

# Case Management für die Psychiatrie in der Schweiz: Bedarf, Nutzen und Herausforderungen

**Die Anzahl der psychisch kranken Menschen in der Schweiz nimmt zu, parallel dazu steigen die dadurch verursachten Gesundheitskosten. Kann Case Management in der Psychiatrie die Versorgung optimieren? Internationale Studien liefern heterogene Resultate. Ein Literaturreview zeigt Forschungsbedarf für die Schweiz auf.**

**Marcel Maier, Jörg Herdt, Christian Kuhl**

Case Management (CM) ist ein Begriff, unter dem sehr unterschiedliche Modelle subsumiert werden und dem zahlreiche, je nach Anwendungsgebiet unterschiedliche Konzepte zugrunde liegen. Übersichten hierzu geben zum Beispiel Löcherbach [1]; Löcherbach, Klug, Rimmel-Fassbender & Wendt [2], und Wendt [3]. Nach Wendt [4] ist insbesondere zu unterscheiden zwischen CM als Management eines Einzelfalls (personale Handlungsebene) und CM als Ansatz zur Koordination der vorhandenen Versorgungsstrukturen (Organisations- bzw. Systemkonzept). Trotz des häufig inflationär anmutenden Gebrauchs dieser Begrifflichkeit scheint das Grundkonzept ein Erfolg versprechender Ansatz zu sein, die

oft nicht aufeinander abgestimmten Prozesse und Akteure in der Gesundheitsversorgung auf den Einzelfall bezogen zu koordinieren. Das grosse Interesse an diesem Thema spiegelt sich auch in der einschlägigen Fachliteratur wider (z.B. *Managed Care* 2/05).

## Viele psychisch Kranke und ein oft chronischer Verlauf

Psychische Erkrankungen liegen international hinsichtlich Prävalenz an zweiter Stelle aller Erkrankungen. Zählt man die möglichen (und oft wahrscheinlichen) Folgeerkrankungen hinzu, so nehmen sie sogar gemäss der WHO den Spitzenplatz ein [5]. In der Schweiz leiden derzeit etwa 25 Prozent der Bevölkerung unter einer psychischen Beeinträchtigung, bei der eine Diagnose nach ICD-10<sup>1</sup> indiziert ist [6]. Im Zeitraum von 1986 bis 1998 hat sich die Gesamtzahl der Personen, welche aufgrund von psychischen Problemen berentet wurden, um über 100 Prozent erhöht. Die Schweiz nimmt hier im europäischen Vergleich einen Spitzenplatz ein [7].

Psychische Erkrankungsepisoden verlaufen häufig in Phasen. Jede dieser Phasen erfordert hinsichtlich Intensität und Inhalten unterschiedliche Behandlungsangebote, die wiederum von den örtlich gegebenen Versorgungsstrukturen abhängen. Auch innerhalb diagnostisch einheitlicher Untergruppen sind verschiedene Krankheitsverläufe eher die Regel als die Ausnahme. Therapeutische Interventionen verursachen vergleichsweise geringe Kosten für



Marcel Maier



Jörg Herdt



Christian Kuhl

<sup>1</sup> ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Methoden und Apparaturen. Die meisten Kosten entfallen hier auf personelle Ressourcen. Da sehr viele Störungsbilder früh beginnen und einen chronischen Verlauf nehmen, kann sich die Behandlung schlimmstenfalls ein Leben lang hinziehen. Psychische Erkrankungen sind immer noch mit einem Stigma belegt. Dies erschwert die Prävention und somit auch eine frühzeitige Behandlung, was die Langzeitprognosen verschlechtert [8]. Weiter wirkt sich eine psychische Erkrankung auf alle Lebensbereiche des Betroffenen aus, und somit auf einen grossen Kreis von weiteren Beteiligten. Die Indikation für ein erweitertes, flankierendes und therapiebegleitendes Konzept, welches nebst dem rein therapeutischen Setting auch die kontextuelle Situation des Betroffenen mit einschliesst, scheint also gegeben. Es wird zunehmend postuliert, dass CM ein adäquates Instrument sei, um eine frühzeitige Berentung bei psychischen Störungen zu vermeiden, Rehospitalisierungen zu verringern und somit auch die Kosten für das Gesundheitssystem zu senken [9, 10]. In der Schweiz wird CM im Psychiatriebereich vereinzelt in Psychiatriekonzepten und Therapieplänen genannt [11, 12] oder als zusätzliche Dienstleistung angeboten [13]. Die verschiedenen in der Praxis bereits eingesetzten Beispiele zeigen zusammenfassend folgende Ansatzpunkte für Massnahmen des CM:

