



Folgeplanung II zum Psychatriekonzept Basel-Landschaft

Bericht der Planungsgruppe

Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie

zum IST-Zustand ¹

Liestal, 7. Juni 2001

¹ Dieser Bericht ist 2001 gemeinsam mit Dr. Niklas Baer und Dr. Theo Cahn entstanden und ist Teil des Zwischenberichts der Folgeplanung II zum IST-Zustand der Psychiatrischen Versorgung im Kanton Baselland. Er baut auf die Ergebnisse von fünf Arbeitsgruppen auf. Die Berichte der fünf Arbeitsgruppen wurden nach der Einspeisung der Daten ihrerseits zu Ende geführt und sind auf dieser Homepage zu finden.

Mitglieder der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Dr. med. Andreas Manz (*Leiter*), *FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis in Liestal*

Dr. med. Rudolf Balmer, *Psychiater, Praxis in Basel*

PD Dr. med. Jakob Bösch, *Projektkommission*

lic. phil. Karl Bruder, *Psychologe, Psychotherapeut, Praxis in Binningen*

Dr. med. Theodor Cahn, *Projektkommission*

Dr. med. Gustav Loretan, *FMH für Allgemeinmedizin, Praxis in Liestal*

Dr. med. Ferdinand Martius, *Stv. Chefarzt Medizinische Klinik, KSBH*

Dr. med. Hanspeter Stutz, *Oberarzt KPK*

Hans-Peter Ulmann, *Verwaltungsdirektor KPD*

Dr. med. Jörg Wanner, *Oberarzt EPD*

Prof. Dr. Werner Zimmerli, *Chefarzt Medizinische Kliniken, KSL*

Dr. phil. des. Niklas Baer, *akad. Mitarbeiter KPD*

6.2. Notfälle.....	102
6.2.1. Notfalldienst der EPD und der Psychiater-Fachgruppe.....	103
6.2.2. Notfälle der niedergelassenen Psychiater.....	104
6.2.3. Notfälle der Externen Psychiatrischen Dienste.....	105
6.2.4. Notfälle der Kantonalen Psychiatrischen Klinik.....	105
6.2.5. Hausärzte.....	106
6.2.6. Notfälle in den somatischen Spitalern.....	106
6.2.7. Psychiatrische Poliklinik Basel und KIS.....	107
6.2.8. Statthalteramt.....	108
6.2.9. Krankentransport Käch.....	109
6.2.10. Medizinische Notfallzentrale (261 15 15).....	109
6.2.11. Kantonspolizei Baselland.....	109
6.2.12. Frauenhaus / Halt-Gewalt.....	110
6.2.13. Die Dargebotene Hand (Tel. 143).....	110
7. Bestehende Versorgungsangebote.....	112
7.1. Bestehende Strukturen, aufgliedert nach Patienten- und Bedarfsgruppen.....	112
7.1.1. Notfälle und akute Krisen.....	112
7.1.2. Spezifische Behandlung von sozial Integrierten.....	112
7.1.3. Komplexe Behandlung und Betreuung von sozial teilweise oder völlig ausgegrenzten PatientInnen.....	113
7.1.4. Konsiliarpsychiatrie und indirekte Betreuung.....	114
7.2. Bestehende Strukturen, aufgliedert nach den institutionellen Dimensionen....	115
7.2.1. Hausärzte (ambulant, nicht spezialisiert).....	115
7.2.2. Sozialdienste (ambulant, nicht spezialisiert).....	115
7.2.3. Psychiater (ambulant, spezialisiert).....	115
7.2.4. Psychologen (ambulant, spezialisiert).....	116
7.2.5. EPD (ambulant, spezialisiert).....	117
7.2.6. Tageskliniken (teilstationär, spezialisiert).....	119
7.2.7. somatische Kliniken (stationär, nicht spezialisiert).....	119
7.2.8. Kantonale Psychiatrische Klinik (stationär, spezialisiert).....	121
Ambulante Nachbehandlung der Heavy Users.....	123
7.2.9. Weitere Psychiatrische Kliniken (stationär, spezialisiert).....	126
7.3. Geographische Verteilung im Kanton (in der Region)	126
7.3.1. Versorgung der oberen Baselbietes.....	128
7.3.2. Versorgung des unteren Kantonsteils.....	128
7.3.3. Versorgung des Laufentals.....	128
7.3.4. Versorgung des Schwarzbubenlandes.....	128
7.4 Schnittstellen, Koordination, Vernetzung.....	128
7.4.1. Schnittstelle ambulant – stationär.....	128
7.4.2. Schnittstelle unter den ambulanten Anbietern.....	129
7.4.3. Schnittstelle nichtspezialisiert – spezialisiert.....	129
7.4.4. Schnittstellen regional.....	130
7.5. Beurteilung.....	130
7.5.1. Kapazität der psychiatrischen Versorgung.....	130
7.5.2. Qualität der psychiatrischen Versorgung.....	134
7.5.3. Festgestellte Mängel der psychiatrischen Versorgung.....	134
8. Zusammenfassung zum Stand der Versorgung.....	137
8.1. Quantitativ: Bedarf und bestehendes Angebote sowie Lücken.....	137
8.2. Stand der Koordination und Vernetzung.....	138
8.3. Qualitative Beurteilung der Versorgungsstrukturen.....	138
8.4. Perspektiven und Risiken der gegenwärtigen Strukturen.....	138

1. Allgemeines und Einleitung

Der vorliegende Bericht soll ein eingehendes und zum guten Teil empirisch überprüfbares Bild der gegenwärtigen allgemeinpsychiatrischen Versorgung des Kantons geben. Es handelt sich, entsprechend dem Auftrag, den die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie von der Projektkommission erhalten hat, um einen Zwischenbericht aus einer laufenden Arbeit, der eine erste Planungsphase abschliesst. Es werden – trotz des erheblichen Umfangs - viele Unvollständigkeiten und Unfertigkeiten in Kauf genommen werden, um den Fortgang der Arbeiten nicht zu bremsen. Die Erhebungen wurden noch nicht bis in alle Feinheiten ausgewertet, sondern nur so weit, als es die Darstellung der wesentlichen Daten und Problemlagen erforderte.

Die Planungsgruppe kam seit dem 23.5.2000 zu 12 Plenarsitzungen zusammen. Die Arbeit der Gruppe wurde zunächst nicht nach den institutionellen Gesichtspunkten strukturiert, sondern wesentlich nach Zugangswegen, welche die Patientenbedürfnisse und Erfahrungen besser zur Geltung bringen:

- PatientIn kommt mit manifesten oder zu vermutenden psychischen Problemen/Krisen/Störungen in die hausärztliche Praxis.
- PatientIn im somatischen Spital (KSL, KSB) zeigt eine psychiatrische oder psychosomatische Problematik als Haupt- oder Nebenergebnis.
- PatientIn (bzw. Angehörige) wendet sich direkt an ambulante oder stationäre psychiatrische Fachinstanz (Praxis, EPD, Klinik).

Ergänzt wurde dieser Zugang durch direktes Eingehen auf die Probleme der Notfälle, der sozial schlecht Integrierten und der ausländischen Bevölkerung und schliesslich durch die Betrachtung der Institutionen.

Der Bericht stützt sich

- auf die Expertise der Planungsgruppenmitglieder
- auf Hearings bei Angehörigengruppen, bei SozialarbeiterInnen von Gemeindefachdiensten, Vertretern der Kantonspolizei, Statthalteramt, Krankentransport, Nottelefon, Frauenhaus etc.
- vorhandene statistische Daten der Institutionen
- eigens im Kanton durchgeführte empirische Erhebungen mit Fragebogen:
 - bei HausärztInnen
 - bei privat praktizierenden FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie
 - bei privat praktizierenden PsychotherapeutInnen
 - Rating der austretenden PatientInnen der Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz
 - Erhebung über die Nutzung des EPD-Konsiliardienstes an den Kantonsspitalern.
- Die ausgewerteten Daten sind im umfangreichen Anhang abgebildet.

Die Autoren dieses Berichtes sind zum einen die Mitglieder der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie:

Dr. Niklas Baer, Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter der KPK Liestal
Dr. Rudolf Balmer, Psychiater in eigener Praxis, Basel
PD Dr. Jakob Bösch, Chefarzt EPD Liestal, Münchenstein und Bruderholz
Lic.phil. Karl Bruder, Psychotherapeut in eigener Praxis, Binningen
Dr. Theodor Cahn, Chefarzt KPK Liestal
Dr. Gustav Loretan, Hausarzt in eigener Praxis, Liestal
Dr. Ferdinand Martius, Stv. Chefarzt Medizinische Klinik Kantonsspital Bruderholz
Dr. Andreas Manz, Psychiater in eigener Praxis, Liestal (Leitung)
Dr. Hanspeter Stutz, Oberarzt der KPK Liestal
Dr. Jürg Wanner, Stv. Chefarzt EPD Bruderholz
Hans-Peter Ulmann, Verwaltungsdirektor der KPK Liestal
Prof. Werner Zimmerli, Chefarzt Medizinische Klinik Kantonsspital Liestal

Weitere Autoren waren:

Dr. Peter Buess, Facharzt Psychiatrie FMH, Binningen
Irene Hirzel, Personalchefin der KPD
Frau Käch, Käch-Krankentransporte, Dornach
Antonio Marcello, MUSUB, Basel
Lic.phil. Verena Messerli-Rohrbach, wissenschaftliche Mitarbeiterin der EPD Liestal †
Lic.jur. I. Pfeiffer, akad. Mitarbeiter Statthalteram Arlesheim
Ariane Rufino, Leiterin Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt, JuPoMi-BL, Liestal
Josefine Schenk, Medizinische Notfallzentrale, Basel
P. Winter, Dargebotene Hand (Nr.143), Basel

2. Begriffe und Definitionen

Die **Allgemeinpsychiatrie** umfasst den zentralen, nicht weiter spezialisierten Versorgungsbereich der Behandlung und Betreuung zur Behandlung von PatientInnen mit psychischen Störungen – also die psychiatrische Grundversorgung. Im Kern geht es um definierbare psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter (psychische Störungen entsprechend der ICD-10 Terminologie, vor allem die Gruppen F2 – F6). Die Betrachtung der Planungsgruppe grenzt sich nicht strikt gegenüber den Fragen der Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Suchtprobleme und Rehabilitation ab (welche andere Planungsgruppen bearbeiten).

Psychosomatik ist nicht identisch mit Psychiatrie, aber die Überschneidungen sind naturgemäss sehr breit. Bestimmte Abtrennungen liegen nicht in der Sache und bleiben auch hinsichtlich der institutionellen Zuordnung diskutabel, besonders wenn man eine ganzheitliche Auffassung des Krankseins zugrunde legt. Die Fragen der Schnittstellen (Zusammenarbeit und Zuständigkeit der verschiedenen Versorger) zur somatischen Versorgung erhält in der vorliegenden Planung ein besonderes Gewicht.

Jedes psychische Leiden ist in Manifestation und Verlauf abhängig vom Beziehungsfeld und sozialen Kontext. Die **Sozialpsychiatrie** greift diesen Aspekt systematisch auf. Die Folgeplanung II verfolgt wie die vorangehende Konzepte eine sozialpsychiatrische Optik. Dadurch ergeben sich Überschneidungen und Vernetzungen zur Sozialberatung, Gemeinwesenarbeit, ärztlichen Lebensberatung etc., die nicht vermieden werden, zumal hier auch viel präventives Potential liegt.

Psychotherapie gehört integrierend zur psychiatrischen Behandlung, weil diese immer auf Beziehung aufbaut. Aber nicht alle Psychotherapie gehört zum Kernbereich der Psychiatrie: Einmal ist erweiternd festzuhalten, dass in jeder nicht rein technisch aufgefassten ärztlichen Tätigkeit eine psychotherapeutische Komponente zu finden ist, die auch eine bestimmte Professionalität erfordert. Zum anderen befasst sich die Psychotherapie auch mit Fragen von persönlichen Entwicklung, Beziehungen etc., ohne dass psychische Störungen vorliegen. Auch dieses ärztliche und psychologische Umfeld muss die Psychiatrie vor allem aus präventiven Gründen interessieren.

3. Rahmenbedingungen und Veränderungen seit 1990

3.1. Gesellschaftlich

Die Entwicklung zur globalisierten Dienstleistungsgesellschaft ist auch in unserer Region weitergegangen. Der Anteil der an traditionelle Sozialstrukturen und einen engen lokalen Kreis stark gebundenen Bevölkerung nimmt weiter ab. Im Kanton holt vor allem das Oberbaselbiet diese Entwicklung nach, die im unteren Kanton schon vorangegangen ist. Im Zuge dieses gesellschaftlichen Wandels wird gesundheitliche und psychosoziale Hilfe immer arbeits-teiliger und professioneller erbracht. Es gibt mehr Ärzte, Psychiater, Psychologen und Institutionen, die an der Erbringung dieser Hilfe beteiligt sind. Und sie werden gebraucht. Dies schlägt sich in steigenden Kosten nieder.

Unsere Gesellschaft wurde in den Neunziger Jahren durch den wirtschaftlichen Einbruch stark verunsichert. Dies wirkt auch jetzt noch zur Zeit guter Konjunktur nach. Psychisch Kranke und Behinderte können heute kaum mehr vom Aufschwung profitieren: Der Druck zur Ausgliederung von Leistungsschwachen und Behinderten aus dem ökonomischen Hauptstrom entspricht vielmehr einer sehr langfristigen strukturellen Entwicklung, die schon seit Ende der Siebziger Jahre zu beobachten ist. Es ist nichts anderes übrig geblieben, als mit öffentlichen Mitteln und mit privater Wohlfahrt ökonomische und soziale Nischen bereitzustellen, die mindestens eine teilweise Integration ermöglichen. Die Ausgrenzung der Leistungsschwächeren aus dem Mehrwertprozess der Lohnarbeit bedeutet ein ständiges Handicap für die Betroffenen und ein epidemiologisch relevantes Gesundheitsrisiko. Die gestiegenen Kosten für die professionelle psychosoziale Hilfe und die gestiegenen Rentenkosten sind volkswirtschaftlich relevant.

Andererseits haben Vorbehalte und Diskriminierungstendenzen gegenüber psychisch Kranken und der Psychiatrie in ihrer Manifestation insgesamt abgenommen – man muss aber weiterhin mit ihnen rechnen. Mit der Abnahme ist eine Senkung der Schwelle zur Benutzung von psychiatrischen Fachinstanzen verbunden.

Obwohl ein hoher Anteil ausländischer Bevölkerung nichts Neues ist, hat sich deren Zusammensetzung verändert und die Haltung der Einheimischen ist eher kritischer geworden: Die Immigrantens-Bevölkerung aus den lateinisch-mediterranen Ländern hat sich konsolidiert, ihr Anteil nimmt ab. Dagegen hat der Anteil aus dem Balkan und der Türkei zugenommen, bei einem Teil dieser Migranten sind die sprachlichen, kulturellen und religiösen Integrationshindernisse grösser als früher. Das ist auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung eine zusätzliche Schwierigkeit. Deutlich zugenommen haben die Flüchtlinge und andere Migranten mit Erfahrung kriegerischer, politischer und sozialer Gewalt und entsprechenden Traumatisierungen. Zudem ist deren Lebenslage in der Schweiz besonders unsicher. Die Flüchtlinge sind epidemiologisch eine entwurzelte Bevölkerung mit hohem Gesundheitsrisiko und benötigen psychiatrische Leistungen in besonderer Weise.

3.2. Demographisch

Bis in die Achtziger Jahre konnte der Kanton Baselland demographisch als "junger Zuwanderungskanton" mit starkem Bevölkerungswachstum gelten. Das Psychiatriekonzept von 1980 steht im Kontext eines gesamthaften Aufbaus von Infrastruktur, den der Kanton wegen seines Wachstums und seiner schrittweisen Loslösung vom Nachbarkanton zu leisten hatte. Diese Dynamik ist beendet.

Die Altersverteilung gleicht sich dem Landesdurchschnitt an. Die Folgen des steigenden Durchschnittalters für die *allgemeinpsychiatrische* Versorgung sind grob gesehen wahrscheinlich nicht sehr erheblich, da psychische Erkrankungen, anders als die im Alter ansteigende Tendenz der medizinischen Leiden, alle Lebensalter in vergleichbarer Masse treffen (wenn auch die Risiken bei den verschiedenen Diagnosen unterschiedlich sind).

3.3. Gesetzlich

Die wichtigste Gesetzesänderung der letzten Dekade, die Einführung des neuen KVG, hatte im Bereich der psychiatrischen Akutbehandlungen kaum Auswirkungen. Hingegen hat sich der Druck auf langfristige Behandlungen erhöht. Bei stationären Behandlungen ist die Aussteuerung zwar de jure weggefallen, doch die Krankenkassen vermuten rasch, dass keine "Akut- oder Rehabilitationsbehandlung" mehr vorliege und der Patient als Pflegefall gelten müsse. Dank einer Vereinbarung mit dem Krankenkassenkonkordat über ein Berichtsschema mit klaren Kriterien konnte die KPK diesen Druck weitgehend auffangen (cf. 3.4. Finanzierung).

Im ambulanten Bereich geht der Konflikt um langfristige Psychotherapien, deren Effizienz bestritten wurde. Diese Debatte ist aber wieder in den Hintergrund getreten: Einerseits wurden genügend Belege für die Effizienz langfristiger Therapien erbracht, andererseits werden heute tatsächlich weniger Psychotherapien sehr langfristig angelegt. Dabei muss betont werden, dass psychiatrische Betreuungen von psychisch chronisch Kranken und Behinderten etwas anderes sind als Psychotherapien im engen Wortsinne.

3.4. Finanzierung

Niedergelassene Psychiater

In der privaten Praxis bringt die Zunahme von Rechtfertigungsberichten sehr viel Mehraufwand mit sich. Besonders unbefriedigend ist, dass dabei administrative Belange die sachliche Kommunikation zwischen den Ärzten und den Vertrauensärzten zunehmend dominieren. Die Wirkung auf das Gebot der Kostenverantwortlichkeit mag dabei nicht richtig zu überzeugen, werden doch hauptsächlich auf beiden Seiten lediglich Zusatzkosten (bei den Versicherungen) und Zusatzarbeit (bei den Ärzten) verursacht.

Niedergelassene nichtärztliche Psychotherapeuten

Die Kostenübernahme bei den „nichtärztlichen“ Psychotherapeuten durch die Grundversicherung ist noch nicht geregelt, obwohl das neue KVG dies seit 1993 vorsieht.

Tarmed

Die Auswirkungen von Tarmed können noch nicht abgeschätzt werden. Eine Besserstellung der ärztlichen Leistung der PsychiaterInnen, wie dies der Philosophie von Tarmed entsprechen würde, ist nicht eingetreten. Das Gegenteil muss befürchtet werden.

BSV/Rehabilitationseinrichtungen

Das BSV mit seinen internen Entwicklungen und die dadurch verursachte Unruhe in den Rehabilitationseinrichtungen bereiten teilweise auch den freipraktizierenden Psychiatern grosse Sorge. Bei den stationären Rehabilitationsinstitutionen ist in den vergangenen Jahren durch die Einführung von Vollkostenrechnungen zuhanden der Benutzer eine neue Schwierigkeit aufgetreten, die den sozialpsychiatrischen Prinzipien und Zielen entgegenläuft. Die Folgen sind auch in der Akut- und Allgemeinpsychiatrie durch die Einsetzung eines Zugangsfilters spürbar.

Zusätzlich ist durch die Kostenträgerverschiebungen im Gesundheitswesen die Tendenz spürbar, die Sozialversicherungen niederschwelliger mit dem Antrag auf eine Berentung in Anspruch zu nehmen. Es gibt z.B. weniger Möglichkeiten, auf anderem Wege geschützte Wohn-einrichtungen oder Beschäftigungsprogramme zu finanzieren. Es fand eine zunehmend akzentuierte Trennung zwischen dem freien Arbeitsmarkt und den Beschäftigungen im geschützten Rahmen mit faktisch fehlenden Wiedereingliederungsmöglichkeiten statt.

Die restriktive Praxis in Bezug auf Ausschluss jeglicher "sozialmedizinischer Beimischung" erzeugt, weil zumindest im psychiatrischen Feld nicht der Sachlage entsprechend, massive Probleme (vor allem im Bereich der Rehabilitation). Auf BSV-Druck mussten die KPD Produktionsateliers und Heime organisatorisch von der Klinik trennen. Den Patienten / Behinderten in den KPD- Einrichtungen sind durch den organisatorischen Schnitt kaum direkt spürbare Nachteile erwachsen. Die Subventionsbedingungen erschweren aber den Zugang. Es braucht immer wieder Einsatz, damit "Betroffene" nicht an den Abschnittsgrenzen zwischen KVG-, BSV- und AI-Finanzierung ins Leere fallen.

Krankenversicherer, Kliniktaxen, Qualitätsmanagement

Die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern, insbesondere auch die Verhandlungssituation, hat sich verhärtet. Der Druck der Prämienzahler zeigt Folgen. Positiv ausgewirkt hat sich, dass die KPD in den Verhandlungen für die Kliniktaxen 2000 losgelöst von den somatischen Kantonsspitalern verhandelt haben. So konnten sie die spezifischen Anliegen besser vertreten. Das KVG brachte vor allem den Versuch der Kassen, alle stationären Patienten nach spätestens 90 Tagen als "Pflegefälle" laufen zu lassen. Dem konnte mit einem spezifischem Zeugniswesen und klaren Kriterien, auf dem Wege der Vereinbarung erfolgreich entgegengetreten werden. Die Kriterien bringen es mit sich, dass die KPK schlussendlich doch einige chronische Patienten als Pflegefälle führen muss. Noch nicht abzusehen sind die Auswirkungen des vom KVG verlangten Qualitätsmanagements, das zur Zeit in den KPD eingeführt wird, namentlich welche externe Standards dies zur Folge hat.

Spitalbedürftigkeit

Konstruktiv haben sich die gemeinsam vom Verband BL Krankenversicherer und der KPK erarbeiteten Kriterien für die Spitalbedürftigkeit ausgewirkt. Zur Zeit bemüht sich die KPK, diese Zusammenarbeit in Richtung Case Management weiter zu entwickeln.

