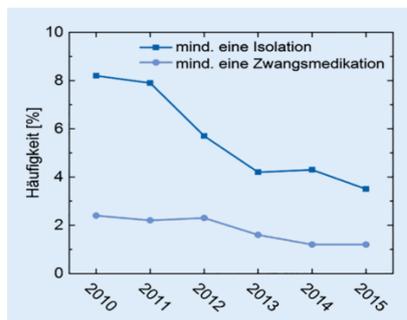
01/2010 Ausgangssituation:	45.6% geschlossene Betten (16 Iso-Räume)
08/2011 Öffnung von S2 und U3	32.4% geschlossene Betten (8 Iso-Räume)
12/2013 Öffnung P1	22.3% geschlossene Betten (7 Isoräume)
06/2014 Öffnung U2	15.4% geschlossene Betten (7 Isoräume)
09/2015 Öffnung S4	8.5% geschlossene Betten (6 Isoräume)

## Entwicklung der Patientenzufriedenheit



- 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)

## Reduktion der Zwangsmassnahmen [6]



## Kontinuierliche Verbesserung der Stationsatmosphäre [7,8]

	Immer offen (C/S1)	Alt geöffnet (S2/U3)	Neu geöffnet (U2/S4)
Sicherheitserleben 2012	10.7 (5.6)	14.6 (3.6)	6.4 (3.9)
2016	12.3 (3.4)	14.3 (3.3)	10.0 (3.5)
Therapeutischer Halt 2012	17.3 (1.4)	15.4 (3.2)	16.0 (2.1)
2016	17.1 (1.5)	16.6 (1.7)	16.9 (2.3)
Patientenzusammenhalt 2012	9.5 (3.5)	14.3 (2.4)	9.9 (3.2)
2016	9.6 (2.3)	14.6 (1.9)	10.3 (2.2)
EssenCES Gesamtscore 2012	37.5 (7.5)	44.6 (7.1)	31.8 (6.2)
2016	38.8 (4.3)	42.2 (6.0)	37.0 (5.4)

## Ausblick

Im Zuge der Digitalisierung und der Etablierung eines neuen Klinikinformationssystems sollen verbindlich leitlinienbasierte Therapiemodule für alle PatientInnen und Abteilungen hinterlegt werden und damit die Behandlungsqualität, der Skill Grade Mix sowie die personelle Ressourcierung für Therapien bei allen PatientInnen besser gesteuert werden. Das Hometreatment senkt die FU-Rate um 95% und Wiederaufnahmen um 60% und soll weiter ausgebaut und auf schwer betroffene Abhängigkeitserkrankte und ältere Menschen ausgeweitet werden (Skill Grade Mix). Neben der Triage soll auch zentral eine kollaborative internistische Versorgung und Forschung zur Personalisierung von Diagnosen weiterentwickelt werden. Ein weiterer Fokus soll gelegt werden auf Prävention, Entstigmatisierung und Frühintervention (finanziert idealerweise von Arbeitgebern) sowie weiteren Schwerpunktabteilungen wie etwa für schwer behandelbare Depressionen und psychische Erkrankungen von Frauen.

## Publikationen

1. Hirjak D, Gass P, Deuschle M, Leweke FM, Böhringer A, Schenkel N, Borgwedel D, Hesel M, Breisacher A, Meyer-Lindenberg A. Das ZI-Track-Konzept in der Behandlung psychotischer Störungen. *Der Nervenarzt* 2020; 91: 233–242
2. Deuschle M, Scheydt S, Hirjak D, Borgwedel D, Erk K, Hennig O, Hesel M, Pfister M, Leweke MF, Meyer-Lindenberg A. Track-Behandlung in der Psychiatrie: das ZI-Track-Modell zur Überwindung von Sektorengrenzen. *Der Nervenarzt* 2020; 91: 233–242
3. Steinert T, Eisele F, Goeser U, Tschoeke S, Uhlmann C, Schmid P. Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in in-patients with adjustment disorders and personality disorders. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health* 2008; 4: 27
4. Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: an appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res.* 2011; 186: 287-92
5. Euler S, Dammann G, Endtner K, Leihener F, Perroud NA, Reisch T, Schmeck K. Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der Wahl Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother* 2018; 169: 135-143
6. Kowalinski E, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Six years of open-door policy at the University Psychiatric Hospital Basel. *Nervenarzt* 2019
7. Lo SB, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, Walter M, Borgwardt S, Lang UE. Influence of an "Open Door Policy" on Ward Climate: Impact on Treatment Quality. *Psychiatr. Prax.* 2018; 45: 133-139
8. Blaesi S, Gairing S K, Walter M, Lang UE and Huber CG: Safety, Therapeutic Hold, and Patient's Cohesion on Closed, Recently Opened, and Open Psychiatric Wards. *Psychiatr. Prax.* 2013; 42: 76-81
9. Steinauer R, Huber CG, Petitjean S, Wiesbeck GA, Dürsteler KM, Lang UE, Seifert C, Andreeff K, Krausz M, Walter M, Vogel M. Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *Eur. Addict. Res.* 2017; 23: 87-96
10. Hochstrasser L, Fröhlich D, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Stieglitz RD, Huber CG. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. *Eur. Psychiatry.* 2018; 48: 51-57
11. Hochstrasser L, Voulgaris A, Möller J, Zimmermann T, Steinauer R, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit. *Front. Psychiatry* 2018; 9:57
12. Jungfer HA, Schneeberger A R, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing S K, Lang UE and Huber CG: Reduction of seclusion on a hospital-wide level: successful implementation of a less restrictive policy. *J Psychiatr. Res.* 2014; 54: 94-99
13. Arnold BD, Moeller J, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Compulsory Admission to Psychiatric Wards-Who Is Admitted, and Who Appeals Against Admission? *Front. Psychiatry* 2019; 10: 544.
14. Ruff F, Hemmer A, Bartsch C, Glasow N, Reisch T. Suizide während psychiatrischen Hospitalisationen. *Psychiatr Prax* 2018; 45: 307-313 Schneider B, Wolfersdorf M, Wurst FM. Suizid und Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2018; 86: 778-796
15. Schneider B, Wolfersdorf M, Wurst FM. Suizid und Suizidprävention im psychiatrischen Krankenhaus. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2018; 86: 778-796