- Vernetzung von Leistungsträgern
- Förderung der Selbstbefähigung (Empowerment)
- Berufliche Reintegration
- Patientenzentrierung betreffend Festlegung, Umsetzung und Koordination therapeutischer Bemühungen
- Vernetzung von Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten

### «Umfassendes» Case Management wirksam

Zur Wirksamkeit psychiatrischer CM-Modelle in der Schweiz wurden bisher keine empirischen Evaluationsergebnisse veröffentlicht. Vorliegende internationale Studien liefern ein heterogenes Bild, was die Wirksamkeit von CM in der Psych-

Tabelle	
<b>Unterschiedliche untersuchte Outcome-Parameter zur Wirksamkeit von Case Management bei Ziguras [15] und Marshall [14]</b>	
<b>Ziguras &amp; Stuart, 2000</b>	<b>Marshall et al., 1998</b>
Anzahl der Aufnahmen	Anzahl Personen, die mit dem Service in Kontakt blieben
Symptome	Todesfälle (Suizid, o.a.)
Aufenthaltsdauer	Gefängnisaufenthalte, Kontakte mit der Polizei, Arreste
Anteil der Patienten, die hospitalisiert wurden	Beschäftigungsstatus (am Ende jeder Studie)
Kontakte mit Mental Health Services	Anpassungsstatus
Kontakte mit anderen Diensten	Mentaler Status
Dropouts aus dem Mental Health Service	Compliance bei der Medikation
Soziale Funktionalität	Soziale Funktionalität
Patientenzufriedenheit	Lebensqualität
Pflegeaufwand für die Familie	Pflegebedarf
Zufriedenheit der Familie	Psychisches Wohlbefinden
Gesamtkosten	Selbstwertgefühl
	Durchschnittliche wöchentliche Kosten für psychiatrische Behandlung/Pflege im Spital
	Durchschnittliche wöchentliche Gesamtkosten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

iatrie betrifft. Problematisch ist ferner, dass häufig verschiedene CM-Konzepte mit unterschiedlichen Outcome-Parametern verglichen wurden. Als Beispiel sei hier auf die Metaanalysen von Marshall [14] und Ziguras [15] verwiesen (siehe *Tabelle*). Langjährige Erfahrungen mit CM bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in den USA, Grossbritannien und Australien haben gezeigt, dass umfassende Ansätze punktuell wirkenden Konzepten überlegen sind. Modelle rein administrativer Koordination haben weder Verbesserungen noch effektive Kosteneinsparung gebracht. Hingegen zeigen interdisziplinäre, gemeindepsychiatrische Teams mit relativ kleiner Fallzahl und einem umfassenden und flexiblen Dienstleistungsangebot eine gute Wirkung [16]. Die Hospitalisierungsraten und die Gesamthospitalisierungszeit können somit verringert, die Zufriedenheit der erkrankten Personen und deren Angehörigen verbessert und die Inanspruchnahme von medizinischen Notfalldiensten reduziert werden. In den USA ist dieses gemeindenähe, integrative und patientenzentrierte

Konzept (das so genannte «Assertive Community Treatment») das evidenzbasierte Mittel der Wahl [12].