Verwaltung, Leistungsaufträge, NPM

WoV, die wirkungsorientierte Verwaltungsführung im Kanton BL, hat den KPD in begrenztem Rahmen neue unternehmerische Freiheiten beschert. Es wurde möglich, den Leitungen der einzelnen Aufgabenbereiche (KPK, EPD, KJPD, DBL, KAL, etc.) grössere Kompetenzen - mit der entsprechenden Verantwortung - zu übertragen. Stellenstop etc. wurden aufgehoben. Bei der Formulierung der Leistungsaufträge konnte die Klinik stark mitarbeiten. Sie passen daher ins Konzept. Das Globalbudget bringt einige willkommene Spielräume, dank Lockerung der ehemals starren Stellenpläne. Äusserst kontraproduktiv wirkt aber die strikte Jahresperiodisierung, man kann nur kurzatmig reagieren.

3.5. Konsequenzen für die betroffenen Patienten

Wie in der Gesamtgesellschaft scheint sich die Schere zwischen denjenigen Personen, welche in der Lage sind zu profitieren und denjenigen, welche von der Entwicklung abgehängt werden, zu öffnen. Dabei ist in unserem Zusammenhang nicht allein das ökonomische Potential von Belang, sondern auch die erhaltene psychische Kraft: Wenn jemand trotz seiner Störung noch die psychische Durchhaltekraft besitzt, um auszuwählen (und sich als „Kunde am Markt“ zu verhalten), hat er heute in unserer Region im allgemeinen gute Chancen, eine adäquate Behandlung zu finden. Das Angebot an SpezialärztInnen, TherapeutInnen und Therapieformen ist breit.

Wenn jemand so dekompenziert, dass keine Wahl mehr besteht, stehen ihm ebenfalls qualifizierte Institutionen bereit, die ihn für eine akute Phase professionell übernehmen, aber häufig nur in kurzfristiger Optik funktionell intervenieren und unter dem Druck der Notwendigkeit stehen, Kapazitäten für den nächsten dringenden Fall frei zu bekommen. Bei chronischer Krankheit und Beeinträchtigung stehen wiederum viele andere Institutionen und Einrichtungen bereit. Dort droht aber eine nur schwer zu durchbrechende Ausgrenzung – nicht mehr, wie noch vor einer Generation, im Rahmen der "totalen Institution", durch eine dauernde Internierung in der psychiatrischen Anstalt, sondern durch ein Hängenbleiben im Bereich von Wohnheimen, Behindertenwerkstätten oder ähnlichen intermediären Einrichtungen. Dies geschieht nicht zuletzt durch die Zuschreibung der Sozialversicherungen als "IV-berentet" und evtl. "pflegeheimbedürftig". Das ist wohl besser als die "Aussteuerung" früherer Zeiten, bedeutet aber immer noch eine gesellschaftliche "Entsorgung" und eine Aufforderung zur Resignation für alle Beteiligten.

4. Entwicklung des fachliches Umfeld

4.1. Krankheits- und Störungsverständnis

Standardisierte Diagnosemanuale

In der vergangenen Dekade haben sich die deskriptiv und operational orientierten Diagnosemanuale durchgesetzt, namentlich das ICD-10 der WHO – in der Schweiz seit 1994 verbindliche Nosologie²⁾ für die Statistik der Psychiatrie-Institutionen. Die vordem ausgeprägten nationalen bzw. sprachräumlichen Begriffe und diagnostischen Kulturen wurden erstaunlich rasch zur Seite gelegt. Die Vereinheitlichung auf der Basis definierter psychopathologischer und zeitlicher Kriterien bringt evidente Vorteile. Die fachliche Diskussion ist damit viel pragmatischer geworden. Sie hat aber eher an Tiefgang verloren, da die statistischen Korrelationen in diesem System höher als die Sinnzusammenhänge gewertet werden und weil die Dynamik des subjektiven Erlebens als auch die sozialen Belange bei der Zusammenstellung der Kriterien wenig Gewicht erhalten haben. Das Durchdringen der internationalen, standardisierten Klassifikation bedeutet für die Psychiatrie einen wesentlichen Schritt zur Globalisierung. Das Vergleichen ist erheblich erleichtert worden: Das gilt für wissenschaftliche Untersuchungen als auch für ökonomische Zwecke. Für die psychiatrische Versorgung bedeutet das, dass verlässlichere diagnostische Daten zur Verfügung stehen. Diese bilden aber, wegen der obigen Einschränkung des diagnostischen Systems, wesentliche Aspekte psychischen Leidens und psychischer Behinderung nicht ab. Eine einseitige Ausrichtung auf die operationale Diagnostik als Datenbasis – wie sie sich zur Zeit Gesundheitsökonomien anzubieten scheint – würde eine Fehlorientierung in den einzelnen Behandlungen wie im Versorgungssystem zur Folge haben.

Biologische Psychiatrie

Im gleichen Zeitraum haben die biologisch-naturwissenschaftliche und die empirisch-behaviorale Auffassungen in der Psychiatrie erheblich an Gewicht gewonnen, besonders im universitären Bereich. Die biologische Psychiatrie befindet sich, was die Forschung betrifft, deutlich im Aufwind. Sie steht oft im Zusammenhang mit merkantilen Interessen bei der Einführung von Medikamenten. Die Kenntnisse und Modellvorstellungen über genetische Grundlagen und das biologische Substrat psychischer Vorgänge haben markant an Differenzierung gewonnen. Praktische Fortschritte brachten bildgebende Verfahren für die Diagnostik und eine Palette neuer Psychopharmaka (Antidepressiva, "atypische" Neuroleptika), welche eine Optimierung erlauben, aber bisher keine grundsätzlich neuen Behandlungsfelder eröffnen.

Verhaltenstherapeutische und kognitive Methoden

Gleichzeitig haben mit derselben Entwicklung die behavioralen (lerntheoretischen) Methoden aus der akademischen Psychologie in die Psychiatrie hinein gewirkt. Es ist eine Psychologie, die ihre Störungsmodelle auf die beobachtbaren und operationalisierbaren Phänomene des Verhaltens und der Kognition aufbaut. Diese Methodik hat, wiederum vor allem im universitären Bereich, den Anschluss an die operationale Diagnostik gefunden: Es wurden störungsspezifische psychotherapeutische Behandlungsprogramme auf kognitiv-verhaltenstherapeuti-

²⁾ Nosologie = der Teil der Krankheitslehre, der sich mit der Systematik und Beschreibung von Krankheiten beschäftigt.

scher Basis entwickelt, für welche man im Rahmen des gegebenen empirischen Zugangs mindestens eine kurzfristige Effizienz nachweisen konnte. Die Normierung der Behandlung und Reduktion der Komplexität auf ein einfaches, isoliertes Störungskonzept findet aber auch Kritik.

Störungsorientierung

Diese skizzierte fachliche Entwicklung stützt sich auf eine recht pragmatische Auffassung, welche versucht, die unangepassten und störenden Phänomene als solche zur Grundlage des nosologischen und therapeutischen Konzeptes zu machen (z.B. "Angststörung", "Zwangsstörung" etc. anstelle des Neurose-Begriffes). Dabei bleiben die weniger bewussten, motivationalen Hintergründe und der sozialen Kontext weitgehend unbefragt, da sie sich der Empirie weniger einfach erschliessen (sog. "atheoretisches Vorgehen").

Stagnation psychodynamischer und sozialpsychiatrischer Konzepte

Auf der anderen Seite haben die psychodynamischen Verfahren und psychoanalytischen Konzepte auf der wissenschaftlichen Ebene eher stagniert und im akademischen Bereich deutlich an Position verloren. Auch die Sozialpsychiatrie hat, nachdem viele Versorgungspostulate umgesetzt sind, an fachlicher Dynamik verloren. Der gesellschaftskritische Ansatz, der der Sozialpsychiatrie inne wohnt, deckt sich schlecht mit dem auf Effizienz ausgerichteten Denken. Die seit einigen Jahren deutlich zu beobachtende Steigerung der Nutzung psychiatrischer Fachstellen ist an der Sozialpsychiatrie weitgehend vorbeigegangen. Die gesteigerte Nachfrage psychiatrischer Dienstleistungen haben bislang keine neue Versorgungskonzepte hervorgebracht.

Die ganze Entwicklung zeigt bezüglich Therapie unterschiedliche und ambivalente Konsequenzen. Einerseits gibt es eine starke Fokussierung auf die Symptome bzw. unangepasste Verhaltensweisen. Diese sollen beherrscht werden, wobei man sich offen zeigt, ungeachtet von grundsätzlichen Positionen jegliche Methoden zu erproben und zu kombinieren. Den Erfolg kann man auf Messskalen angeben. Andere Ebenen der Zielsetzung wie Befreiung von Entwicklungshindernissen, Förderung der Beziehungsfähigkeit, Einsicht in bisher unbewusste Zusammenhänge oder Integration einer Biographie, scheinen dabei in den Hintergrund zu treten. Dies gilt vor allem unter dem Druck des Nachweises von Effektivität und Wirtschaftlichkeit, welche von den Sozialversicherungen verlangt werden. Aber es gibt Gegenbewegungen, welche die Ressourcen, das Entwicklungspotential und die Lebensqualität ins Zentrum der Zielsetzung stellen. Es wird auch wieder nachdrücklich darauf hingewiesen, dass diejenigen Erkrankten und Behinderten – und ihre Angehörigen und primäres Umfeld – die besondere Aufmerksamkeit der psychiatrischen Versorgung benötigen, welche professionelle Hilfe nicht angemessen aufsuchen oder nicht rational umsetzen, bzw. nicht marktgerecht konsumieren können. Es sind gerade solche, welche von schwereren Erkrankungen und deren sozialen Folgen betroffen sind.

Folgen der „Demedikalisierung“

Ungünstigerweise hat man aus Gründen der IV-Finanzierungsstruktur den Problembereich der psychischen Behinderung aus dem medizinischen Zuständigkeit herausgebrochen. Den Inter-

essen der Betroffenen dient diese "Demedikalisierung", die in Wirklichkeit eine Desintegration bedeutet, in keiner Weise. Es ist hier eine paradoxe Entwicklung festzustellen: staatliche Verwaltungsorgane haben begonnen, unter der Maxime der Qualitätssicherung und einer reglementierten Finanzierungsweise (Vollkostenrechnung an den Benutzer) starken Einfluss auf die sozialpsychiatrische Versorgung zu nehmen. Sie haben damit eine qualitätsbehindernde Veradministrierung und durch neudefinierte Finanzierungsformen starken Einfluss auf die konzeptionellen Rahmenbedingungen genommen, ohne dass dies eigentlich beabsichtigt war. Die bestehenden Verständigungsschwierigkeiten (man spricht nicht die gleiche Sprache, hat keine gemeinsamen Ziele und Grundlagen) blockieren wesentliche Kräfte. Es entsteht in unbewusster Weise ein gefährliches Rutschen in alte kustodiale Versorgungstendenzen mit einer Vollverwaltung der Patienten in komplizierten Finanzierungsschematas.

4.2. Auffassungen bezüglich Zuständigkeit der Psychiatrie

Medikalisierung

Insgesamt hat sich die Psychiatrie in den neunziger Jahren vermehrt nach empirisch-naturwissenschaftlichen Denkmustern ausgerichtet und damit sich der Denkweise der somatischen Schulmedizin wieder angenähert. Dieser Prozess wird soziologisch als "Medikalisierung" beschrieben. Mit der Medikalisierung wird die Zuständigkeit der Psychiatrie wieder vermehrt als eine Kompetenz zur somatisch orientierten Abklärung und medikamentösen Therapie, verbunden mit direktiven Verhaltensanleitungen wahrgenommen.

Demedikalisierung in Früherfassung und Prävention

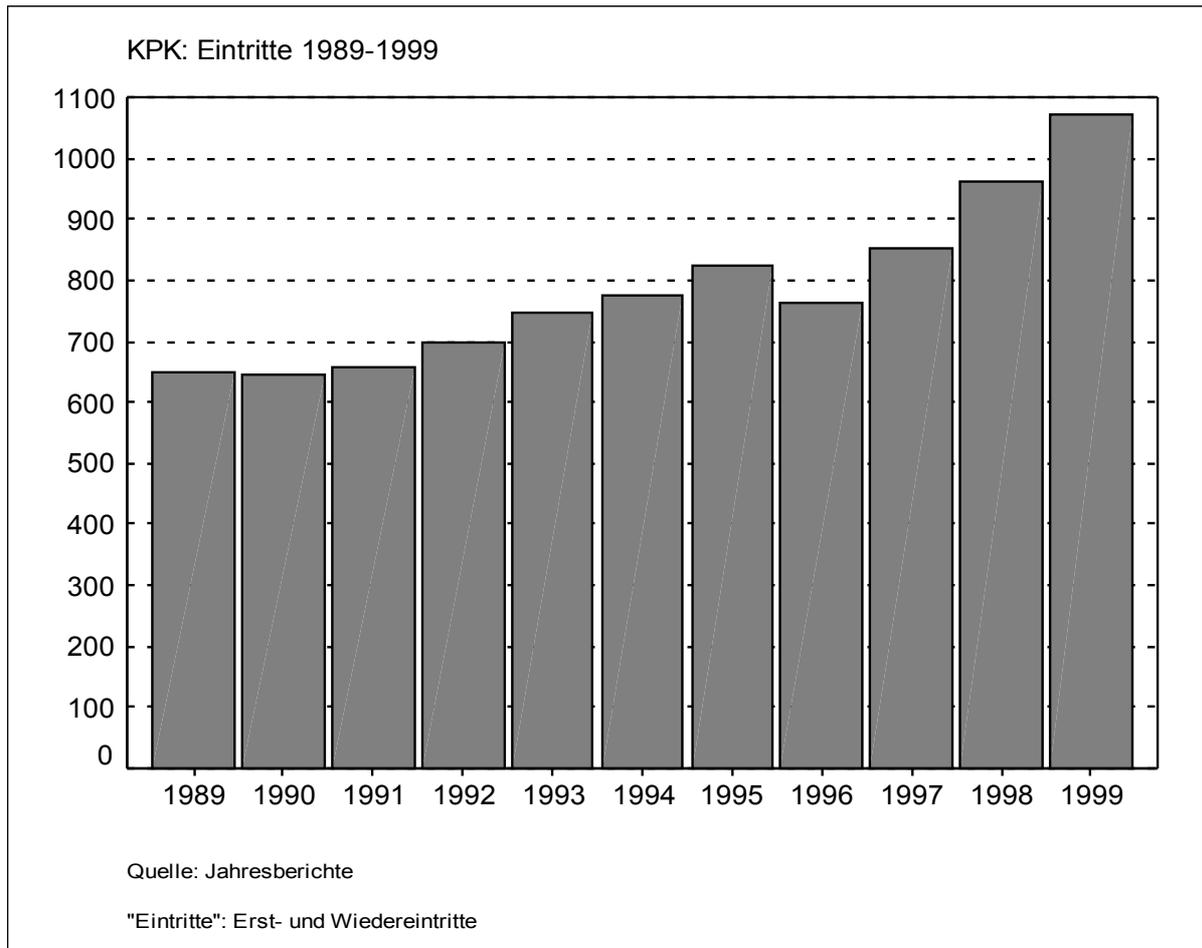
Im Gegenzug besteht wie erwähnt eine Tendenz, Bereiche der Rehabilitation und des Wirkens im primären oder institutionellen sozialen Feld von der Psychiatrie abzutrennen: also diejenigen Bereiche vollständig zu "demedikalisieren", welche in der Sozialpsychiatrie vormals integriert wurden, aber zum medizinfremden Pol des Brückenfaches Psychiatrie gehören. Institutionell wird dies vor allem erkennbar in der im vorhergehenden Abschnitt erwähnten, strikten Politik der IV, die Psychiatrie aus den von ihr subventionierten Einrichtungen herauszuhalten. In den psychiatrischen Kliniken werden Milieufragen, sofern man sie noch wahrnimmt, tendenziell immer mehr an die Pflege delegiert. Auch möchten die Krankenkassen möglichst alle längerfristigen stationären Behandlungen als Pflegeheimfälle klassieren. Die Sozialpsychiatrie hat in der letzten Dekade mit ihrer zurückgehenden fachlichen Dynamik auch an Integrationskraft verloren.

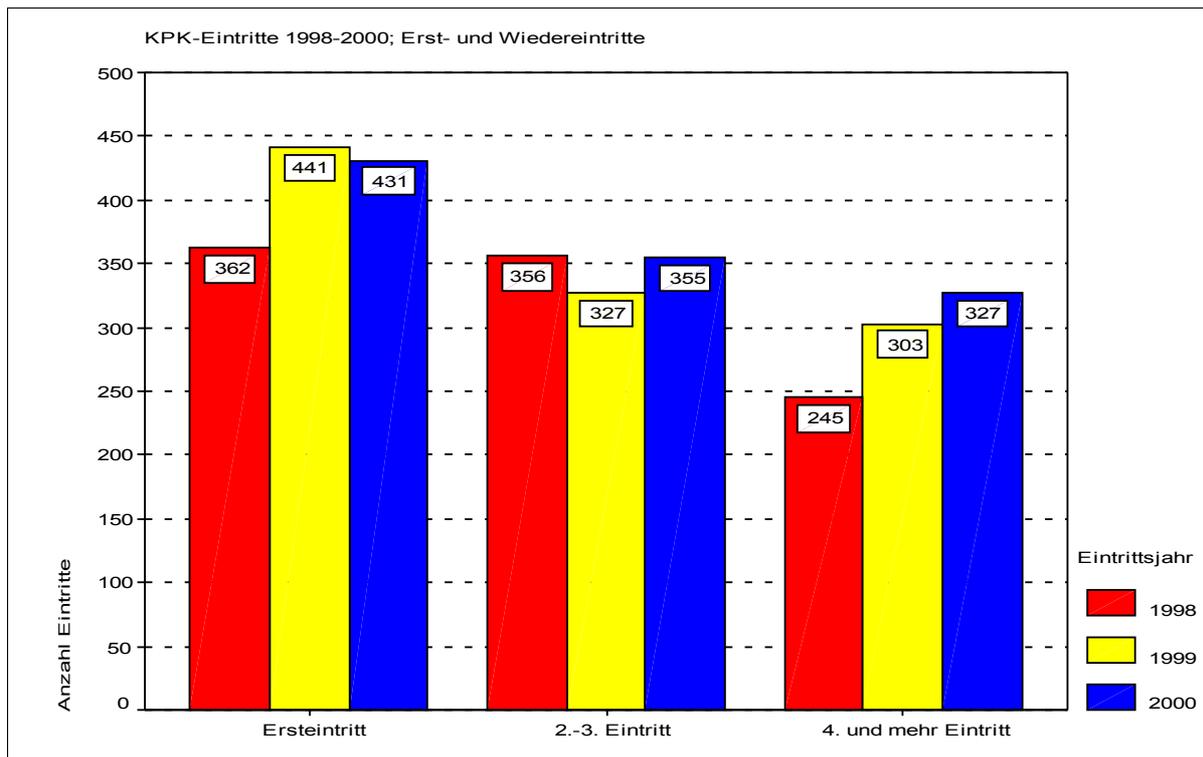
Psychiatrie ist zunehmend Notfallpsychiatrie

Die Zuständigkeit der Psychiatrie ist dort, "wo es brennt" – wo Krisen mit auffälligem oder gefährlichem Verhalten einhergehen und ein Eingreifen erfordern, weniger bestritten (und weniger gefürchtet) als früher und wird vermehrt eingefordert. Die Konsequenz davon ist eine vermehrte Inanspruchnahme ambulanter und stationärer psychiatrischer Instanzen. Dabei verkürzen sich die einzelnen Behandlungsphasen im Durchschnitt, vor allem weil die langen Behandlungen zurückgehen. Dieser globale Trend bildet sich auch in der KPK ab. Er ist ja auch in den Zielen des Psychiatriekonzeptes enthalten. Allgemeinpsychiatrie wird immer mehr zur Akutpsychiatrie, besonders an den öffentlichen psychiatrischen Institutionen.

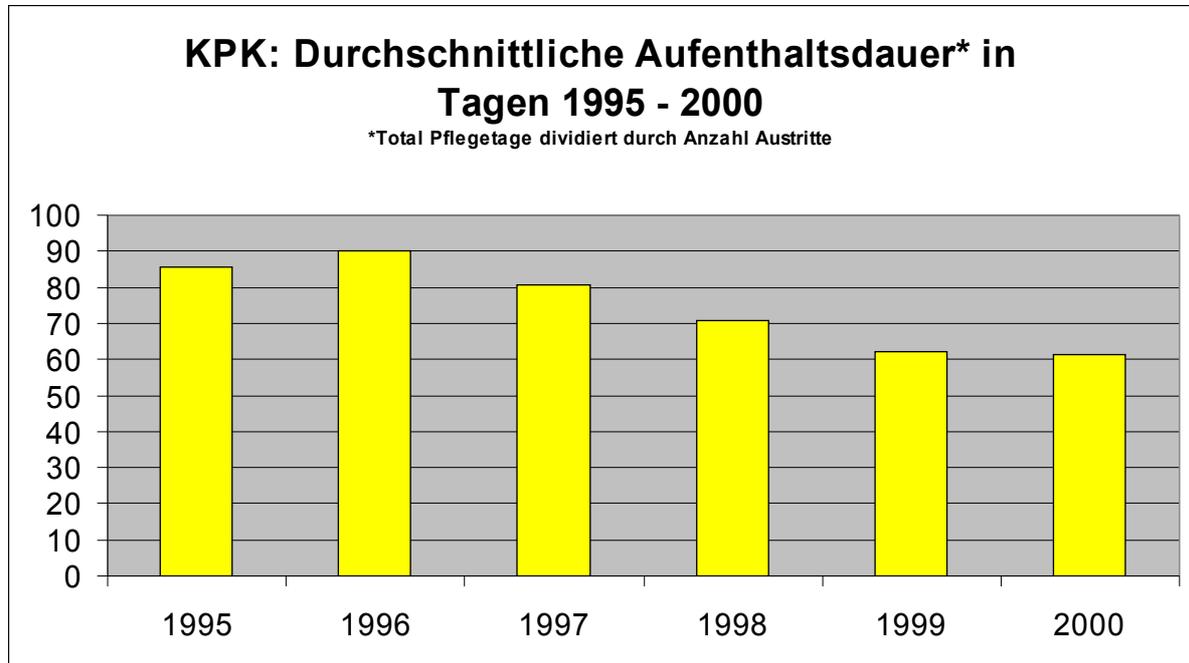
Diese Entwicklung dürfte heute zu einem problematischen Punkt gelangt sein, an welchem die langfristige, kontinuierliche Behandlung und Betreuung von psychisch Kranken und Behinderten zuwenig als spezifisch psychiatrisches Anliegen gewertet wird. Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich auch die kurzfristigen Interventionen nicht weiter komprimieren lassen, ansonsten eine Zunahme des gefährlichen Drehtürmechanismus droht. Ein Zeichen dafür mag bereits heute die überproportional steigende Zahl an Wiederaufnahmen in der KPK sein:

a) *KPK: Eintritte und Wiedereintritte*

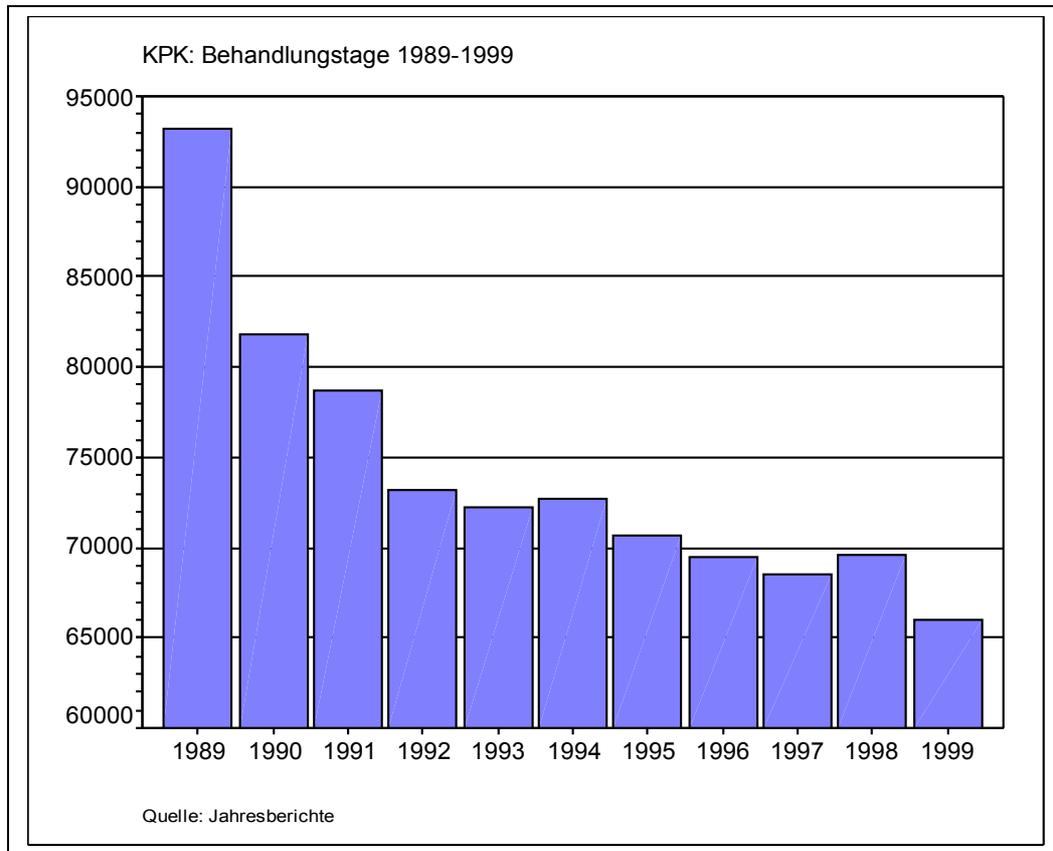




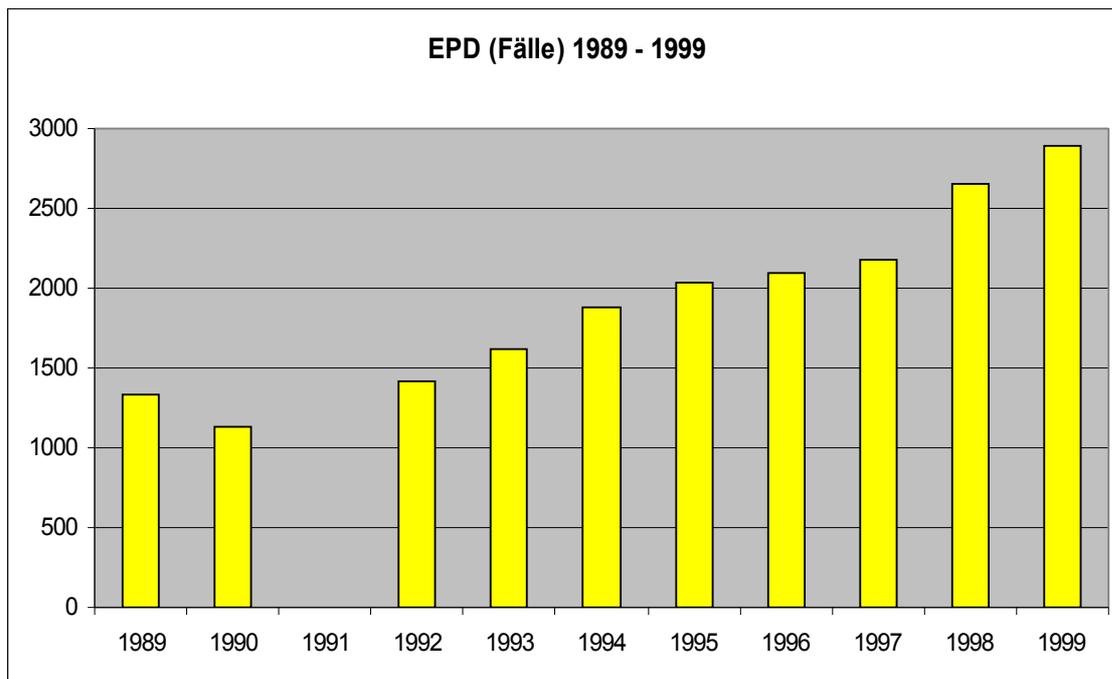
b) KPK: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer



c) *KPK: Pflegetage*



d) *EPD: Fallzahlen*



4.3. Behandlungs-, Interventionsziele und –grundsätze

Einseitige Dominanz der Symptomatik

Die Entwicklung der Grundsätze und Ziele der Behandlung hängen stark mit dem Krankheitsverständnis (Kapitel 4.1.) zusammen. Eine methodische Einheit hat es aber in der Psychiatrie nie gegeben, wohl aber einen mehr oder weniger starken "Mainstream". Dieser zielt heute viel eindeutiger auf Symptombeherrschung als früher. Das Vorgehen, welches heute an den Universitätsinstitutionen propagiert wird, ist vor allem pharmakologisch und verhaltenstherapeutisch orientiert. Dieses findet eine Stütze in der empirischen Überprüfung und scheint auch von wirtschaftlicher Seite klare Vorteile zu bieten.

Diese Sicht erweist sich aber als einseitig: So haben die Patienten und das Laienpublikum nach wie vor starke Widerstände gegen die "chemische Beeinflussung des Seelenlebens". Die Psychiatrie scheint vom Stigma der Verrücktheit unvermittelt ins Stigma der seelenlosen, technischen Medizin zu fallen. Hinter der Skepsis und Angst steckt wahrscheinlich eine Sehnsucht nach Stimmigkeit, harmonischer Entwicklung und Sinn, die im Wort "Natur" / "natürlich" wohl ihr heute gängigstes Symbol findet. In diesem Zusammenhang ist auch die starke Zuwendung zu alternativen Heilmethoden zu stellen.

Persönliche Entwicklung durch die therapeutischen Beziehung

Nun arbeiten die meisten psychiatrischen Praxen in der Region (und landesweit) nicht hauptsächlich pharmakologisch – auch wenn sie Medikamente fachgerecht einsetzen - sondern vor allem auf psychotherapeutischer Basis. Sie orientieren sich – mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund und breiten Ergänzungen – mehrheitlich an psychodynamischen Prinzipien. Diese Orientierung wird auch innerhalb der KPD getragen, und sie ist in der bisherigen BL-Psychiatriekonzepten impliziert. Die so verstandene psychotherapeutische Arbeit nimmt das Bedürfnis nach Verständnis und Sinn im Rahmen eines Beziehungsprozess auf und ist geeignet, das Entwicklungspotential zu wecken. Nur erfordert es meist anspruchsvolle und ausdauernde Arbeit, und ein gewisses Akzeptieren von Spannungen, Konflikten und leidvollen Unvollkommenheiten des Lebens. Dies wiederum kann dem Denken in Konsum- und Marktkategorien, welches sich auch im Gesundheitswesen verbreitet, kaum entsprechen. Die methodische Distanz zur universitären Psychiatrie und Psychologie – die sich der Zeitströmung anscheinend mehr angepasst hat - ist im gegenwärtigen Generationenverhältnis eher grösser geworden, weil psychodynamische Konzepte dem universitären Nachwuchs kaum mehr nahegebracht werden.

Sozialpsychiatrie und Ressourcenorientierung

Die Sozialpsychiatrie ihrerseits hat die Integration der psychisch Kranken und Behinderten in die Gesellschaft zum Ziel. Dafür hat man auch in unserer Region in den letzten zwei Dekaden viel Engagement aufgebracht – die vorangehenden Psychiatrieplanungen bilden hier ein wichtiges Element - und es sind Einrichtungen und Angebote mit diesem expliziten Ziel entstanden, welche erfolgreich arbeiten. Gleichzeitig läuft eine Entwicklung der zunehmenden sozialen Aufsplitterung der Gesellschaft. Auch in unserem Kanton ist die Gesellschaft sehr heterogen geworden und hat an Einheit und Zusammenhalt verloren (man denke an die massiven Umstrukturierungen in der Wirtschaft). Es bestehen viele, oft instabile Subkulturen und

es ist ein relativ breites Feld mit nur teilweise integrierten Gruppen und Individuen entstanden (z.B. unvollständige Familien, Arbeitslose, Drogenabhängige; auch die Migrantenbevölkerung ist heterogener geworden). Weil das "Zielgebiet" auf diese Weise unsicherer geworden ist, erweist sich eine vollständige soziale Integration von Personen mit schwerer und langfristiger psychischer Störung als kaum erfüllbares Ideal. Hingegen erscheint die "Ressourcenorientierung" in Behandlung und Betreuung von handicapierten Menschen, welche in letzter Zeit methodisch aufgewertet wurde, realistischer und erfolgversprechender. Hier wird mit den aktuell mobilisierbaren Ressourcen der Patienten und ihrer Bezugspersonen gearbeitet, um begrenzte Ziele zu erreichen.

4.4. Anforderung an Kooperation und Versorgungsstrukturen

In der vergangenen Dekade wurden die Versorgungsstrukturen noch weiter ausgebaut und verzweigt. Dadurch hat sich die Zahl der Teilnehmer des Versorgungsnetzes und die Komplexität der Verbindungen erhöht, aber noch keine neue strukturelle Qualität ergeben. (Dies war anders als zuvor in den 80er Jahren, als die Entwicklung vom ersten Psychiatriekonzept zur Folgeplanung I den Übergang von einer Pionierphase zu einem schon recht ausgebauten und differenzierten System brachte.) Die Vielfalt der Angebote, Einrichtungen und Bezüge, die für einen Patienten / eine Patientin relevant sind, ist aber für die Betreuenden oft nur mit Mühe zu übersehen und zu koordinieren. Dies ist ein Faktor, der zu Überforderung führen kann – und sich als Teil der Informationsüberlastung unserer Zeit darstellt.

Die Kultur und die Rahmenbedingungen der öffentlichen Organisation haben sich auch in der Schweiz und in unserem Kanton stark gewandelt:

Wettbewerb

Die Einführung von marktwirtschaftlichen Wettbewerbsprinzipien macht aus Teilnehmern der Netzwerke teilweise auch Konkurrenten, die doch kooperieren sollten. Das Problem hat sich bisher vor allem im Bereich der Suchtbehandlung und beim Heimangebot manifestiert, weniger im Kern der Allgemeinpsychiatrie. Unter dem Druck wirtschaftlicher Zwänge und Vorgaben und nicht zuletzt der Qualitätssicherung, die überall verlangt wird, macht sich gewiss ein Gefälle zur rein betriebswirtschaftlichen Optik bemerkbar, in der die Interessen des gesamten Versorgungssystems keinen Platz mehr haben. Dabei wird leicht vergessen, dass sich die Hilfe für Menschen nicht nach Wettbewerbsprinzipien organisieren lässt, die vor allem ökonomisch ausgelegt sind.

Kompetenzaufteilung

Die massgeblichen Aufträge für eine vernetzte psychiatrische Organisation und geplante Entwicklung waren vor einem Jahrzehnt beim kantonalen Gesundheitswesen (VSD) und bei der Invalidenversicherung (BSV) zusammengefasst, welche ihre Zuständigkeit in offener breiter Weise auslegten. Dies kam der Entwicklung sehr zu Gute. Seither hat man – vor allem aus finanziellen Gründen – die Kompetenzen weiter aufgeteilt: Der Kanton hat wesentliche Betreuungsaufgaben, namentlich im Bereich der Unterkunft, an die Gemeinden übertragen. Die Invalidenversicherung hat sich strikte von medizinischen Belangen abgegrenzt (siehe dazu auch weiter oben). Auf Kantonsseite wurden die Belange der IV-Einrichtungen aus der VSD her-

ausgenommen und der Erziehungsdirektion eingegliedert (Ressort behinderte Erwachsene). Die Kantonalisierung von IV-Aufgaben wird, nachdem man bereits die gut funktionierenden IV-Regionalstellen kantonalisiert hat, weiter zur Debatte. Der Effekt dieser institutionellen Aufgliederung konnte durch vermehrte Koordinationsbemühungen bisher nicht aufgefangen werden: Der Gesichtspunkt der Rehabilitation ist teilweise aus dem Blick der Psychiatrie gewichen.

Zunahme der Administration

Unter dem Zeichen einer Dekade marktwirtschaftlicher Deregulierung hat paradoxerweise die Dichte administrativer Regelungen und Dokumentationserfordernisse für alle privaten und öffentlichen Leistungserbringer ganz erheblich zugenommen. Der Aufwand, der hier getrieben werden muss, fehlt für inhaltliche Arbeit und besonders für Vernetzung, die auf persönlicher Kommunikation und Beziehung beruht.

Einfluss der Krankenkassen

Der Einfluss der Krankenkassen hat deutlich zugenommen, einerseits durch Zusammenschluss andererseits durch Befugnisse, die das neue KVG einräumt. Sie nehmen jetzt direkten Einfluss auf die Strukturen. Im Kanton ist bisher die Erfahrung, dass dies in konstruktiver Weise geschehen kann, soweit mit den lokalen Vertretern Übereinkünfte zu treffen sind.

Insgesamt sind Kooperation und Vernetzung zu schwierigeren und aufwändigeren Aufgaben geworden. Notwendig bleibt sie aber unverändert, weil ja auch die betroffenen Patienten und ihre Bezugspersonen ihren Behandlungsweg in einem zunehmend komplexen Feld finden müssen. Eine rationale Wahl in einem Angebotsmarkt können wohl nur Patientinnen und Patienten mit relativ umschriebenen Störungen treffen, die das Urteil und die Steuerungsfähigkeit nicht beeinträchtigen.

4.5. Umsetzung der prioritären Ziele der Folgeplanung I von 1991

1991 wurden durch die Folgeplanung I fünf Planungsprioritäten definiert:

- Lösung des Raumproblems der Akutstationen
- Einrichtung einer zweiten Tagesklinik in Münchenstein
- Schaffung eines ambulanten 24 Stunden Notfalldienstes
- Erweiterte Krisenhilfe beider Kantonsspitäler
- Verbesserung der Kommunikation zwischen den einzelnen Versorgern

Von diesen 5 Hauptzielen wurden drei vollumfänglich erfüllt, nämlich:

24-Stunden Notfalldienst

Die Installierung eines flächendeckenden 24-Stunden psychiatrischen Notfalldienstes gemeinsam zwischen EPD und freipraktizierenden Psychiatern durchs ganze Jahr hindurch.

Zweite Tagesklinik

Eine zweite psychiatrische Tagesklinik wurde im unteren Kantonsteil eröffnet. Die Tagesklinik in Münchenstein ist allerdings überbelegt und die Kapazitäten sollten der Grösse des Einzugsgebietes angepasst werden.

Verbesserungen im Akutbereich der Klinik

Die Raumsituation im Akutbereich der KPK wurde stark ausgebaut und verbessert. Die "dritte Akutstation" ist seit dem 1.9.1999 in Betrieb. Die Verbesserungen im Akutbereich in der KPK mit überschaubaren Einheiten und dem Verschwinden der Wachsäle brachten eine Entspannung in der Vorbereitung von Patienten für eine stationäre Behandlung indem die Motivationsarbeit erleichtert wird und auch positive Rückmeldungen von Patienten zu hören waren. Die Umsetzung, namentlich die langen Bauprovisorien bei voll laufendem Betrieb waren kräftezehrend. Schwierig war, dass die neuen Klinik-Strukturen seit der Eröffnung nicht in Ruhe "eingefahren" werden konnten, sondern seither stets mit Überbelegungen konfrontiert waren (vgl. Kapitel 7) Das hat die Konzeptentwicklung behindert. Grundsätzlich ist aber eine ganz erhebliche Verbesserung realisiert.

Innerhalb der neuen Akutstationen wurde wie vorgesehen differenziert. Die Schwerpunkte Jugendpsychiatrie und Sucht waren schon in der FP I erwähnt. Neu hinzugekommen ist ein Schwerpunktangebot an zusatzversicherte Patienten. Die Vernetzung mit dem KJPD ist mit der Realisierung stark intensiviert. Mit der Fachgruppe Psychiater wurde ein Schema über die Kooperation bei eingewiesenen Patienten erarbeitet, das aber noch wenig angewandt wurde. Der stetige Zuwachs an Klinik-Eintritten hat zudem darüber hinaus dazu geführt, dass wir eine Altersstation schrittweise zur offenen Aufnahmestation für Patienten mittleren und höheren alters umfunktioniert haben, welche keine Demenzfälle mehr aufnimmt, hingegen einen Schwerpunkt für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gebildet hat.

Krisenhilfe an den Kantonsspitalern

Nicht umgesetzt wurde das Postulat eines psychiatrischen Kriseninterventionsangebots im Rahmen der Kantonsspitäler. Ein solches wäre auch heute noch ebenso sinnvoll und wichtig wie vor zehn Jahren. Mit den medizinischen Universitätskliniken Bruderholz und Liestal wurden anstelle dessen Vereinbarungen getroffen über den Ablauf von Hospitalisationen von psychiatrischen Patienten für Kriseninterventionen in diesen Kliniken. Von diesen bestehenden Möglichkeiten wird aber wenig Gebrauch gemacht. Das hat verschiedene Gründe: grosser zusätzlicher Betreuungsaufwand für alle Beteiligten, fehlende Tagesstruktur für solche Patienten, fehlendes Know-how im Umgang mit solchen Patienten auf nicht spezialisierten Abteilungen.

Die Qualität der Notfall-Konsilien ist aber im allgemeinen gut, ausnahmsweise sind junge Kollegen mit den Akutsituationen überfordert. Die Krisenintervention (in der überwiegenden Zahl der Fälle nach Intoxikationen) hat sich auch ohne eigentliche Kriseninterventionsstation weiterentwickelt, das Konsiliarwesen funktioniert prompt. Fast alle Patienten werden innert 24 Stunden durch den EPD beurteilt. Beim Neubau der Notfallstation wurde aus Kostengründen allerdings keine Notfallbettenstation eingeplant, alle Intoxikierten müssen daher weiterhin

auf der Intensivstation hospitalisiert werden, wo häufig Bettenknappheit und damit Verlegungsdruck herrscht. In kurzer Zeit sind damit mehrere Ärzte mit den Krisen-Patienten konfrontiert, die Kontinuität und Intensität der Betreuung ist so nicht immer gewährt, eine gewisse Oberflächlichkeit wird in Kauf genommen.

Kommunikation unter den Versorgungsträgern

Die Kommunikationsstruktur zwischen den verschiedenen Anbietern der allgemein psychiatrischen Versorgung hat sich nicht signifikant verändert. Wird die Zusammenarbeit fallbezogen gesucht, scheint dies meistens zu funktionieren. Es ist hingegen keine intensive Kontaktnahme zwischen den einzelnen Versorgern zu beobachten, die darüber hinausgehen würde.

Immer wieder wird von der Schwierigkeit der Hausärzte, für ihre Patienten Therapieplätze zu finden oder sie bei einem Psychiater konsiliarisch beurteilen zu lassen, gesprochen. Die EPD haben in den vergangenen 10 Jahren einiges von diesen Bedürfnissen abgedeckt. Trotzdem sind in der Praxis kaum diesbezügliche Bemühungen auszumachen, die konkrete Zusammenarbeit, die über Einzelfälle hinausgeht, zu verbessern.

5. Epidemiologische Daten und Entwicklungen

5.1. Primäre Epidemiologie

Allgemein

Epidemiologie bezeichnet die Erforschung der Verteilung und der Bedingungsfaktoren von Krankheitshäufigkeiten. Menschen mit psychischen Störungen, die sich in psychiatrische Behandlung begeben, stellen nur einen kleinen, stark selektionierten Teil der Gesamtheit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung dar. Ausschliesslich epidemiologische Feldstudien, die an einer ausreichenden Zahl von Probanden durchgeführt werden, lassen Rückschlüsse zu über Ausmass, Verteilung, Art und Risikofaktoren psychischer Störungen in der Bevölkerung.

Epochen psychiatrischer Epidemiologie

Die unterschiedliche Methodologie und die unterschiedliche Konzeption und Definition davon, was ein „Fall“ ist, haben in der langjährigen psychiatrischen Epidemiologie unterschiedliche Häufigkeitsraten hervorgebracht. Sogenannte „Erstgenerationsstudien“ (bis vor dem 2. Weltkrieg), die vor allem Schlüsselinformanten befragten und behördliche Akten studierten, unterschätzten bspw. die wahre Prävalenz³⁾, weil sie nur die schwer gestörten, sozial auffälligen Personen entdeckten.

In den Zweitgenerationsstudien nach dem Krieg bis 1980 wurden dann v.a. direkte Interviews mit allen Untersuchungsteilnehmern durchgeführt. Diese Studien ergaben zusammengenommen einen mittleren Wert von rund 20% psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung.

Probleme der epidemiologischen Forschung

Das Problem der meisten dieser Erst- und Zweitgenerations-Studien war – bei guter Übereinstimmung der verschiedenen Interviewer - die fehlende Gültigkeit (Validität): Es fehlten standardisierte, gemeinsam verwendete Diagnosesysteme. Die Daten sind schwer interpretierbar, weil letztlich nicht klar ist, was die verschiedenen früheren Instrumente effektiv gemessen haben. Viele der verwendeten Erfassungsskalen zeigen einen starken Zusammenhang mit Phänomenen wie ‚Selbstwertgefühl‘, ‚Hilflosigkeit-Hoffnungslosigkeit‘, ‚Traurigkeit‘ etc., mit nichtspezifischen psychologischen Erfahrungen also, die in sehr unterschiedlichen Zusammenhängen auftauchen können (körperliche Krankheiten, belastende Lebensereignisse, bei niedrigem Sozialstatus u.a.). Zur spezifischen Erfassung psychischer Störungen sind sie jedoch wenig geeignet.