### Auf die Schweiz übertragen

Die sowohl hinsichtlich ihrer Finanzierungs- als auch ihrer Leistungsorganisation unterschiedlich strukturierten Gesundheitssysteme [17] erschweren eine direkte Übertragung dieser Ergebnisse auf das schweizerische System. Für das CM in der Psychiatrie in der Schweiz stellen sich somit in den nächsten Jahren folgende Herausforderungen:

- Es ist zu untersuchen, welche der zahlreichen CM-Konzepte und Definitionen auf das hiesige System und die jeweils durchführende Organisation übertragbar sind.
- Die relevanten Wirkmechanismen des CM sollten genauer extrahiert und untersucht werden.
- Es ist abzuklären, für welche Patientengruppen ein CM geeignet ist.
- Geeignete Outcome-Parameter sollten definiert und zur Vergleichbarkeit standardisiert werden.

In Anbetracht der steigenden Prävalenzen und der damit verbundenen Gesundheitskosten hat dieser inno-

vative Handlungsansatz für die Psychiatrie in der Schweiz eine besondere Relevanz. Die Evaluation bereits bestehender Projekte und die Wirksamkeitsmessung im Rahmen kontrollierter Studien sind die nächsten Schritte, um diese Handlungsansätze auch wissenschaftlich zu fundieren. ■

**Autoren:**

**Marcel Maier, B. Sc. Psy.**

**Jörg Herdt, Dipl. Psych.**

**Christian Kuhl, Dipl. Psych.**

Universitäre Psychiatrische Kliniken  
Psychologischer Dienst  
Versorgungsforschung &  
Qualitätssicherung  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
4025 Basel  
E-Mail: joerg.herdt@upkbs.ch

**Literatur:**

1. Löcherbach, P. (2003). Einsatz der Methode Case Management in Deutschland: Übersicht zur Praxis im Sozial- und Gesundheitswesen. Konferenzbeitrag, Augsburgers Nachsorgesymposium, 24.05.2003, Augsburg.
2. Löcherbach, P., Klug, W., Rimmel-Fassbender, R. & Wendt, W.-R. (2005). Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit (3. Auflage). München: Reinhardt.
3. Wendt, W. R. (2005a). Case Management: Ein Konzept, viele Anwendungen. *Managed Care*(2), 7–9.
4. Wendt, W.-R. (2005b). Case Management. Stand und Position in der Bundesrepublik. In P. Löcherbach & W. Klug & R. Rimmel-Fassbender & W.-R. Wendt (Hrsg.), *Case Management – Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit* (S. 14–39). München: Reinhardt.
5. WHO (2001). *Mental Health: New understanding, new hope*, World Health Report 2001. Genf.
6. Schuler, D. & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit / Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*(1), 6–8.
7. Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
8. Junghan, U. M. & Ricka, R. (2006). Kernelemente moderner psychiatrischer Versorgungsangebote. *Managed Care* (1), 13–15.
9. Bundesamt für Sozialversicherung (2005). *Invaliddität infolge psychischer Beeinträchtigung; Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern – Forschungsbericht Nr. 7/05*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
10. Thomas, T., Secker, J. & Grove, B. (2002). *Job retention and mental health; a review of the literature*. London: Departement of Work and Pensions.
11. Borst, U. (2004). *Psychiatriekonzept Thurgau – Ziele für die Entwicklung; Bericht zur aktuellen Situation und Anträge an die Psychiatriekommission*. Psychiatrische Dienste Thurgau.
12. Kantonale Psychiatrische Dienste Basel-Landschaft (2003). *Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft*. Liestal: Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Kanton Basel-Landschaft.
13. Andreae, A. & Schröder, S. (2004). *Patientenorientierung in der Integrierten Psychiatrie Winterthur*. *Managed Care* (7), 18–20.
14. Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A. & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst. Rev.*(2), CD000050.
15. Ziguras, S. J. & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr. Serv.*, 51(11), 1410–1421.
16. Rosen, A., & Teesson, M. (2001). Does case management work? The evidence and the abuse of evidence-based medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 731–746.
17. Oggier, W. (2004). *Internationale Vergleiche*. In G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Eine aktuelle Übersicht* (S. 76–89). Bern: Huber.