Entwicklung durch standardisierte Untersuchungsinstrumente

Seit der Einführung von DSM-III 1980 und ICD⁴⁾ und der Entwicklung standardisierter Untersuchungsinstrumente mit teils vollstrukturierten diagnostischen Interviews wurden in den letzten 20 Jahren verschiedene grossangelegte epidemiologische Untersuchungen, v.a. in den USA, aber auch bspw. in Deutschland, den Niederlanden und Skandinavien, durchgeführt.

³⁾ Prävalenz = Prozentsatz Erkrankter in der Bevölkerung

⁴⁾ DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen)

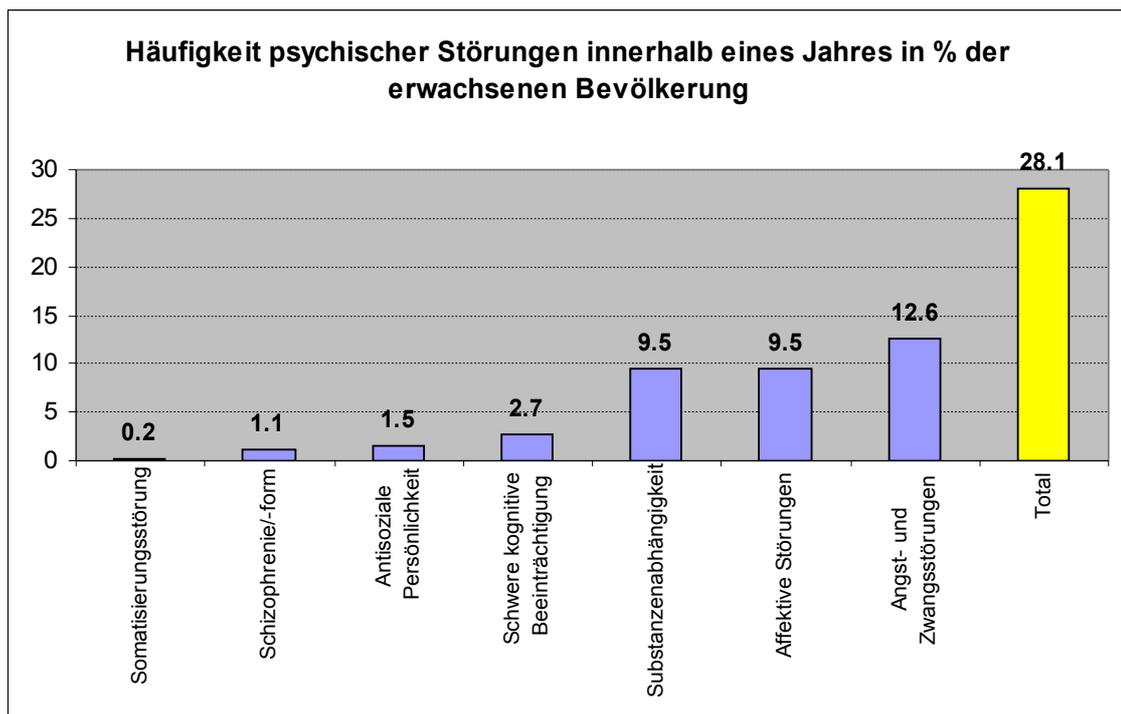
ICD = International Classification of Diseases (internationale Klassifikation von Krankheiten)

Diese dank standardisierten Interviews von Laien durchführbaren und deshalb mit sehr großen Stichproben möglichen Studien liefern vergleichbare Werte.

Resultate verschiedener Studien

1. Die 1980 bis 1984 in den USA durchgeführte multizentrische (5 Zentren) Epidemiologic Catchment Area (ECA)-Studie des National Institute of Mental Health umfasste eine repräsentative (bei der Stichprobe wurden nicht nur Haushalte, sondern auch Heime, Gefängnisse und Kliniken berücksichtigt) Stichprobe von 18'517 Personen im Alter von 18-54 Jahren:

- Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand innerhalb des letzten Jahres an einer psychischen Erkrankung gelitten hat, betrug 20% („Jahresprävalenz“, ohne Substanzenabhängigkeit). Eine Substanzenabhängigkeit allein wiesen weitere 6% der Probanden auf.
- Die Lebenszeitprävalenz (das Risiko, innerhalb eines Lebens an einer psychischen Störung zu erkranken) betrug 32% (ohne Substanzenabhängigkeit). Phobien (Lebenszeitprävalenz 14.3%) sowie Alkoholmissbrauch-und abhängigkeit (Lebenszeitprävalenz 13.8%) waren generell die häufigsten Krankheiten (siehe Grafik; Mehrfachnennungen bei den Diagnosen):



- Von den 28% der Bevölkerung mit psychischen und Suchtkrankheiten innerhalb des letzten Jahres sucht geschätzt nur jeder vierte um Behandlung nach - knapp ein Drittel davon bei Allgemeinmediziner und Selbsthilfegruppen.
- In einem zweiten Schritt wurde untersucht, wieviele Untersuchungsteilnehmer innerhalb eines Jahres neu- oder wiedererkrankt waren („prospektive Jahresprävalenz“: Häufigkeit von psychischen Störungen innerhalb eines Monats zuzüglich neue Erkrankungen innerhalb des laufenden Jahres). Dies ergab eine höhere Jahresprävalenz von 28% im Vergleich zu 20% der 1. Welle.

2. Eine zweite grossangelegte Studie in den USA war die 1990 bis 1992 durchgeführte National Comorbidity Survey, die in einer nationalen Stichprobe 8'098 Probanden im Alter zwischen 15 und 54 Jahren untersuchte (DSM III-R-Diagnosen). Hier wollte man speziell auch die psychiatrische Komorbidität untersuchen.

- Bei den mit der ECA-Studie vergleichbaren Gruppe der 18-54jährigen betrug die Jahresprävalenz psychischer Störungen 29% (inkl. Substanzenabhängigkeit).
- Die Lebenszeitprävalenz betrug 48%.
- Die häufigsten Erkrankungen waren Depression und Alkoholabhängigkeit, gefolgt von Phobien.
- Rund 62% aller Probanden mit einer Lebenszeit-Depression wiesen eine weitere Störung auf (ECA-Studie: 75%), v.a. Alkohol- und Angsterkrankungen.

3. In der sog. Oberbayerischen Verlaufsuntersuchung wurde von 1974 bis 1979 und in den achtziger Jahren eine Stichprobe von 1'979 Personen älter als 15 Jahre untersucht. Es handelte sich um eine ländliche Bevölkerungsstichprobe im Landkreis Traunstein. Es wurden zwei verschiedene Stichproben gezogen (70er Jahre-Querschnitt und 80er Jahre-Querschnitt) und 83% der ersten Erhebungswelle wurden 5 Jahre später zusätzlich erneut untersucht. Die Interviews wurden von speziell trainierten ärztlichen Mitarbeitern mit psychiatrischer Erfahrung durchgeführt.

- Die Häufigkeit (7-Tage-Punktprävalenz) psychischer Erkrankungen betrug im ersten Querschnitt 20.4%, im zweiten Querschnitt 20.8%, blieb also konstant.
- Die höchsten Prävalenzraten fanden sich bei den 45-64-jährigen.
- Die 5-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen (Wahrscheinlichkeit, innerhalb der letzten 5 Jahre an einer psychischen Störung erkrankt zu sein) betrug 26%.
- Deutlich höhere Raten fanden sich bei getrennt lebenden, geschiedenen und verwitweten Personen mit ungünstigen beruflichen und sozialen Bedingungen.
- Die Prävalenzrate für Alkoholabhängigkeit nahm im Lauf der Zeit stark zu (von 4.6% auf 8.9% beim zweiten Querschnitt).

4. In Deutschland wurde seit 1979 eine repräsentative Zufallsstichprobe erwachsener Personen in Mannheim dreimal untersucht, die sog. Mannheimer Kohortenstudie. Ein erster Querschnitt mit 600 Personen der Jahrgänge 1935, 1945 und 1955 wurde untersucht zwischen 1979 und 1983. Ein zweiter Querschnitt mit 88% dieser Probanden wurde 1986 nachuntersucht. Zwischen 1991 und 1994 erfolgte die bisher letzte Folgeuntersuchung mit noch der Hälfte der ursprünglichen Stichprobe. Untersucht wurden jeweils psychogene Beeinträchtigungen mit Interviews sowie standardisierten Instrumenten.

- Die Fallrate psychogener Beeinträchtigungen (ICD-9: Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, somatoforme Erkrankungen, Belastungsreaktionen, psychosomatische Erkrankungen) stieg zwischen dem ersten und letzten Untersuchungszeitpunkt von 21.6% auf 26.2%.
- 13.3% der Probanden erfüllten bei der ersten und dritten Untersuchung die Fallkriterien. Von den 65 Fällen mit psychischer Erkrankung zu Beginn waren 40 Personen auch bei der letzten Erhebung noch krank, das heisst, psychogene Erkrankungen zeigen eine hohe Zeitstabilität.

5. In den Niederlanden wurden 1996 7076 Erwachsene im Alter zwischen 18 und 64 Jahren in einer prospektiv (begleitend) angelegten Studie untersucht (Netherlands Mental Health Survey- NEMESIS). Bei der für die Bevölkerung repräsentativen Haushalt-Stichprobe wurde ein vollstrukturiertes Interview benutzt sowie das DSM III-R.

- Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen betrug 41.2%. Die Hälfte davon berichtete von mehr als einer psychischen Störung.
- Knapp ein Viertel hatte eine psychische Störung in den letzten 12 Monaten (23.2%).
- Die 1-Monats-Prävalenz betrug 16.5%.
- Die häufigsten Diagnosen waren Depression, Alkoholabhängigkeit und Phobien.
- Die Gruppe der 35-44-jährigen hatte die höchsten Prävalenzraten.

6. 1998 gründete die WHO das International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE), welches vergleichende nationale Prävalenzstudien psychischer Erkrankungen und Bedingungsfaktoren untersuchen soll. Ein Vergleich von früheren Untersuchungen in 7 Ländern in Nord- und Lateinamerika sowie Europa, die allesamt dasselbe vollstrukturierte Interviewinstrument benutzten, ergab recht unterschiedliche, aber fast immer hohe Raten (wegen Vergleichbarkeit bei Niederlande und USA leicht andere Zahlen als oben beschrieben).

Land	Erhebungsjahre	Alter	Stichprobe (n)	Prävalenz 12 Mon.//Lebenszeit	
Brasilien	1994-1996	18 und älter	1'464	22.4%	/ 36.3%
Kanada	1990-1991	18-54	6'261	19.9%	/ 37.5%
Deutschland	1995	18-25	1'626	24.4%	/ 38.4%
Mexiko	1995	18-54	1'734	12.6%	/ 20.2%
Niederlande	1996	18-64	7076	23%	/ 40.9%
Türkei		18-54	6'095	8.4%	/ 12.2%
USA s.o.	1990-1992	18-54	5'388	29.1%	/ 48.6%

Zusammenfassung

All diese Untersuchungen zeigen, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung gross ist. Zusammengefasst muss man (konservativ) davon ausgehen, dass innerhalb eines Jahres 20-25% der Bevölkerung zumindest einmal erkrankt, das ist jeder fünfte bis vierte Erwachsene. Nicht alle diese Störungen sind sehr schwer und nicht alle bleiben über längere Zeit und einige klingen spontan wieder ab. Bei 5-10% der Bevölkerung besteht aber ein Bedarf nach spezialisierter Behandlung. Aufgrund dieser epidemiologischen Daten muss man fast zwingend annehmen, dass der Bedarf an psychiatrischen Dienstleistungen v.a. im ambulanten Bereich weiter ansteigen wird.

Volkswirtschaftliche Kosten durch psychische Krankheit

Nur drei von zwölf an einer psychischen Störung Erkrankten kommen in Behandlung, wobei einer von diesen drei in die Allgemeinpraxis oder in Selbsthilfegruppen geht. Die Rate effektiv psychiatrisch Behandelte ist demnach sehr gering. Die ist auch volkswirtschaftlich von Bedeutung, schätzten doch bspw. Greenberg et al. (1993) in einer als Referenz geltenden Studie, die volkswirtschaftlichen Kosten schon nur für affektive Störungen für das Jahr 1990 in den USA auf 43.7 Milliarden \$. Diese teilten sich folgendermassen auf:

- direkte Behandlungskosten: 12.5 Milliarden \$ (28%)
- vorzeitiger Tod durch Suizid: 7.5 Milliarden \$ (17%)
- Absentismus: 12 Milliarden \$ (27%)
- Verminderte Produktivität: 12 Milliarden \$ (28%)

Die Kosten für affektive Störungen (44 Mia. \$) lassen sich mit den Kosten vergleichen, die durch koronare Herzkrankheiten (43 Mia. \$) oder durch AIDS (66 Mia. \$) verursacht werden. Werden diese Kosten auf den Kanton Basel Landschaft umgerechnet, verursachen affektive Störungen Gesamtkosten von 100 Mio. Franken, wovon 28 Mio. direkt durch die Behandlung und etwa doppelt soviel durch den Arbeitsausfall entstehen. Die Höhe der Behandlungskosten ist wohl für unsere Verhältnisse etwas zu hoch gegriffen.

5.2. Zahlensammenstellung

Gemäss unseren Zählungen oder Schätzungen unter Zuzug internationaler Untersuchungen suchen die einzelnen Hilfeangebote jährlich folgende Anzahl Personen aus unserem Kanton auf (gemäss dem sog. Filtermodell von Goldberg und Huxley, 1980):

Einjahresprävalenz psychiatrischer Störungen (Goldberg, Huxley 1980)		BL:270'000
aufgrund repräsentativen Bevölkerungsstichproben	25%	67'500
Morbidität in der Primärversorgung	23%	62'100
In der Primärversorgung (Hausarzt ect.) erkannt	14%	37'800
psychiatrisch behandelte Patienten	1.7%	4'590
psychiatrisch hospitalisierte Patienten	0.6%	1'620

effektive Werte im Kanton Baselland			
behandelte BL-Personen in Psychiatrischer und Psychologischer Praxis der Region			9'411
behandelte Personen in den Externen Psychiatrischen Diensten BL		2'900	
davon ausserkantonale Klienten	13.40%	389	
BL-Klienten			2'511
BL-behandelte Personen in Psych.Poliklinik Basel	13%	3'611	470
behandelte Personen in den KJPD BL		1'200	1'200
davon ausserkantonale Klienten		200	
BL-Klienten			1'000
behandelte BL-Personen in den KJPD BS	<i>geschätzt</i>		200
Total an ambulant behandelten Fällen 1999			13'792
davon Doppelzählungen (Annahme)	10%		1'379
Einjahresprävalenz ambulant behandelter Patienten			12'413
	Einwohner BL	270'000	4.6%

geschätzte Zahlen sind kursiv gedruckt

Total an stationär behandelten Fällen 1999			
Eintritte in KPK 1999	BL-Anteil	alle Pat.	1'070
BL Eintritte in die PUK Basel (1998)	6.3%	2350	148
BL Eintritte in die Klinik Sonnhalde (1999)	26.2%	350	92
BL Eintritte in die KIS Basel (1999)	13.0%	709	92
BL Eintritte in die Klinik Schützen in Rheinfelden			
BL Eintritte in die Ita-Wegman-Klinik Arlesheim			
BL Eintritte ausserhalb der Region (Wyss, Littenheid etc.)			
Total an stationär behandelten Fällen 1999			1'402
davon Doppelzählungen	20%		280
Einjahresprävalenz stationär behandelter Patienten			1'122
	Einwohner BL	270'000	0.4%

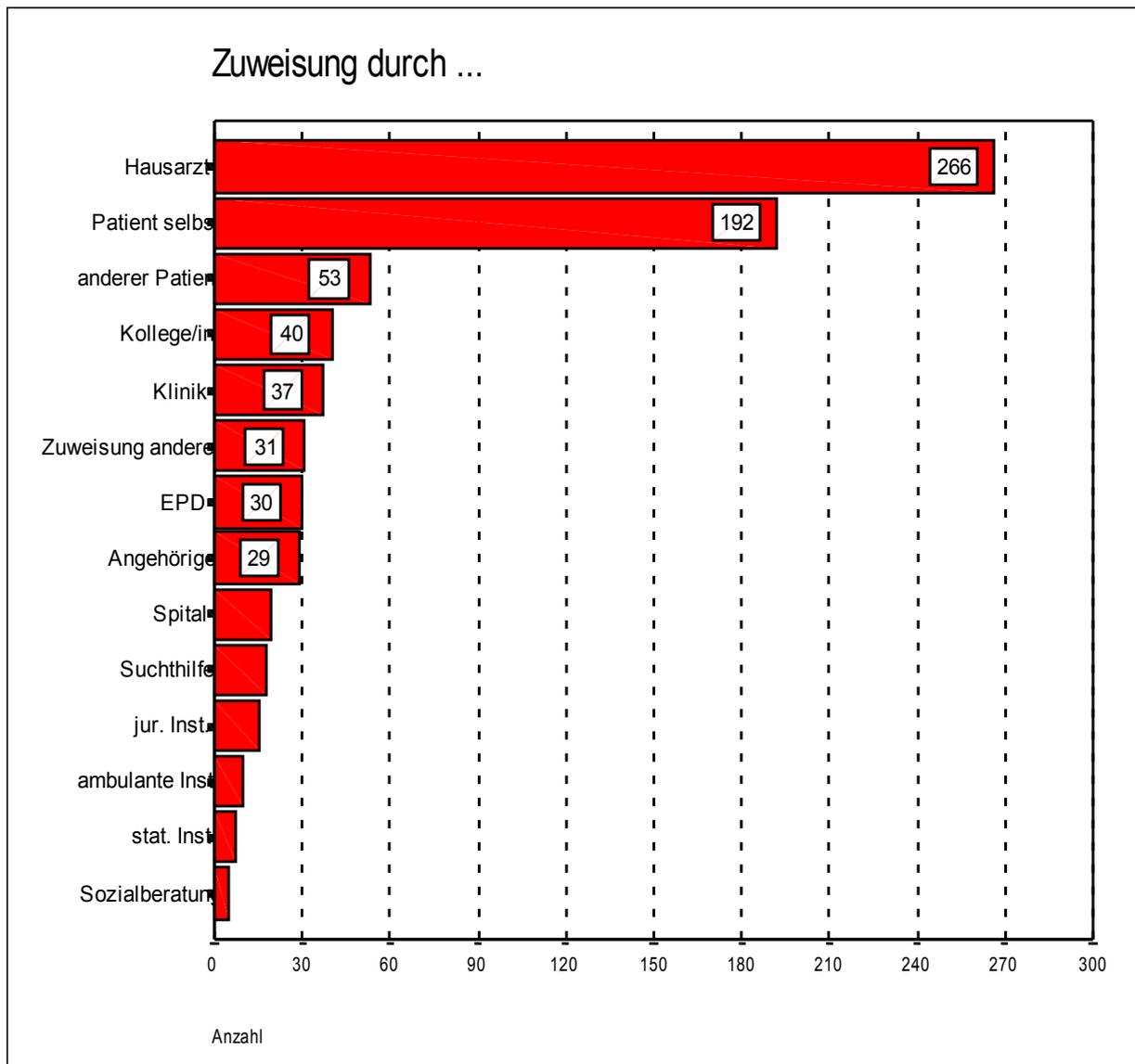
Total an stationär behandelten Fällen 1999 in Medizinischen Kliniken Liestal und Bruderholz		
Anzahl Klinikaustritte Medizin Bruderholz 2000		3'985
Anzahl Klinikaustritte Medizin Liestal 2000		3'411
untersuchte Patienten Medizin Bruderholz Nov.2000	437	
untersuchte Patienten Medizin Liestal Nov.2000	311	
Patienten mit rel. Psychischen Störung Bruderholz	111	26%
Patienten mit rel. Psychischen Störung Liestal	60	19%
	171	23%
hochgerechnet auf das ganze Jahr 2000 ergeben sich folgende Zahlen	1'691	
Patienten mit relevanter psychischer Störung in Medizinischer Klinik Bruderholz		1'022
Patienten mit relevanter psychischer Störung in Medizinischer Klinik Liestal		664
Patienten mit relevanter psychischer Störung in beiden Medizinischen Kliniken		1'686

Die stationären Institutionen (Spital, psychiatrische Klinik, Wohnheime) weisen eine sehr hohe Überschneidung der behandelten Personen mit ambulanten Versorgern auf. Wir gehen davon aus, dass von stationär behandelten Patienten 80% auch in der ambulanten Versorgung registriert werden.

Nimmt man bei den übrigen eine Überschneidung von 10% an, so kann vermutet werden, dass die spezialisierte psychiatrische Versorgung im Kanton Baselland ca. 10'500 Personen (behandelte Fälle unabhängig von Wohnort) behandelt. Zählt man die Baselbieter Patienten, die in Basel ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe suchen, dazu (und zieht die BS-Patienten ab), werden vermutlich ca. 12'500 Menschen aus dem Kanton Baselland jährlich ambulant oder stationär psychiatrisch/psychotherapeutisch behandelt (wanderungsberreinigte Zahl: nur Personen aus Baselland).

Die Untersuchungen von Goldberg gehen von einer Behandlungsdichte durch psychiatrische Fachkräfte von 1.7% aus, was umgerechnet auf den Kt. Baselland 4'600 Personen bedeutet. Die Behandlungsdichte in unserem Kanton kann demnach als hoch, nämlich um das rund 2.7-fache höher (4.6%), angesehen werden.

Etwas mehr als doppelt so viele Personen werden primär durch den Hausarzt erkannt und grösstenteils selber behandelt. Die Zuweisungsdichte von Patienten aus der Hausarztpraxis an spezialisierte psychiatrisch/psychotherapeutische Fachkräfte ist schwer abzuschätzen. Aus Sicht der psychiatrischen Praxen im Kanton Baselland (Erhebung bei 29 von 61 Praxen im Jahr 2000, siehe dazu auch weiter unten) stammt ein Drittel ihrer Klientel aus Hausarzt-Zuweisungen, die Hausärzte sind damit der Hauptzuweiser der psychiatrischen Praxen:



Zuweisende Instanzen an die niedergelassenen Psychiater

Umgekehrt muss man aufgrund der Literatur aber annehmen, dass nur ein vergleichsweise kleiner Teil von Patienten mit psychischen Störungen vom Hausarzt an die spezialisierte Versorgung überwiesen wird.

Was wir über die diagnostische Verteilung der Patienten der verschiedenen Versorger wissen, ist nachfolgend dargestellt (schattiert die von den Praxen und den EPD übernommenen Klinikpatienten):

Diagnoseverteilung der Patienten in Psychiatrischer Praxis, EPD und Psychiatrischer Klinik

	Praxis	Übernahmen aus KPK		EPD	KPK	Diagnose-Verteilung (in % aller Patienten)
		Psychiater	EPD			
F0	2%	1%	1%	5%	6%	Organische Störungen
F1	8%	11%	10%	7%	21%	Sucht und Missbrauch
F2	7%	37%	35%	16%	30%	Schizophrenie / wahnhaftige Störungen
F3	14%	25%	20%	23%	19%	Affektive Störungen
F4	40%	12%	15%	33%	9%	neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	3%	2%		4%	1%	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	17%	10%	15%	7%	10%	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	1%	1%	1%	2%	1%	Intelligenzminderung
F8	1%		0%	0%	0%	Entwicklungsstörungen
F9	4%	2%	3%	0%	2%	Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Übervertreten sind in der Klinik Suchterkrankungen, untervertreten naturgemäss neurotische Erkrankungen. Praxen und EPD übernehmen von der Klinik eine vergleichbare Klientel. Im Ganzen behandeln die EPD mehr Schizophrene und Depressive und weniger neurotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen als die Praxen.

5.3. Epidemiologie der nichtspezialisierten Versorgung (Hausärzte, Allgemeinspitäler, Sozialdienste)

Unsere Hauptaufmerksamkeit haben wir der Umschreibung der Patienten, die den Hausarzt, das somatische Spital oder den Gemeindesozialdienst aufsuchen, gewidmet. Wir haben die Hypothese vertreten, dass sich die Qualität einer psychiatrischen Versorgung nicht zuletzt an der Situation der Versorger, die sich an der Peripherie dieser Versorgung befinden, ermassen lässt. Nicht berücksichtigt sind dabei eine Vielzahl von alternativmedizinischen Angeboten, deren Bedeutung und Qualität nicht erfasst worden ist.

Den Hausärzten kommt eine grosse Bedeutung in der Versorgung psychisch Kranker zu: 90% der Bevölkerung befinden sich in hausärztlicher Behandlung. Angesichts der oben dargestellten Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung sowie der Tatsache, dass diese Personengruppe eine höhere Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen aufweist, kann man davon ausgehen, dass zwischen 20 und 30% der allgemeinärztlichen Patienten unter (teils exklusiven) behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden. Dies entspricht auch den Resultaten verschiedener internationaler Studien. Etwa 60% der Männer und 70% der Frauen suchen innerhalb eines Jahres ihren Hausarzt auf, ein Viertel von ihnen leidet an einer psychischen Störung.

In einer neueren Untersuchung unter Leitung der WHO zeigte sich folgendes Spektrum psychischer Störungen in der primärmedizinischen Versorgung (Goldberg u. Lecrubier, 1995):

Erkrankung	%
Depressive Episode	10.4
Generalisierte Angsterkrankung	7.9
Neurasthenie	5.4
Alkoholmissbrauch	3.3
Alkoholabhängigkeit	2.7
Somatisierungsstörung	2.7
Dysthymie	2.1
Panikerkrankung	1.1
Agoraphobie mit Panik	1.0
Hypochondrie	0.8
Agoraphobie ohne Panik	0.5
Mindestens eine ICD-10 Diagnose	24.0

Bei weiteren 9% fanden sich klinisch relevante Symptome von Krankheitswert, ohne dass die Voraussetzungen für eine ICD-10 Diagnose erfüllt waren. Die häufigsten Erkrankungen sind demnach Depressionen, Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit.

Weniger als 10% der psychisch Kranken werden an Psychiater, noch weniger in stationäre Behandlung überwiesen. Allerdings bestehen grosse Unterschiede von Praxis zu Praxis. Hausärzte identifizieren etwa 50-60% der Patienten mit psychischen Störungen, das heisst, jede zweite psychische Störung wird nicht erkannt. Die Erkennungsrate nimmt mit dem Schweregrad und der Prägnanz der Krankheit zu, schlecht werden hingegen bspw. Persönlichkeitsstörungen erkannt. Schlecht ist die Rate auch dann, wenn dazu noch eine somatische Krankheit vorliegt. Auf der anderen Seite spielt nicht nur die Erkennungsrate eine Rolle, sondern auch andere Faktoren wie die Beschwerdepräsentation des Patienten, die letztlich auch eine Art Behandlungsauftrag darstellt. Die Diagnose einer psychischen Störung wird zudem v.a. dann gestellt, wenn sich daraus aus Hausarztsicht nützliche therapeutische Konsequenzen ergeben, was bei leichteren Störungen aus deren Sicht nicht immer der Fall ist.

Dennoch kann die Erkennung von psychischen Störungen - und der Einbezug von Spezialisten - deren Verlauf günstig beeinflussen, wie mehrfach gezeigt wurde.

5.3.1. Patienten mit seelischem Leiden, die den Hausarzt aufsuchen

5.3.1.1. Kriterien zur Überweisung an die spezialisierte Versorgung

Die Arzt-Patient-Kontakte in der HA-Praxis, bei denen ein seelisches Problem im Vordergrund stehen, können aus verschiedenen Blickwinkeln beschrieben werden:

- (a) Indikation zur Behandlung
- (b) Motivation und Widerstand des Patienten zur Behandlung/Überweisung

- (c) Motivation und Widerstand des Arztes zur Behandlung/Überweisung
- (d) Struktur- und Kapazitätsfragen der psychiatrischen Versorgung
- (e) Besondere Behandlungssituationen: Notfälle, Migrationsfolgen

a) Indikation zur Behandlung

Es kann nicht generell festgestellt werden, ob psychisch Kranke in der psychiatrischen Praxis behandelt werden sollen oder vom Hausarzt behandelt werden können. Hinsichtlich Indikation muss man differenzieren, die Frage ist: Bei welchen Krankheitsbildern sind Hausärzte die geeigneten Behandlungspersonen und bei welchen sind sie es nicht?

Diagnosen

- Patienten mit chronischen Störungen verschiedener Ätiologie, allerdings abhängig vom Schweregrad und Verlauf sowie von den Wünschen von Patient und Hausarzt (s.u.). Der Hausarzt kann stabilisieren und zur besseren Erträglichkeit der Probleme beitragen. Gelingt dies nicht, ist der Hausarzt allein oft überfordert.
- Chronische Schmerzpatienten, Menschen mit leichten oder schweren Depressionen oder mit einer Angststörung sind häufig ausschliesslich in der psychiatrischen Betreuung des Hausarztes und oft nicht optimal versorgt.
- Personen mit einer Persönlichkeitsstörung sind oft nirgends konstant betreut und suchen daher periodisch die Behandlung durch den Hausarzt. Eine Unterstützung des HA durch einen Psychotherapeuten ist hier die Ausnahme, obwohl eine geteilte Betreuung anzustreben wäre.
- Für Krankheiten, die auf inadäquates menschliches Verhalten zurückzuführen sind (Übergewicht, Ernährungsstörungen, Rauchen, Alkoholisikokonsum, sexuelles Risikoverhalten etc.), gibt es (meist verhaltenstherapeutische) strukturierte Programme, die sich v.a. auch an Hausärzte richten.

Krankheitsbild entscheidender als Diagnose

Wahrscheinlich spielt die diagnostische Indikationsebene bei den meisten Hausärzten eine untergeordnete Rolle für die Entscheidung zur Überweisung resp. eigenen Weiterbehandlung. Davon ausgenommen sind wohl jüngere Patienten mit einer Psychose, wo der Kontakt zur Psychiatrie gesucht wird. Es ist meist auch nicht die diagnostische Einreihung der Störung, sondern das Krankheitsbild (agierend, Schweregrad, Beziehungsinteraktion etc.), welches die Indikation für eine Behandlung und für eine Zuweisung bestimmt.

Ausbildung der Hausärzte

Angststörungen und Depressionen sind in Hausarztpraxen dann gut aufgehoben, wenn ein Gesprächstherapiesetting in genügender Intensität, Regelmässigkeit und Dauer bei gutem Ausbildungsstand die Pharmakotherapie ergänzt. Menschen, die einen Hausarzt als „patients“ (leidend) aufsuchen, unterscheiden meist primär nicht, ob dieses Leid mehr somatischer oder seelischer Genese ist. Sollte der Hausarzt all die Erwartungen, die in dieser Situation an ihn gestellt werden, erfüllen können, benötigt er diesbezüglich viel mehr Aus- und Weiterbildung. Je ausgebildeter ein Hausarzt in psychologischen/psychosomatischen Fertigkeiten ist, desto häufiger und qualifizierter weist er Patienten den Spezialisten zu. Eine solche Ausbildung

kommt seiner Wahrnehmungsfähigkeit zugute und führt dazu, dass er eine klarere Begrifflichkeit für seine inhaltlichen und v.a. strukturellen Grenzen entwickelt.

Medikation

Die Indikation für eine Überweisung an einen Spezialisten ist gegeben, wenn der Hausarzt beim Patienten eine gewisse Wiederholung der psychischen Schwierigkeiten beobachtet, insbesondere dann, wenn er Psychopharmaka (Antidepressiva, Neuroleptika, v.a. auch Tranquillizer) repetitiv verschreibt.

b) Motivation der Patienten zur Überweisung / Behandlung

Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Motivation des Patienten selbst, sein Wunsch, sich durch den Hausarzt behandeln zu lassen und gegebenenfalls sein Unwillen, sich in spezialisierte Behandlung zuweisen zu lassen. Auch hier muss sicher unterscheiden werden. Welche Patienten möchten durch den Hausarzt behandelt werden und würden sich nur schwer oder gar nicht in eine spezialisierte Behandlung zuweisen lassen? Und weshalb? Weiter ist auch zu klären, ob es sich um einen zu respektierenden Wunsch des Patienten handelt oder ob es sich letztlich um ein krankheitsbedingtes Verhalten handelt, das dem Patienten schadet. Bei welchen Patienten stellt dieses Verhalten einen 'Widerstand' dar, der problematisiert werden sollte? Denkbar ist weiter auch, dass Patienten beim Hausarzt etwas suchen, das sie bei der psychiatrisch / psychotherapeutischen Fachkraft nicht zu erhalten glauben (Informationen, Beziehung, nicht stigmatisiert werden, als normal behandelt werden etc.). Dies wäre dann sicher auch im Hinblick auf die Ausgestaltung der fachpsychiatrischen Behandlung zu diskutieren.

Schwankende Behandlungsmotivation

Die Motivation des Patienten, sich in eine spezialisierte Behandlung zu begeben, ist oft sehr schwankend. Die Hausärzte brauchen vom Spezialisten daher dann eine rasche Übernahmezusage, wenn der Patient sich zuweisen lässt. Das darauffolgende Erstgespräch beim Spezialisten ist entscheidend für eine geglückte Überweisung. Dauert eine Überweisung bei vorhandenem Willen des Patienten zu lange, kann die Motivation wieder verloren gehen. Es kommt oft darauf an, zum richtigen Zeitpunkt schnell zu handeln.

Vorangegangene Therapieabbrüche

'Missglückte', abgebrochene Psychotherapien sind ein häufiger Grund, dass Patienten mit ihren Problemen nur noch den Hausarzt aufsuchen. Hier ist eine Motivation zur erneuten Überweisung eine besonders heikle Aufgabe des Hausarztes.

Niederschwelligkeit der Hausarztbehandlung

Hausärzte bedeuten für Patienten niederschwelligere Anlaufstellen als psychotherapeutische Fachkräfte. Dies liegt vermutlich unter anderem an Vorurteilen gegenüber der Psychiatrie, aber auch am Vermeiden davon, sich mit sich selbst auseinandersetzen zu müssen.

Interaktion und Entscheidungsfindung

Wir nehmen an, dass es nur wenige Patienten gibt, die einerseits einer spezialisierten Behandlung bedürfen, andererseits aber dazu gar nicht zu motivieren sind. Die ablaufende – zum Teil unbewusste – Interaktion zwischen Patient und Hausarzt spielt in der Entscheidungsfindung einen Hauptanteil. In der Frage, ob ein Hausarzt die Überweisung zum Facharzt als indiziert erachtet, spielt die Motivation eines Patienten, sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, eine wichtige Rolle. Die Entscheidungsfindung ist oft wenig reflektiert und zeigt, welche grosse Bedeutung der komplexen Interaktion zwischen Hausarzt und Patient zukommt.

c) Motivation des Arztes

Entscheidend sind die Überzeugungen bezüglich Selbstkompetenz und die Einschätzung der Krankheitssituation des Hausarztes, die ihn dazu führen, einen Patienten selber zu behandeln oder ihm nahe zu legen, sich in spezialisierte Behandlung zu begeben.

Eine Rolle spielt dabei seine Aus-, Weiter- und Fortbildung und manchmal auch allfällige Widerstände gegen eine Überweisung.

Eigene Kompetenzen

Der Hausarzt wird generell selbst behandeln, wenn er die Störung als vorübergehend betrachtet, sich als kompetent fühlt, eine akute Krise vorliegt und/oder kein Psychiater erreichbar ist er also keine andere Wahl hat. Bedeutsam sind dabei die Möglichkeiten des Hausarztes, eine intuitiv erfasste psychische Störung diagnostisch einzuordnen. Je weniger ihm das gelingt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit einer unprofessionellen Behandlung, bspw. einer Verdrängung (nicht so schlimm/das wird schon wieder), einer unqualifizierten Überweisung (jetzt müssen Sie halt zum Psychiater) oder einer inadäquaten Medikation mit Psychopharmaka.

Uneinheitlichkeit 'der Psychiatrie und Psychotherapie'

Problematisch für die Hausärzte sind hierbei die unterschiedlichen Meinungen in der Psychiatrie selbst, deren Uneinheitlichkeit bezüglich Krankheitsverständnis und Behandlungsmethoden. Er sieht sich einer Vielzahl verschiedener Behandlungs-Methoden gegenüber, die für Nicht-Spezialisten nur schwer gegeneinander abwägbar sind. Eine ungünstige Überweisungsmotivation ist dann gegeben, wenn eine negative Übertragung zwischen Hausarzt und Patient entstanden ist, wenn der Hausarzt am Rande seines Lateins angekommen ist, seine Geduld verloren hat oder Zweifel an seiner eigenen Fähigkeit ihn lähmen.

Nützlichkeit der Überweisung

Hausärzte überweisen dann an Psychiater und Psychotherapeuten, wenn sie sich davon Erfolg versprechen. Hausärzte halten Psychiater jedoch nicht immer für die geeigneten Therapeuten ihrer „schwierigen“ Patienten, da Psychiater häufig wenig Erfahrung mit polymorbiden / psychosomatischen Patienten hätten. Für viele Hausärzte bedeutet die persönliche Beziehung zu einem Psychiater eine grosse Hilfe, sich über ein aktuelles psychisches Problem eine Meinung zu bilden und ggf. eine Überweisung zu veranlassen. Generell ist wohl eine etablierte Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Psychiater die wichtigste Basis für eine sinnvolle Überweisungspraxis.

d) Struktur- und Kapazitätsfragen der psychiatrischen Versorgung

Über die konkrete Zusammenarbeit hinaus sind strukturelle Zuweisungsprobleme zu psychiatrischen Behandlungen denkbar und nicht zuletzt auch organisatorische (Praxisorganisation) und Verständnisprobleme (bspw. unterschiedliches Zeitverständnis und Sprache), die sich aus den unterschiedlichen Professionen und Krankheiten ergeben.

In der Regel sind Zuweisungen kompliziert: können oft nicht über die Arztgehilfin erfolgen. Hausärzte denken, dass ein Zuweisungsversuch wenig erfolgreich sei. Für Überweisung und Diagnose fehlen zudem oft gemeinsame Codeworte. Psychiater gelten als schlecht persönlich erreichbar.

Hausärzte lassen sich von Patienten in psychischen Krisensituationen eher unter Druck setzen als Psychiater. Sie sind daher auch eher frustriert über ihre erfolglosen Bemühungen. Der Zeittakt der Hausarztpraxis und einer Psychotherapiepraxis ist sehr verschieden und widerspiegelt den Unterschied zwischen Erkennen und seelischem Prozess. Der Kontakt zwischen Hausärzten und Psychiatern wird wenig gepflegt. Damit existiert keine gemeinsame Sprache, wenig gegenseitiges Verständnis (seelenlose Körpermedizin vs. körperlose Seelenmedizin). Schliesslich fehlt eine Notfallstation - ähnlich offen zur Abklärung wie die der somatischen Spitäler.

e) Besondere Behandlungssituationen

Notfall- und Krisensituationen

Welche Notfälle gehören in die Hand des Hausarztes? Wie kann der Hausarzt in Notfallsituationen adäquat unterstützt werden? Wer sind seine diesbezüglichen Partner? Da die hausärztliche Kompetenz in der psychiatrischen Diagnostik und Therapie sehr unterschiedlich ist, gibt es hier keine allgemeingültigen Aussagen. Von grosser Bedeutung ist es aber, dass ein Hausarzt bei Vorliegen einer Notfallsituation bei Bedarf auf die Hilfe eines Psychiaters zählen kann. Der psychiatrische Notfalldienst hat in den vergangenen zehn Jahren eine wesentliche Last der Hausärzte bei psychiatrischen Notfällen übernommen. Im Gegensatz zu den eigentlichen Notfällen ist hingegen das Auftreten von Krisensituationen ein alltägliches Problem der Hausarzt-Praxis. Obwohl hier verschiedene Handlungsmöglichkeiten bestehen, findet eine Vernetzung der Angebote nur spärlich statt.

Folgen der Migration:

Welche Probleme hat der Hausarzt mit den psychischen Problemen von Migranten, mit denen er sich sprachlich schwer verständigen kann? Wie geht er damit um? Welche Unterstützung braucht der Hausarzt in dieser Thematik? (Zuweisungsmöglichkeiten, Übersetzer etc.)?

Dieser Thematik haben sich in der jüngsten Zeit verschiedene Institutionen gewidmet (SRK Bern, diverse regionale psychiatrische Dienste, Tropeninstitut, MUSUB usw.). Die Schwierigkeiten von Hausarzt und Patienten sind enorm, gemeinsame Lösungen zu erarbeiten, da der Hintergrund der Beziehung komplex ist durch die verschiedenen sprachlichen, kulturellen, politischen und religiösen Unterschiede. Da hier beim Auftreten von psychischen Störungen die Überweisungspraxis noch viel schwieriger wird, ist die Gefahr der Verdrängung / medikamentösen Notlösung um einiges grösser. Hilfreich sind entsprechende Kursangebote, in de-

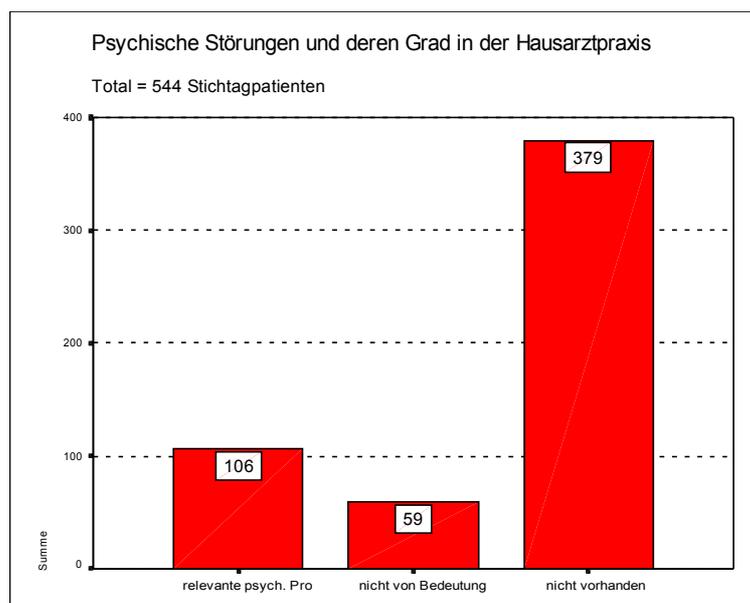
nen das Verständnis für die Migrantensituation und eine Vernetzung der Angebote gefördert wird. Der Aufbau einer Institution, die sich speziell den psychosozialen Problemstellungen von Migranten annimmt, ist dringend erforderlich.

5.3.1.2. Auswertung der Hausärzte-Befragung

Da die meisten Menschen mit einem seelischen Leiden den Hausarzt aufsuchen, haben wir eine Befragung von 60 Hausärzten aus 6 verschiedenen Hausarztgruppen (Qualitätszirkel) im Kanton Baselland durchgeführt. Folgende Erkenntnisse haben sich aufgrund der Befragung ergeben, wobei der eher geringe Rücklauf von 35% zu berücksichtigen ist. Die folgenden Angaben haben keinerlei Anspruch auf Repräsentativität, geben aber doch gute Hinweise.

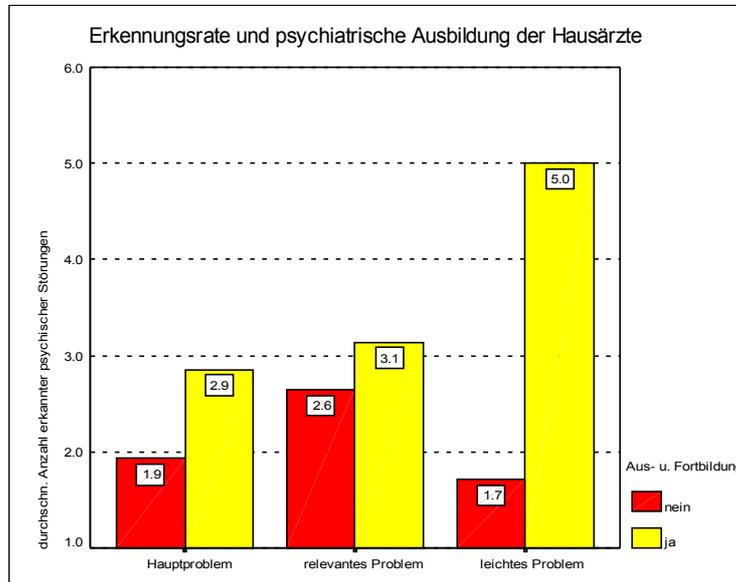
Häufigkeit psychischer Störungen

In unserer Erhebungen wurden die Patienten in Hausarztpraxen an einem Stichtag erfasst. Insgesamt wurden am Stichtag von den 21 Hausärzten (13 mit FMH-Titel Allgemeinmedizin, 7 mit FMH-Titel Innere Medizin, 1 ohne FMH-Titel) 544 Patienten gesehen. Von diesen wurde bei 106 Patienten - das sind 20% der Gesamtklientel - eine zumindest relevante psychische Störung diagnostiziert. Bei weiteren 11% wurde eine psychische Störung erkannt, jedoch als nicht bedeutsam eingeschätzt.

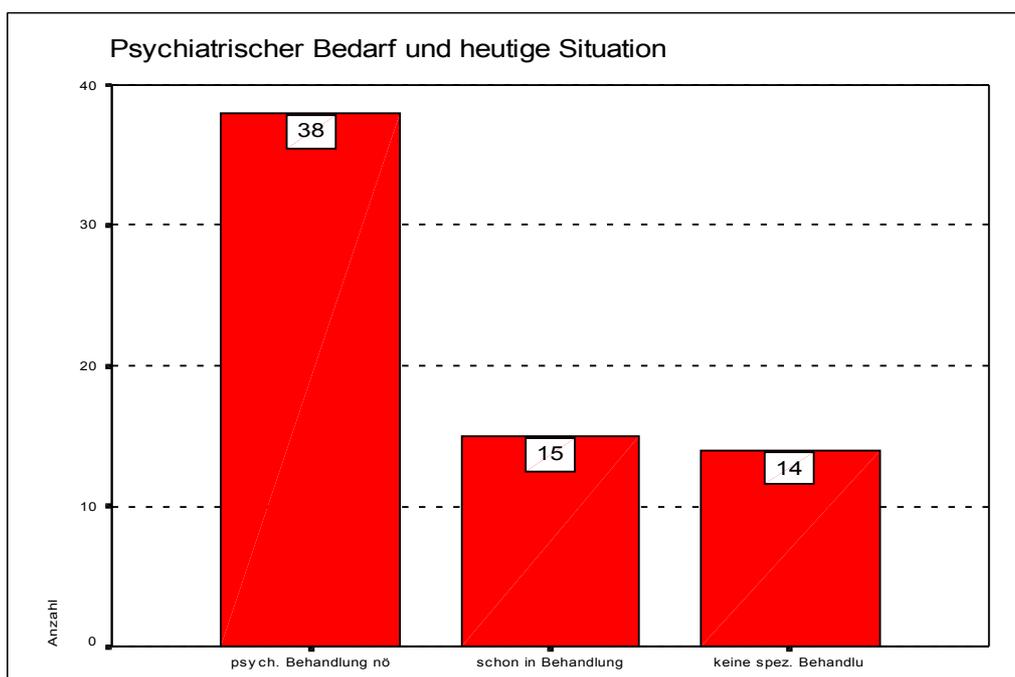


Die gefundene Häufigkeit von 20% psychischer Störungen im engeren Sinn sowie die Quote von 30%, wenn man auch leichtere aber doch erkennbare Störungen hinzuzieht, entsprechen bekannten Forschungsergebnissen (siehe oben). Sie entsprechen auch den Häufigkeiten, die wir in den Spitälern gefunden haben - auch dort sind es 23% (relevante Störungen) und 31% (inkl. nicht behandlungsrelevante) psychische Störungen. Diese Werte dürfen für weitere Abklärungen als Referenz dienen, was die Grössenordnungen betrifft. Die Einheitlichkeit der Resultate zeigt nicht zuletzt, dass Somatiker ein gutes Gefühl dafür haben, ob grundsätzlich eine psychische Störung vorliegt - abgesehen von der Ausbildung (nur ein Drittel (7/21) der Hausärzte verfügt über eine spezifische Bildung bezüglich psychische Störungen).

Relevant ist eine psychiatrische Aus-, Weiter- oder Fortbildung vor allem dort, wo es sich um psychische Störungen handelt, die nicht als relevant betrachtet werden, die also auch nicht so deutlich imponieren: Spezifisch ausgebildete Hausärzte nehmen zwar nicht viel mehr schwere und mittelschwere psychische Störungen wahr, sie nehmen aber durchschnittlich dreimal häufiger leichte psychische Störungen wahr (resp. erkennen diese besser):



Die an sich gute Wahrnehmung psychischer Krankheit für aber auch in der Hausarztpraxis nur bei einem Teil der Fälle zu einer Überweisung in spezialisierte Behandlung. Zuerst einmal wird nur bei einem Drittel (38) der 106 relevanten psychischen Störungen ein psychiatrischer Behandlungsbedarf gesehen, von diesem Drittel ist wiederum ein Drittel (14) ohne Behandlung. Von den 106 Patienten mit einer relevanten psychischen Problematik sind effektiv 15 (das sind 14%) schon in psychiatrischer Behandlung, bei einem weiteren Teil ist eine solche geplant:



Zusammenfassend kann man demnach feststellen:

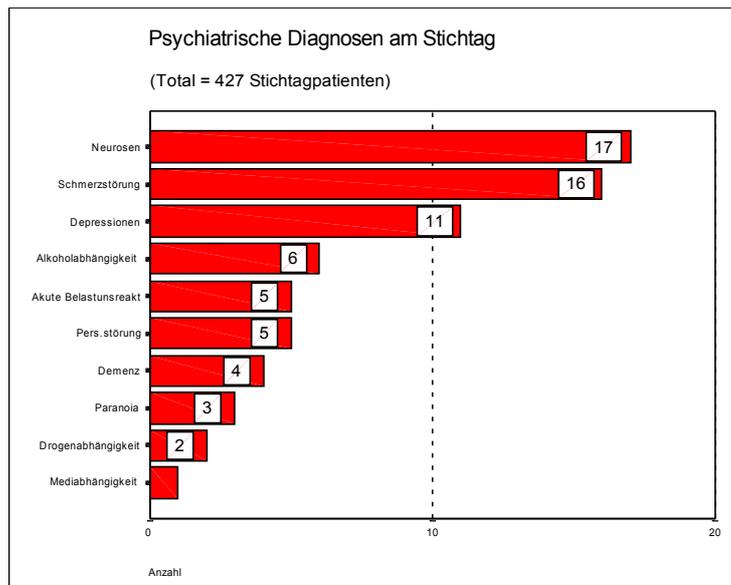
	Anzahl Stichtag	%
relevante psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis	106 von 544	20%
gleichzeitig psychiatrisch behandelt	15 von 544	3%
psychiatrische Behandlung geplant	26 von 544	5%
Psychiatrisch nicht behandelte relevante psychische Erkrankungen	65 von 544	12%

Es ist anzunehmen, dass die Hausärzte v.a. dort eine psychiatrische Behandlung als notwendig erachten, wo sie die psychische Problematik als Hauptproblem sehen (das ist bei 9%). Von diesen ist ein Drittel schon in psychiatrischer Behandlung, bei weiteren ist dies geplant. Dies zeigt ein ähnliches Bild wie in der Spitaluntersuchung: Bei den psychiatrischen Hauptdiagnosen wird die Zusammenarbeit gesucht, bei den übrigen - als relevant eingestuften Störungen - kaum.

Bemerkenswert ist jedoch auch hier der recht hohe Anteil von älteren Patienten, 46% der Patienten mit relevanten psychischen Störungen sind 65 Jahre und älter. Dies bestätigt die Erhebung in der Alters- und Pflegeheimen im Kanton Baselland, wo sich deutlich zeigte, dass nahezu alle Heimbewohner mit psychischen Störungen von Hausärzten behandelt werden. Die Psychiatrie ist in der Behandlung psychisch kranker alter Menschen unterrepräsentiert.

Diagnostisch scheinen Hausärzte (diese Frage wurde nicht von allen Hausärzten ausgefüllt) ein anderes Spektrum als die Spitäler zu betreuen. Am häufigsten wurden neurotische Störungen sowie überraschend viele Schmerzstörungen diagnostiziert. Noch vor den Demenzen kommen auf dem 4. Rang Patienten mit Alkoholabhängigkeit.

Rechnet man die Befragung auf die Gesamtheit aller Hausärzte im Kanton Baselland hoch, betreuen die Hausärzte jährlich 38'000 Patienten mit einem relevanten seelischen Problem. Goldberg&Huxley haben 1980 eine Zahl von 37'800 Personen, die durch die Primärversorgung erfasst würden, geschätzt. Die von uns erfragte Zahl an Hausarztpatienten mit einem relevanten seelischen Leiden stimmt also exakt mit der Hochrechnung von Goldberg&Huxley überein.



Überweisungen an Psychiater

Die befragten Hausärzte gaben an, dass 14% von ihren Patienten mit einem relevanten psychischen Problem in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stünden. Rechnet man die Angaben der Psychiater hoch, sind es aber lediglich 6% der Hausarztpatienten mit relevantem psychischen Problem, die an den Spezialisten überwiesen worden sind.⁵⁾

Die Mehrzahl der befragten Hausärzte arbeitet "oft" mit niedergelassenen Psychiatern zusammen (75%), die Hälfte "oft" mit den EPD. Die Zusammenarbeit wird bei den EPD ausschliesslich und bei den Psychiatern überwiegend als "gut und hilfreich" erlebt. Durchschnittlich wurden im letzten Arbeitsmonat von jedem Hausarzt zweimal ein niedergelassener Psychotherapeut kontaktiert. Kamen Zuweisungen an Psychiater nicht zustande, so wurden folgende Gründe als "oft" genannt:

Als "oft vorkommend" eingeschätzte Gründe	% Hausärzte	
Psychotherapeut hat keinen Termin in nützlicher Frist	70%	Rang 1
Psychotherapeut ist kaum erreichbar	35%	Rang 2
Der Patient geht nicht zum Psychotherapeuten	33%	Rang 3
Psychotherapeutische Behandlung scheitert innert 1-3 Gesprächen	17%	Rang 4
Psychotherapeut kann nicht leisten, was nötig wäre	7%	Rang 5

Das (bekannte) Hauptproblem aus Sicht der Hausärzte ist die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Psychotherapeuten, Therapieabbrüche und mangelnde Angebote werden hingegen kaum als Grund genannt. Die Hälfte der befragten Hausärzte hätte denn auch den Wunsch, öfter Patienten an Psychotherapeuten zu überweisen. Die Psychotherapeuten (siehe die Erhebungsergebnisse auf den folgenden Seiten) selbst erleben vor allem drei häufige Gründe: Neben der Tatsache, dass einige oft keinen Platz haben, vergleichsweise häufig, dass der

⁵⁾ Wir nehmen an, dass die geschätzten 14% deutlich zu hoch gegriffen ist. Die Zuweisungsrate an die EPD ist bekannt (1.4%), diejenige an die Psychiater ebenfalls (6.0%). An Psychologen wird durch Hausärzte nur sehr spärlich überwiesen.

Patient zwar angemeldet wird, dann aber nicht kommt oder dass die Behandlung abgebrochen wird.

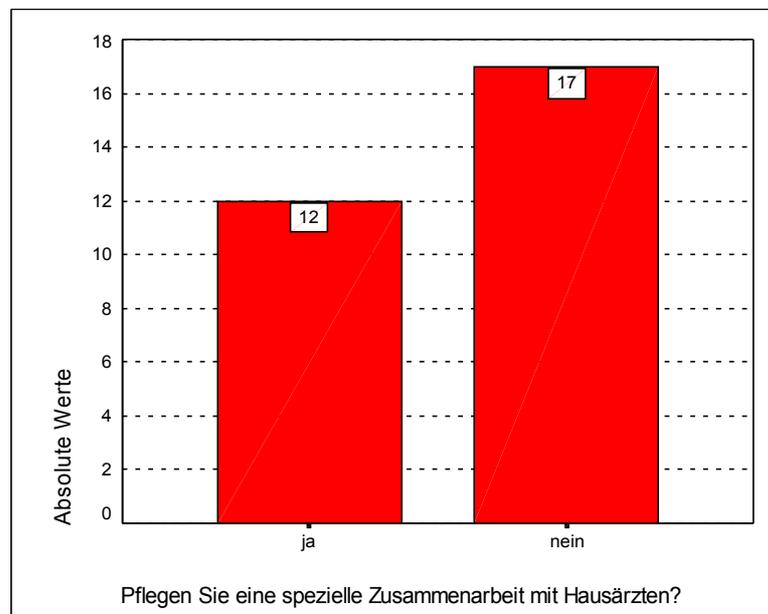
Als "oft vorkommend" eingeschätzte Gründe	% Psychiater	
Psychotherapeutische Behandlung scheitert innert 1-3 Gesprächen	27%	Rang 1
Habe keinen Termin in nützlicher Frist	25%	Rang 2
Der Patient kommt nicht	23%	Rang 3
Zuweisung ist fehlindiziert	16%	Rang 4

5.3.1.3. Auswertung der Hausärzte-Items aus den übrigen Befragungen

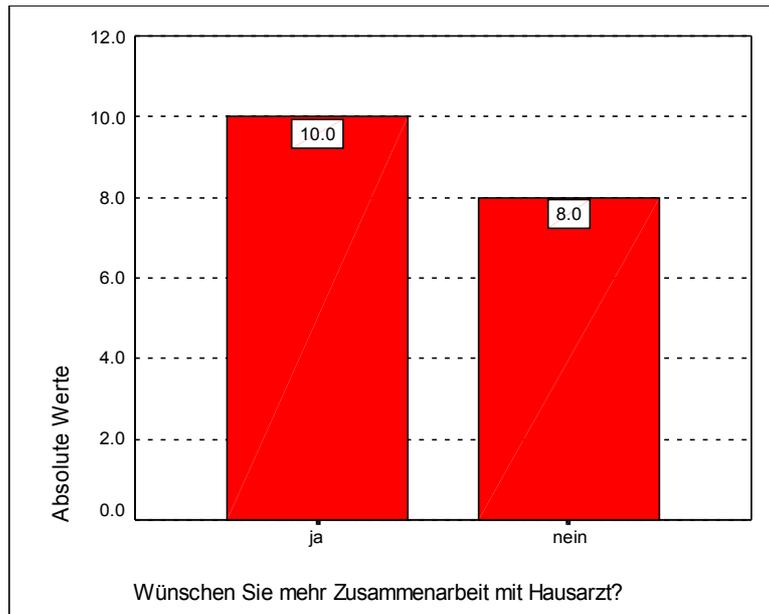
Wir haben in der Befragung der freipraktizierenden Psychiater im Rahmen dieser Folgeplanung II auch Fragen zur Zusammenarbeit mit den Hausärzten gestellt. Folgende Erkenntnisse lassen sich daraus zusammenfassen (siehe auch die Resultatsübersicht im Kap. 5.4.1.):

Es findet eine doch rege Überweisungspraxis von den Hausärzten an die Psychiater statt. Wie oben schon gezeigt, stammt ein Drittel der Psychiaterklientel aus Hausarztüberweisungen. Von den 809 Patienten, die von 29 Psychiatern in einer Erhebungswoche gesehen wurden, wurden 266 vom Hausarzt zugewiesen. Weitere 280 kontaktierten den Psychiater auf eigene Initiative, resp. Initiative von Kollegen, das heisst, Hausärzte machen mit Abstand den grössten Teil der Zuweisungen aus.

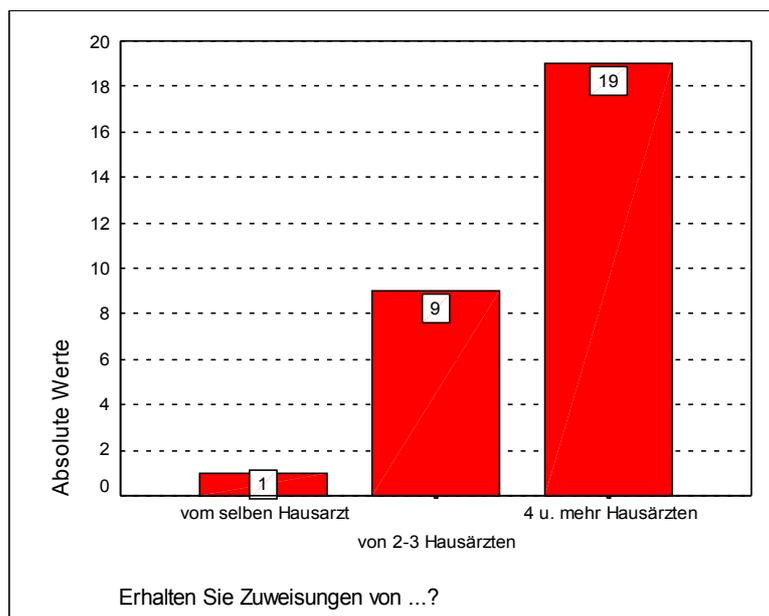
12 von 29 Psychiatern pflegen mit Hausärzten eine Zusammenarbeit, die über die Zuweisungspraxis hinausgeht:



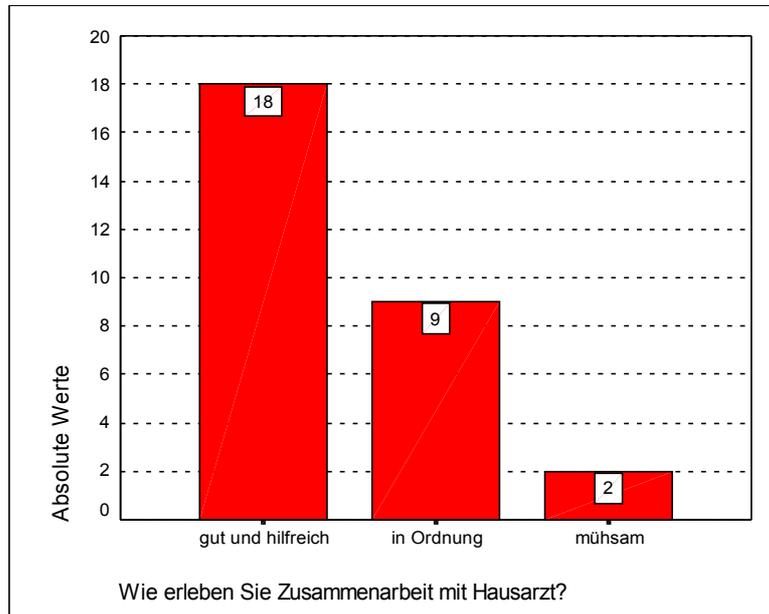
Weitere 10 Psychiater (9 davon Psychiater ohne bisherige spezielle Zusammenarbeit) wünschten sich eine intensivere Zusammenarbeit:



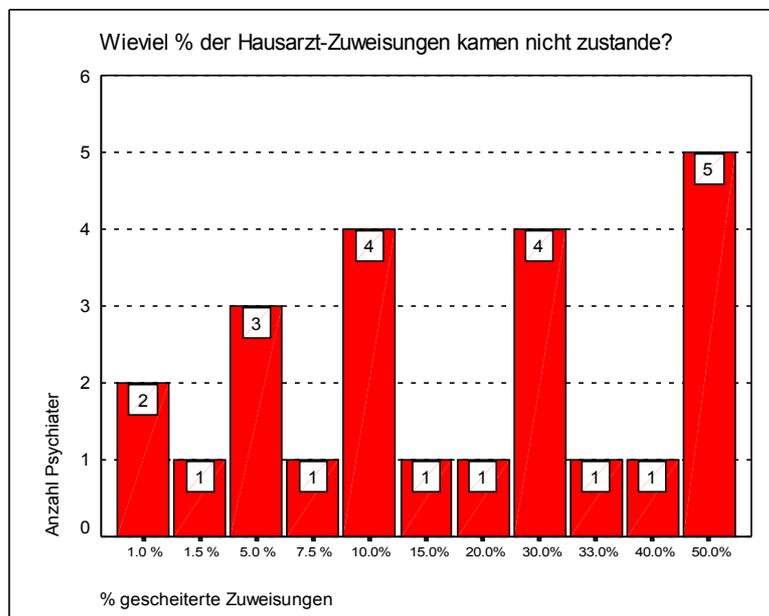
Die Psychiater erhalten von mehreren Hausärzten Zuweisungen, die meisten von 4 und mehr verschiedenen Hausärzten:



Die Zusammenarbeit wird mehrheitlich als gut und hilfreich beschrieben, von einem Drittel als in Ordnung und nur von 2 Psychiatern als mühsam:

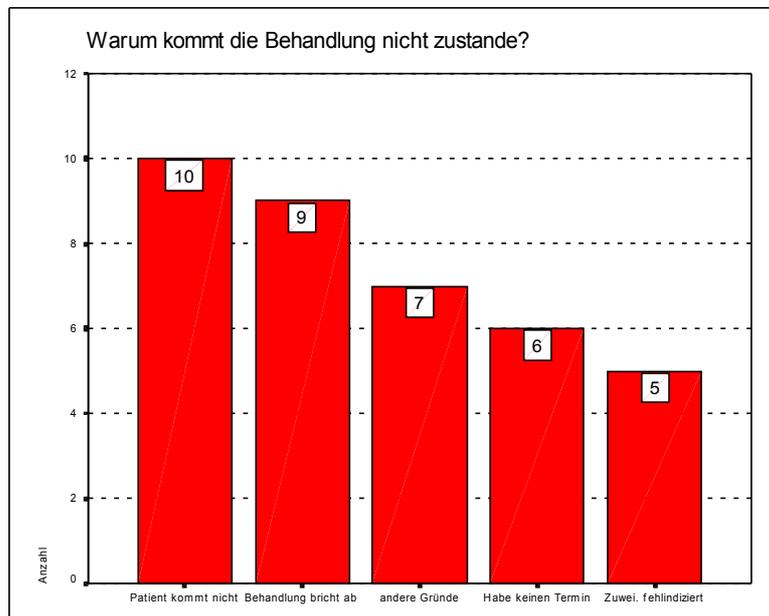


Schliesslich wurde von den Psychiatern eingeschätzt, wieviele Prozent der Zuweisungen nicht zustandekamen. Die Antworten streuten sehr stark, von 1% bis 50% (also jede zweite Zuweisung kam nicht zustande).



Am häufigsten gaben die Psychiater an, der Grund, warum Zuweisungen ggf. nicht zustande kommen, sei, dass der Patient schliesslich nicht kommt oder dass die Behandlung innert ein bis drei Gesprächen abbricht. Im Folgenden sieht man, wie oft einer dieser Gründe genannt wurde. Dabei ist zu beachten, dass gleichzeitig erhoben wurde, ob dieser Grund oft, manchmal oder selten vorkomme. Dass der Patient nicht kommt, wurde nicht nur oft genannt, son-

dem auch von den meisten als häufiger Grund genannt, dass hingegen die Zuweisungen eine Fehlindikation seien, wurde nicht nur wenig genannt, sondern auch als seltener Grund eingeschätzt:



Zusammenfassend lässt sich sagen - allerdings mit der Einschränkung, dass nur Daten von 29 PsychiaterInnen vorliegen, das sind 50% - dass die psychiatrischen Praxen aus ihrer Sicht viele Zuweisungen von Hausärzten erhalten, dass die Zusammenarbeit im allgemeinen als gut erlebt wird und dass dort, wo die Zusammenarbeit (noch) nicht so intensiv ist, oft der Wunsch danach besteht. Auf der anderen Seite kommt doch ein rechter Teil von Zuweisungen nicht zustande, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass in einigen Fällen keine gemeinsame Sprache und kein gemeinsames Verständnis besteht darüber, was Psychotherapie ist und kann und vor allem auch darüber, wie solche Zuweisungen ablaufen sollten (meistens scheitert der Kontakt ja daran, dass die Patienten dann nicht kommen - ganz verhindern lässt sich dies allerdings letztlich ja nicht). Von den 38'000 Patienten mit einem relevanten seelischen Leiden stehen 2'300 (6%) bei niedergelassenen Psychiatern in Behandlung, weitere 550 wurden den Externen Psychiatrischen Diensten zugewiesen (1.4%).

5.3.1.4. Die Aus- und Weiterbildung der Hausärzte

Da der Hausarzt den Hauptteil der psychiatrischen Versorgung abdeckt, stellt sich die Frage, inwieweit er auf diese Aufgabe vorbereitet ist. Dieser Frage sind wir nicht nachgegangen. Wir haben hingegen versucht, generelle Kriterien im Sinne von Minimalanforderungen zu definieren.

Grundsätzlich unterscheiden wir zwischen den Fähigkeiten einerseits, die ein Hausarzt benötigt, um seelische Prozesse wahrzunehmen und anzusprechen, und andererseits seinen spezifischen Kenntnissen in der Diagnostik, Therapie und Zuweisungsindikation von Patienten, die einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Beziehung zum Patienten

Der Hausarzt ist fähig, die Emotionalität des Patienten wahrzunehmen und in einer Weise anzusprechen, die vertrauens- und beziehungsbildend wirkt. Er ist fähig, seine Wahrnehmung in seinen Behandlungsplan einzubeziehen.

Erkennen von psychischen Störungen

Der Hausarzt ist fähig, psychiatrische Krankheiten zu erkennen, diese mit dem Patienten zu besprechen und den Patienten entweder selber genügend behandeln zu können oder mit dem Patienten die Notwendigkeit einer Überweisung zum Spezialisten zu klären.

Ansprechen von psychischen Störungen

Der Hausarzt ist fähig, seelisches Leiden beim Patienten wahrzunehmen und kann ihn darüber hinaus darauf ansprechen. Er schätzt die Chance, die im Einleiten einer Psychotherapie für den Patienten liegen würde, richtig ein. Der Hausarzt erkennt im körperlichen Leiden ggf die psychosozialen Hintergründe. Er kann diese ansprechen, eingehend explorieren und einschätzen, ob und welche Intervention resp. Zuweisung notwendig ist. Er ist fähig, den Patienten dazu anzuregen, das seiner Meinung nach Nötige zu tun.

Ernstnehmen und Aushalten der Emotionalität des Patienten

Der Hausarzt hat die Fähigkeit, geäußerte Gefühle des Patienten auszuhalten und nicht sofort mit einer Medikation oder Zuweisung zu beantworten. Der Hausarzt kann eine Beziehungsanalyse durchführen, verfügt über eine gute Sensitivität, hat keine Angst vor dem Seelischen, hält sein Nichtwissen aus und erkennt seine eigenen Grenzen.

Schulung

All diese Fähigkeiten kommen einem Hausarzt auch in der Führung seiner somatisch kranken Patienten zugute. Er sollte sich diese Fähigkeit deshalb unabhängig von seiner Bereitschaft, seelisch belastete oder kranke Patienten eigenständig zu betreuen, aneignen. Ungeklärt ist jedoch, wo sich der zukünftige Hausarzt die beschriebenen Grundanforderungen an Gesprächsführung und psychiatrische Diagnostik aneignen soll. Ist der Ort, wo der zukünftige Hausarzt zur Erfüllung der Minimal Standards geschult wird, das Studium, die Spitalassistentz oder muss er sich ausserhalb seines Studiums und der FMH-Weiterbildung unabhängig um seine adäquate Schulung kümmern (so wie dies bei den Psychiatern der Fall ist) ?

Anforderungen an den/die "Psychosomatiker/in"

In der Region Nord-Westschweiz dürften ca. 50 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte tätig sein, die die Qualitätsanforderung eines „Psychosomatikers“ nach den Qualitätskriterien der neu gegründeten APPM erfüllen. Versorgungsschwerpunkte von Psychosomatikern sind Kriseninterventionen, Behandlung von Depressionen, Ängsten, Konflikten in Paar- und Familienbeziehungen sowie sämtliche psychosomatische Störungen im engeren Sinne. Die APPM definiert folgende Qualitätskriterien an Psychosomatiker:

- ♣ Sie kennen Möglichkeiten und Vertreterinnen eines psychischen und sozialen Netzes in ihrem Arbeitsumfeld (soziale Institutionen, therapeutische Angebote etc.)
- ♣ Sie kennen unterschiedliche psychotherapeutische Therapieverfahren in Grundzügen, so dass sie Patienten kompetent bei der Wahl eines Therapieverfahrens beraten können.
- ♣ Sie besitzen eine spezifische Sensibilität für die psychosoziale Dimension in der Realität eines individuellen Patienten.
- ♣ Sie sind in der Lage, eine stabilisierende regelmässige längerfristige Behandlung in Abgrenzung zu einer eigentlichen Psychotherapie durchzuführen.

Grundversorger verfügen im allgemeinen nicht über eine psychiatrische Assistenz erfahrung und werden in ihrem Aus- und Weiterbildungsgang auch kaum psychologisch und kommunikativ gezielt geschult. Dementsprechend kann eine qualifizierte Behandlung psychisch Kranker nicht vorausgesetzt werden. Dennoch gelangen viele psychisch Kranke zuerst in die Hausarztpraxis, was auch damit zu tun hat, dass Patienten in unserem Gesundheitssystem lernen, ihre Klagen primär in einem somatischen Kontext zu äussern, da sie sonst den Hausarzt als Anlaufstelle verlieren könnten. Dieser kann dazu neigen, in Unkenntnis der genauen Krankheit und deren therapeutischen Möglichkeiten sowie mangels Handlungsalternativen Psychopharmaka einzusetzen, oft über viele Jahre hinweg.

Psychische Krankheiten sind oft langdauernde Krankheiten und benötigen als Unterstützung (neben anderen Massnahmen) stabile, verlässliche therapeutische Beziehungen, in denen professionell auf die Befindlichkeit eingegangen werden kann. Dies verlangt ganz spezifische Fähigkeiten, die nur in langjähriger Ausbildung und therapeutischer Arbeit erlangt werden können, bei Unterschätzung der Schwierigkeiten und der Spezifität dieser Kenntnisse drohen Frustrationen und Behandlungsabbrüche. Dies zeigt die Grenzen der hausärztlichen Behandlung bei psychisch Kranken auf.

Auf der anderen Seite ist es schon nur in Anbetracht der Häufigkeit psychischer Störungen unmöglich, alle fachpsychiatrisch und -psychotherapeutisch zu behandeln. Die primärmedizinische Versorgung nimmt hier eine zentrale Aufgabe wahr - umso wichtiger ist es, in die Zusammenarbeit, in die Klärung der Verantwortlichkeiten und zudem in die Schulung der Hausärzte zu investieren.

5.3.2. Patienten mit seelischem Leiden im somatischen Spital

Epidemiologie

Es ist bekannt - und im vorigen Kapitel ausgeführt - dass das psychiatrische Krankheitsrisiko in der Allgemeinbevölkerung bei Vorliegen einer körperlichen Erkrankung erhöht ist. Demgegenüber ist die Rate der psychischen Komorbidität⁶⁾ bei Spitalpatienten nochmals erhöht. Sie beträgt laut einer Reihe von Studien zwischen 30-50%. Vergleichsweise besonders häufig sind dabei Demenzen, Alkoholabhängigkeit, und akute Belastungsreaktionen. Im folgenden (und zum Vergleich mit den von uns erhobenen Resultaten, siehe unten) die Resultate einer Untersuchung aus Deutschland (Lübeck: Arolt, 1997:

⁶⁾ Komorbidität = gleichzeitiges Vorliegen von verschiedenen Krankheiten

Erkrankung (Punktprävalenz, ICD-10, Schweregrad deutlich bis sehr schwer, Inn.Med.)	%
F0 Organisch bedingte psychische Störungen, Demenz	16.0%
F1 Substanzenabhängigkeit	8.0%
F2 Schizophrenie, wahnhafte Störungen	1.0%
F3 Affektive Störungen	9.5%
F4 Neurotische Störungen	10.5%
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Stör.	0%
F6 Persönlichkeitsstörungen(gesondert erhoben)	5%
Gesamt	45%

Die hohe Rate von Demenzen steht in direktem Zusammenhang mit der Alterstruktur von Krankenhauspatienten mit einem hohen Anteil der über 65-jährigen. In derselben Untersuchung wurde geschätzt, dass rund ein Drittel dieser Patienten mit psychischer Störung eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention benötigte, tatsächlich aber nur ein Viertel davon dem Psychiater vorgestellt wurde. Diese Konsiliarquote ist im internationalen Vergleich hoch, in anderen Untersuchungen lag die Überweisungsrate erheblich niedriger.

Bedarf und Überweisungsrate

In einer anderen Untersuchung in einem Spital in einer ländlichen Gegend in Tirol (Wancata et al., 2000) zeigte sich, dass Spitalärzte bei 26.7% der Spitalpatienten eine psychiatrische Erkrankung identifizierten. Die effektive, von standardisierten Instrumenten erhobene, Häufigkeit betrug in der Medizinischen Klinik mit der obigen Untersuchung vergleichbare 42%. Die Diagnoseverteilung war ebenfalls vergleichbar mit der oben gezeigten. Die Sensitivität der Spitalärzte war recht hoch bei Substanzenabhängigkeit, Psychosen und Manien und eher gering bei Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Es ist aus der Literatur belegt, dass zwischen Bedarf und effektiver Überweisungsrate eine erhebliche Diskrepanz besteht. Dies ist erheblich, weil Allgemeinspitäler Früherfassungsinstitutionen sind, die Menschen in sensiblen Situationen resp. Krisensituationen aufnehmen und so die Chance hätten, auch psychische Störungen wahrzunehmen, anzusprechen und ggf. in spezialisierte Behandlung zu weisen. So hängt vieles davon ab, ob die psychische Störung erkannt wird.

Wichtige Aspekte des Spitalaufenthaltes psychisch kranker Menschen

Die Patienten, die mit einem seelischen Problem ins somatische Spital kommen, haben je nach Sicht der Beteiligten (Patient, Spitalarzt, Konsiliarpsychiater) unterschiedliche Bedürfnisse. Aus den unterschiedlichen Perspektiven sind verschiedenartige Aspekte zu berücksichtigenden.

Patienten

Oft spielt bei den Patienten das Bedürfnis nach Erholung ohne psychiatrische Stigmatisierung und in einige Fällen nach temporärer Entfernung aus einem schwierigen Umfeld eine Rolle. Bei chronischen Schmerzsyndromen erhoffen sich Patienten Linderung eher im Allgemeinspital als in einer psychiatrischen Klinik. Bei Erschöpfung, Angst, Panik kann es sich auch um eine Suche nach Geborgenheit handeln. Hinzu kommen ältere Menschen mit psychiatrischen Nebendiagnosen wie Schlafstörungen, Tranquilizer-Abusus oder auch vereinsamte und vernachlässigte Menschen.

Schliesslich handelt es sich auch um Patienten mit schweren körperlichen Krankheiten, die Unterstützung bei deren Verarbeitung, resp. der Verarbeitung der Reaktionen aus ihrer Umgebung benötigen. Der Patient ist während des Spitalaufenthaltes im allgemeinen empfänglich für eine somato-psychische Krankheits- und Therapiekonzeption, sofern man ihm nicht sagt, es sei alles 'rein psychisch'. Dies ist die Chance, die im Spitalaufenthalt liegt.

Spitalärzte und Pflegepersonal

Bei Patienten mit psychischen Störungen kann Ratlosigkeit oder das Gefühl, nicht kompetent zu sein, dazu führen, dass zur zeitlichen Überbrückung somatische Verlegenheitsabklärungen durchgeführt werden, bis der Konsiliarpsychiater eintrifft. Vom Psychiater wird nicht nur Fachwissen, sondern auch Explorationsfähigkeit, Erfahrung und therapeutische Kompetenz erwartet - nicht zuletzt bei Patienten, die als 'schwierig' erlebt werden. Auch die Absicherung der Verdachtsdiagnose des Spitalarztes kann ein Wunsch sein. Bei Schmerzpatienten kann es zudem ein Ziel sein, durch das Zuziehen eines Psychiaters eine verbesserte Schmerzverarbeitung ermöglichen.

Konsiliarpsychiater

Das primäre Angebot des Konsiliarpsychiaters besteht in der Standortbestimmung mit dem Patienten, den Angehörigen und dem somatischen Arzt (Spitalarzt und Hausarzt). Er unternimmt eine Problemdefinition und skizziert mögliche Lösungswege. Gemeinsam mit Spitalarzt und Patient hilft er bei der Erstellung und Durchführung eines Abklärungskonzeptes und der weiterführenden Behandlung.

Aus Sicht der Psychiatrie ist es wichtig, dass der Patient erste gute Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung machen kann. Wichtig ist schliesslich, dass erste notwendige Weichenstellungen erkannt und eingeleitet werden (bspw. eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung) und dass geklärt ist, wer die weitere Fallführung übernimmt.

Anforderungen an die psychiatrische Präsenz im Spital

Qualitätskriterien für eine psychiatrische Versorgung im Spital sind allgemein die folgenden:

- Die psychiatrische Hilfestellung muss wegen immer kürzeren Hospitalisationszeiten in kurzer Zeit erfolgen und in einer Art erfolgen, die dem Umstand Rechnung trägt, dass der Patient eine somatische Institution angesteuert hat.
- Sie soll – wenn notwendig – auf eine gründliche Problembearbeitung ausgerichtet sein.

- Sie soll die Kapazitätsprobleme der EPD berücksichtigen.
- Sie soll die Kapazitäten niedergelassener Fachkräfte nutzen und einbeziehen.
- Sie soll die Ablaufkapazitäten des somatischen Spitals nicht überfordern.
- Sie soll einen Weiterbildungsanteil für die somatischen Assistenzärzte und das Pflegepersonal enthalten.

Ob eine psychiatrische Behandlung überhaupt eingeleitet werden kann, hängt natürlich davon ab, ob sie überhaupt erkannt wird. Die Frage, wie oft ein psychisches Leiden wahrgenommen wird und welche Konsequenzen dies hat, interessierte uns im Rahmen der Folgeplanung II mehr als eine Untersuchung der effektiven Häufigkeit solcher Erkrankungen, da nur die wahrgenommene Häufigkeit Konsequenzen hat.

Die Situation in den Kantonsspitalern Bruderholz und Liestal

1. Allgemeine Eindrücke

Pro Jahr werden im Bruderholzspital ca. 100 Intoxikations-Fälle auf der Intensivstation behandelt, ca. 50 Patienten kommen jährlich zu einem stationären Alkoholentzug. Die Zahl der hospitalisierten Drogenabhängigen hat in den letzten 5 Jahren deutlich abgenommen, Alkohol- und Benzodiazepinabhängigkeit sind stabil geblieben (subjektiver Eindruck).

Die Kantonsspitäler sind grundsätzlich offen für Kriseninterventionen. Es fehlt jedoch an einer Tagesstruktur und therapeutischen Angeboten. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten von Seiten der EPD sind knapp.

2. Resultate aus einer Erhebung in den Kantonsspitalern

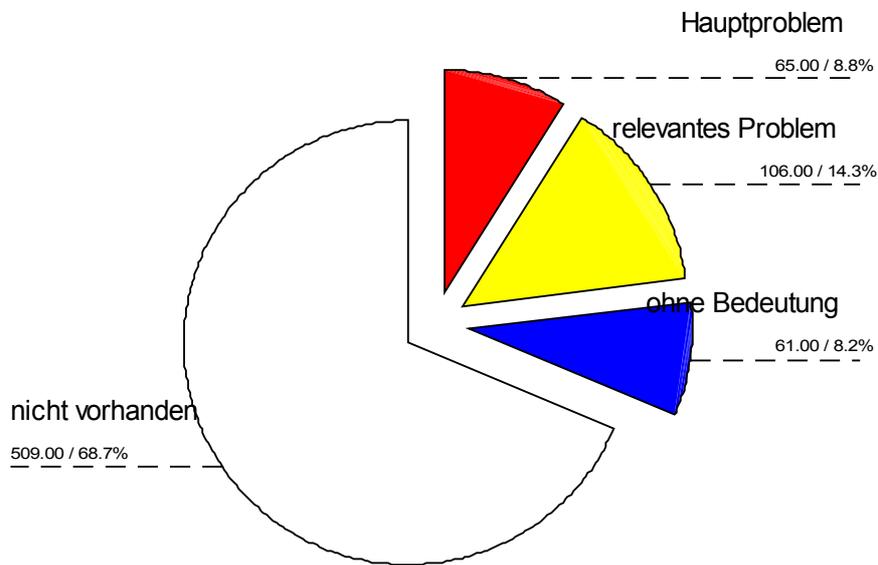
Während rund 5 Wochen wurden für sämtliche - von den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal austretenden - Patienten ein Kurzfragebogen ausgefüllt, bei dem die Oberärzte über Vorhandensein einer psychischen Störung, deren Grad und Diagnose sowie über das Behandlungsmanagement Auskunft gaben. Insgesamt wurden 748 Fragebogen retourniert. Parallel wurden die von den beiden Spitalern die angeforderten EPD-Konsilien erhoben (Diagnoseverteilung, Konsiliums Anlass und Empfehlung).

Hauptresultate

Abgesehen vom Grad der psychischen Problematik erhielten insgesamt 211 Patienten zumindest eine psychiatrische Diagnose, das sind 28.2% aller Patienten. Insgesamt wurde bei 23.1% aller Patienten der Medizinischen Kliniken eine zumindest relevante psychische Störung festgestellt. Bei weiteren 8.2% wurde eine psychische Störung diagnostiziert, aber als nicht von Bedeutung eingeschätzt. Dieses Resultat deckt sich in der Grössenordnung mit den erwähnten (und weiteren) Untersuchungen zur Häufigkeit psychischer Störungen im Allgemeinspital. Die 8.8% "psychisches Hauptproblem" decken sich exakt mit den Angaben zur Jahrestatistik (Hauptdiagnosen) der Spitäler. Die Resultate dürfen demnach als sehr robust angesehen werden.

KSBH/KSLI: Psychische Störung ist...

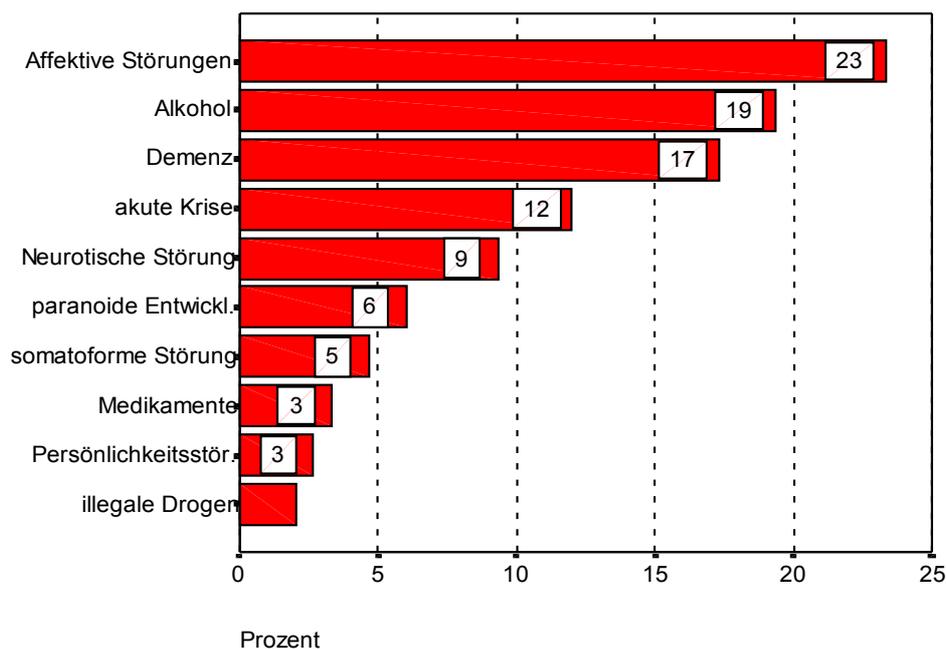
(741 Austritte Med. Kliniken während 5 Wochen)



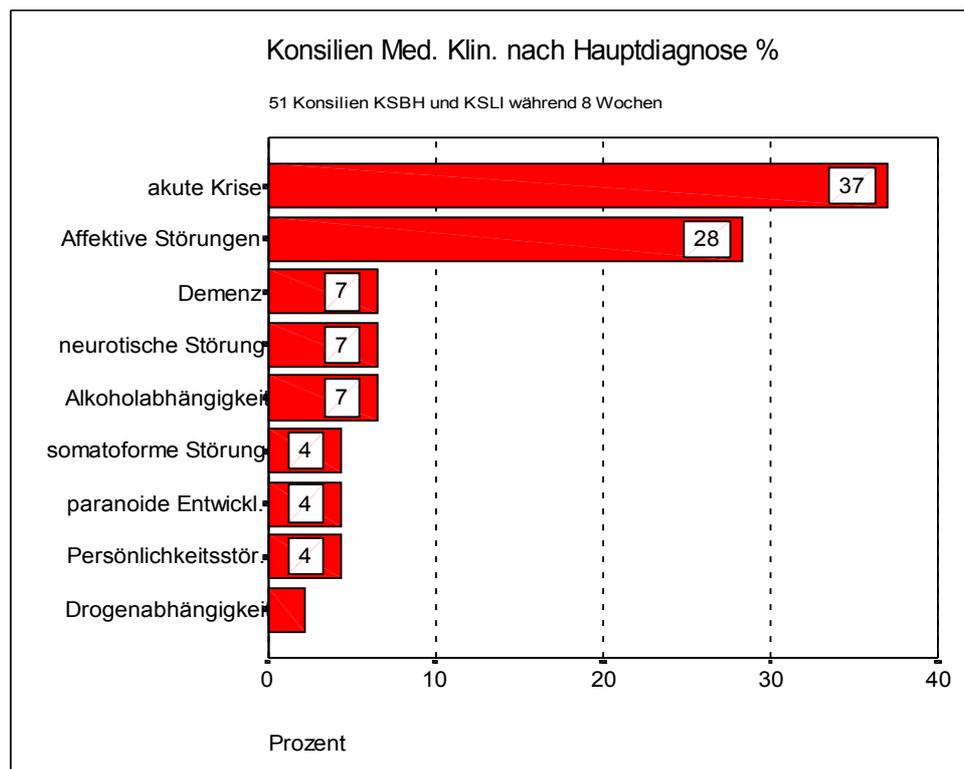
Hinsichtlich (Haupt-)Diagnoseverteilung (hier nach Häufigkeit dargestellt) dominieren Depressionen (jede vierte relevante Störung), Alkoholabhängigkeit (jede fünfte), Demenzen und akute Belastungsreaktionen, auch dies eine Bestätigung der Resultate anderer Studien. Zu beachten ist hinsichtlich Demenzen, dass das Durchschnittsalter rund 65 Jahre betrug. Akute Belastungsreaktionen betreffen jeden achten Patienten.

Relevante Störungen nach Hauptdiagnose in %

KSBH und KSLI: 171 Patienten in 5 Wochen



Anders sieht die Diagnoseverteilung bei den Patienten aus, bei denen im selben Zeitraum ein Konsilium angefordert wurde ⁷⁾. Fast 40% der konsiliarischen Patienten sind Patienten mit einer akuten Belastungsreaktion. Diese Diagnose steht damit mit Abstand an erster Stelle, obwohl diese Diagnose im Spital nicht so häufig auftritt. Wenig Konsilien fanden statt bei Patienten mit neurotischen, Demenz- und Alkoholkrankungen. Das heisst, Konsilien werden vor allem in Akutsituationen (in erster Linie Suizidversuche) angefordert - dies sind v.a. auch jüngere Patienten (siehe dazu auch weiter unten).



In der Spitalbefragung wurden zudem Angaben gemacht über das Management vor und nach Spitalaufenthalt. Bezogen auf die 171 Patienten mit zumindest relevanter psychischer Problematik befanden sich vor Spitalaufenthalt 27 (16%) in psychiatrischer Behandlung (inkl. Alkoholberatung). Nach Spitalaufenthalt waren es 46 (27%). Der Spitalaufenthalt führte bei 21 Patienten (12%) neu zu einer spezialisierten Behandlung. Nach wie vor unbehandelt blieben 73% der Patienten mit relevanter psychischer Problematik:

⁷⁾ Es wurden insgesamt 71 Konsilien im Verlauf von knapp zwei Monaten angefordert und in unsere Untersuchung aufgenommen.

Psychiatrische Behandlung vor und nach Hospitalisation 171 Patienten mit relevanten psychischen Störungen			
Anzahl	psychiatrische Behandlung nach Hospitalisation		Gesamt
	nein	ja	
psychiatrische Behandlung vor Hospitalisation	nein	123	144
	ja	2	27
Gesamt		125	171

* in psychiatrischer Praxis, EPD, Psychiatrische Klinik

Weitere Resultate

In Liestal wurden mehr somatoforme Schmerzstörungen, im Bruderholzspital mehr Alkoholiker festgestellt, wobei nicht gesichert ist, ob es sich hierbei um unterschiedliche Sensibilitäten oder um erhebungszeitbedingte Unterschiede handelt.

Frauen zeigen mehr akute Belastungssituationen und somatoforme Schmerzstörungen, Männer mehr Alkoholprobleme.

Die Altersverteilung liegt bei der akuten Belastungssituation unter 54 Jahren, bei Alkoholabhängigkeit zwischen 35 und 64 Jahren, bei neurotischer Störung bis zum 44. Lebensjahr, bei einer paranoiden Entwicklung zwischen 65 und 84 Jahren und bei Demenz sind die Mehrzahl der Patienten selbstredend über 65 Jahre alt.

Die Verständigungsprobleme sind bei der somatoformen Schmerzstörung besonders deutlich. Die soziale Integration ist bei Süchtigen deutlich reduziert. Alle psychiatrischen Diagnosegruppe weisen einen deutlich höheren Grad an sozialer Desintegriertheit gegenüber den Patienten ohne psychische Problematik auf. Von den 77% nicht psychisch auffälligen Patienten (570) werden nur 4 als sozial desintegriert bezeichnet (0.7%), das heisst, die soziale Situation wird im Spital erst dann als Problem betrachtet, wenn sie dramatisch ist.

Hochrechnung auf ein Jahr

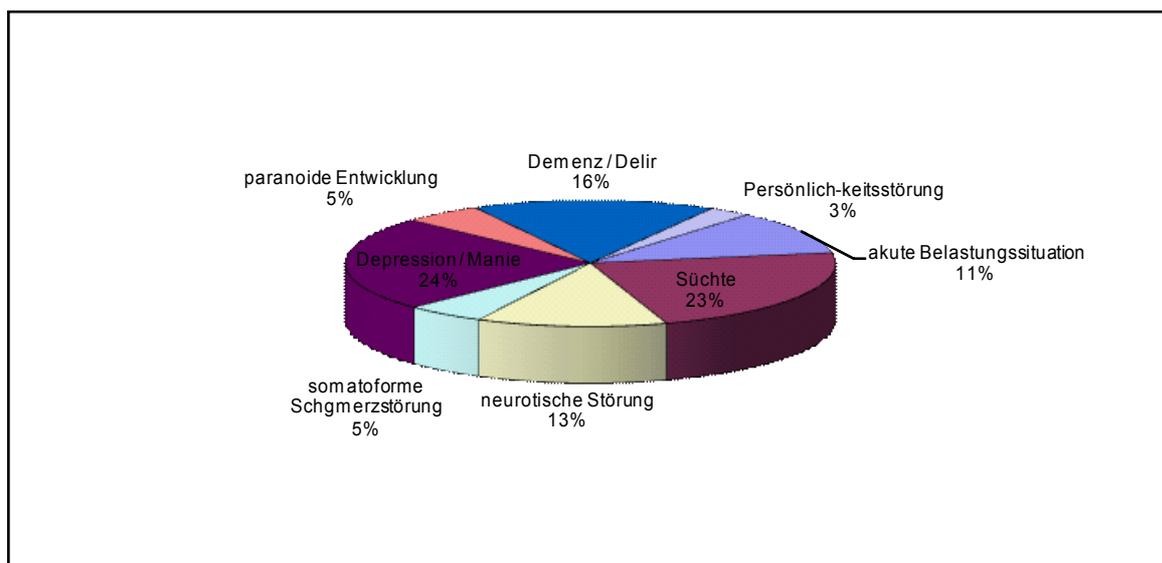
Die Resultate unserer Erhebung lassen sich hochrechnen, da kein systematischer Fehler vorliegt. Pro Jahr werden demnach in beiden Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz hochgerechnet rund 1'700 (in der untenstehenden Tabelle 1'670 wegen ‚missings‘ bei der Diagnose) Patienten mit einer psychiatrischen Haupt- oder relevanten Nebendiagnose festgestellt. Dies ist eine Grössenordnung von $\frac{2}{3}$ der EPD-Kapazitäten und mehr als die jährlichen Eintritte der Psychiatrischen Klinik.

Die festgestellten Störungsbilder hier nochmals in absoluten Zahlen, hochgerechnet auf ein Jahr (Mehrfachnennungen bei den Diagnosen):

Hochrechnung

Medizinische Kliniken

Anzahl Diagnosen pro Jahr	KS Liestal	KS Bruderholz	gesamt
akute Belastungssituation	60	159	222
Alkoholabhängigkeit	68	234	309
Medikamentenabhängigkeit	34	60	95
Drogenabhängigkeit	9	30	40
total Süchte	111	325	443
neurotische Störung	77	166	245
somatoforme Schmerzstörung	60	45	103
Depression / Manie	197	279	475
paranoide Entwicklung	51	53	103
Demenz / Delir	154	166	317
Persönlichkeitsstörung	34	23	55
Total Diagnosen	743	1'216	1'963
Anzahl Patienten	658	1'012	1'670



Konsilien der Externen Psychiatrischen Dienste

Die EPD betreuen diese Patienten vor allem mit dem Instrument der 513 eingeforderten Konsilien. 71% der Konsilien werden in den Medizinischen Kliniken durchgeführt, das sind 364 Konsilien für die obigen 1700 Patienten. Dementsprechend werden 21% aller Patienten mit einem relevanten seelischen Leiden konsiliarisch untersucht.

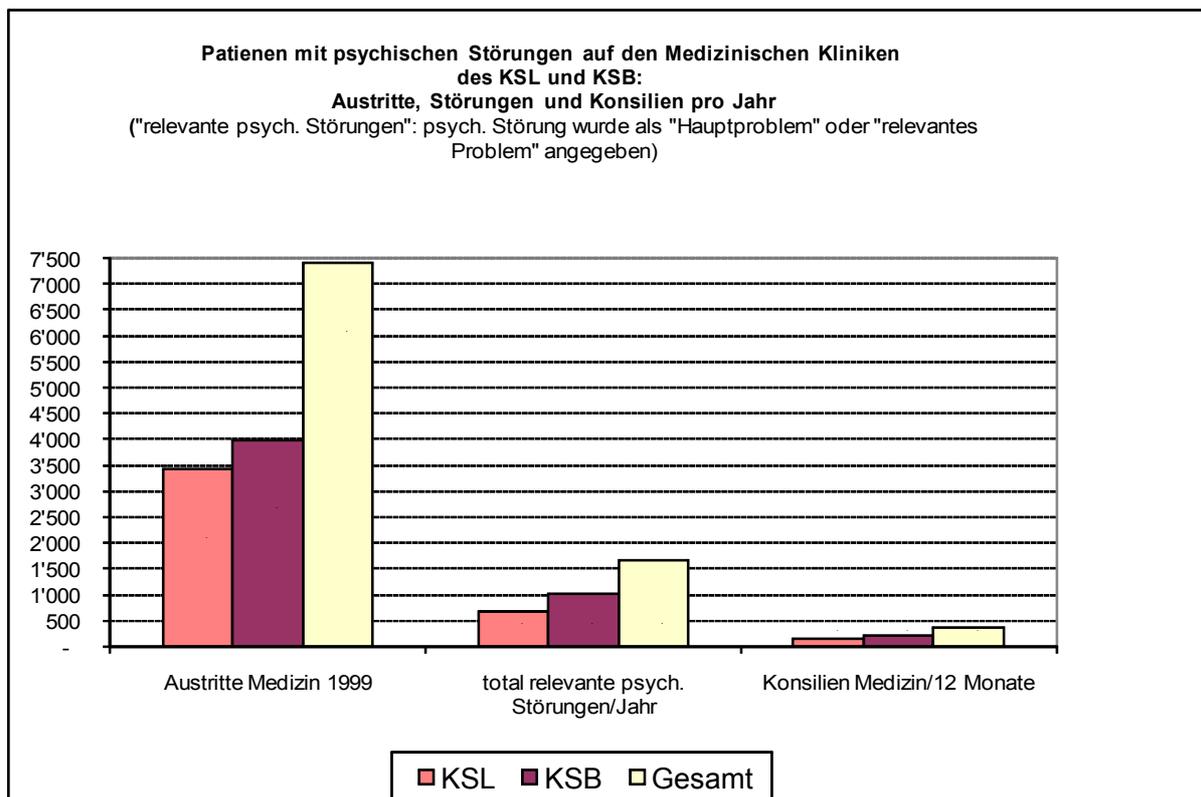
Die konsiliarisch betreuten Patienten erhalten nach Spitalaustritt überwiegend psychiatrische Behandlung (jedenfalls ist eine solche geplant). Ein Drittel wird von den EPD nachbetreut, je ein Fünftel durch die Klinik und die Hausärzte, ein Achtel durch Psychologen. Nur in einem Fall wird die hauptsächliche Weiterbehandlung durch die Alkoholberatung übernommen⁸):

⁸ Dieses Ergebnis ist insofern ein Artefakt, als dass laut Jahresberichten der Alkoholberatungsstellen von diesen 100 Konsilien an den somatischen Spitalern durchgeführt haben. Ebenfalls laut den betreffenden Jahres-

Hauptsächliche Weiterbehandlung durch ...

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
EPD	15	29.4	31.3	31.3
KPK freiwillig	8	15.7	16.7	47.9
KPK per FFE	2	3.9	4.2	52.1
Hausarzt	10	19.6	20.8	72.9
Alkoholberatung	1	2.0	2.1	75.0
Drogenberatung	1	2.0	2.1	77.1
ärztlicher Psychotherapeut	6	11.8	12.5	89.6
andere	5	9.8	10.4	100.0
Gesamt	48	94.1	100.0	
fehlend	3	5.9		
Gesamt	51	100.0		

Die nachfolgende Grafik zeigt nochmals im Überblick die Hochrechnung der erhobenen Situation für das Jahr 1999:



Bei Suchtkrankheiten werden selten Konsilien bei den EPD angefordert. Die konsiliarische Unterstützung wird hierbei direkt bei den Suchtberatungsstellen angefordert, die jährlich 100 Konsilien in den Spitälern durchführen. Unterstützung wird relativ vor allem in akuten Belastungssituationen (Suizidalität) gesucht. Ein Missverhältnis zwischen Häufigkeit und Konsiliarität besteht aber auch bei Demenzen und Neurosen. Bei den Depressionen ist die absolute Zahl konsiliarisch nicht-gesehener Patienten sehr hoch, obwohl bei ihnen jährlich 103 Konsilien stattfinden.

berichten finden fast 100 Patienten der somatischen Kliniken den Weg in die Suchtberatungsstellen.

Die hochgerechneten Konsilien pro Jahr verteilen sich in absoluten Zahlen wie folgt (bei sehr kleinen Zahlen müssen natürlich Vorbehalte angebracht werden, ebenso bei denjenigen Kategorien, bei denen im Erhebungszeitraum kein Konsilium stattfand):

Medizinische Kliniken: Konsilien und psychische Störung pro Jahr (Hochrechnung)					
Hauptdiagnose	KSL	KSB	Gesamt Konsilien	Störungen / Erfassung	
akute Belastungssituation	63	71	134	222	60%
Alkoholabhängigkeit	8	16	24	309	8%
Medikamentenabhängigkeit	-	-	-	95	-
Drogenabhängigkeit	-	8	8	40	20%
<i>total Süchte</i>	8	23	31	443	7% ⁹⁾
neurotische Störung	8	16	24	245	10%
Schmerzstörung	8	8	16	103	16%
Depression / Manie	32	71	103	475	22%
paranoide Entwicklung	-	16	16	103	16%
Demenz / Delir	16	8	24	317	8%
Persönlichkeitsstörung	16	-	16	55	30%
Total	151	214	365	1'670	22%

Einschätzungen Spital- und Konsiliararzt

Hauptanliegen der Spitalärzte und Hauptanliegen aus Sicht der Konsiliarärzte stimmen sehr gut überein, man sieht demnach denselben Handlungsbedarf. Ein weiterer Beleg dafür, dass psychische Störungen im Allgemeinspital gut wahrgenommen werden ist der Vergleich der Spitalarztdiagnosen mit den Konsiliardiagnosen. Die Hauptdiagnosen stimmen sehr gut überein (33 von 40 Hauptdiagnosen stimmen überein), aus Spitalsicht und akuter Situation verständlich ist, dass der Spitalarzt öfter eine akute Belastungsreaktion findet als Konsiliararzt, der dies differenzierter sieht. Im weiteren bestätigt der Konsiliararzt 10 von 13 Depressionsdiagnosen. Insgesamt sagt der Spitalarzt in 83% der Fälle die Hauptdiagnose des Konsiliararztes voraus. Es entspricht den Erwartungen, dass v.a. Suchterkrankungen, paranoide Entwicklungen und Demenzen besonders gut erkannt werden, neurotische Störungen, Depressionen (und Persönlichkeitsstörungen) etwas schlechter.

⁹ Unter Addition der 100 Konsilien durch die Alkoholberatungsstellen verbessert sich der Erfassungsgrad auf knapp 30%

Hauptdiagnose von Spital- und Konsiliararzt

Hauptdiagnose Spitalarzt	Hauptdiagnose Konsiliarpsychiater								
	akute Belastungsreaktion	Alkoholabhängigkeit	Drogenabhängigkeit	neurotische Störung	Schmerzstörung	Depressive Störung	paranoide Entwicklung	Demenz	Persönlichkeitsstörung
akute Belastungsreaktion	80%			6.7%		6.7%			6.7%
Alkoholabhängigkeit		100%							
Drogenabhängigkeit			100%						
neurotische Störung				67%	33.0%				
Schmerzstörung					100%				
Depressive Störung	15%				7.7%	77%			
paranoide							100%		
Demenz								100%	
Persönlichkeitsstörun									100%

Schlussfolgerungen

Psychische Störungen werden in den Allgemeinspitälern des Kantons in einer Anzahl wahrgenommen, die man aufgrund des Forschungsstandes erwarten konnte. 10% haben eine psychiatrische Hauptdiagnose, weitere 10% ein relevantes psychiatrisches Nebenproblem und weitere 10% ein leichtes psychisches Problem. Die adäquate Wahrnehmung führt hingegen zu selten zu einer Überweisung, resp. zu psychiatrischen Konsilien.

Nur bei einem Fünftel der Patienten mit relevanter psychischer Störung wird ein Konsilium angefordert, das ist relativ selten. Gut funktioniert dies bei Krisenintervention, Suizidalitätsbeurteilung und -therapie. Bei akuten Belastungsreaktionen werden oft Konsilien angefordert. Diese werden schnell und gut ausgeführt, wobei der Wunsch des Spitals nach erfahrenen Konsiliarpsychiatern und der Ausbildungsauftrag der EPD sich hier manchmal widersprechen. Noch unbefriedigend abgedeckt sind die Bedürfnisse nach Einleitung von längerfristigen Behandlungen, die in Spital begonnen werden und über die stationäre Phase hinausreichen. Bei Demenz und neurotischen Störungen ist dies selten bis sehr selten der Fall. Bei Suchtkrankheiten kann sich die Situation auch noch stark verbessern.

Die psychiatrische Versorgung weist im Allgemeinspital eine grosse Lücke auf. Bereits in der Psychiatrie-Folgeplanung I von 1991 wurde die Einrichtung von erweiterten Krisenhilfen an den Kantonsspitalern als prioritäres Ziel formuliert. Die hier durchgeführten Erhebungen unterstreichen die Priorität des schon vor 10 Jahren festgestellten Ziels.

Die Diskussion innerhalb der Planungsgruppe hat gezeigt, dass sich das Bedürfnis des somatischen Spitals mehr auf eine verstärkte Präsenz von psychiatrischen Fachkräften im Klinikab-

lauf richtet. Die Ausbildung der somatischen Assistenten mit dem Ziel, die fachpsychiatrische Arbeit im Spital mehrheitlich selber abdecken zu können, wird als kaum machbar empfunden. Die Weiterbildung erfolgt pragmatischer durch die Intensivierung der Präsenz von fachpsychiatrischem Personal in der Klinik und den daraus resultierenden Fallbesprechungen und dem einfacher möglichen Wissensaustausch.

5.3.3. Psychiatrische Probleme der Personen, die von einem Gemeindesozialdienst beraten werden

An einem Hearing vom 1. Februar 2001 mit Vertretern der Sozialdienste der Gemeinden Liestal, Birsfelden, Laufen und Ettingen wurde die Situation psychisch Kranker in der Beratung sowie die Zusammenarbeit der Sozialdienste mit der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung besprochen. Hier sind die wichtigsten Punkte erwähnt.

Häufigkeit psychischer Störungen in der Sozialberatung

Die Häufigkeit von Personen mit deutlichen psychischen Erkrankungen in den Gemeindesozialdiensten wird auf einhellig rund ein Drittel geschätzt, ist demnach gegenüber der Klientel in anderen nichtspezialisierten Versorgungsbereichen wie Spitäler und Hausärzte erhöht, was angesichts der hier vorhandenen sozialen Problematik als stimmt erscheint.

Präsenz der Psychiatrie in der Gemeinde

Grundsätzlich wird von den Gemeindesozialdiensten die Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Versorgung gesucht - über die Übernahme finanzieller Fragen hinaus. Dort, wo die EPD präsent sind und die gemeindenaher Psychiatrie Fuss gefasst hat und entsprechende Strukturen vorhanden sind, funktioniert die Versorgung gut und kennt man sich auch persönlich (bspw. in Birsfelden). Wichtig ist die effektive physische Präsenz, die eine Voraussetzung dafür ist, dass psychiatrische Angebote auch wirklich in Anspruch genommen werden (bspw. gute Erfahrungen in Laufen). Die Erreichbarkeit der Psychiatrie ist unterschiedlich. Die EPD sind auftragsgemäss gut erreichbar, schwieriger gestaltet sich dies bekanntermassen bei den Freipraktizierenden, die dann aber in der Regel zurücktelefonieren.

Einbezug der Sozialdienste

Probleme in der Zusammenarbeit mit der Psychiatrie gibt es darüber hinaus vor allem in zwei Punkten: Bei der ärztlichen Schweigepflicht und bei Übergangssituationen (Klinikaustritt). Die Offenheit in der Zusammenarbeit ist eingeschränkt durch die von der Psychiatrie geltend gemachten Persönlichkeitsrechte, was manchmal auch zu Lasten der Patienten gehen kann. Das (personenabhängig unterschiedlich gehandhabte) Arztgeheimnis sollte jedenfalls den aktiven Miteinbezug von Gemeindemitgliedern nicht verhindern. Es ist aber nicht leicht zu beurteilen, wo eine gemeinsame Zusammenarbeit im Interesse des Patienten ist. Die Sozialdienste würden sich generell mehr gemeinsame Gespräche mit EPD und Patient wünschen.

Zudem werden die Sozialdienste bei Klinikaustritt oft nicht informiert, bspw. darüber, dass die Patienten nun bei den EPD ambulant weiterbehandelt werden. Bei Klinikaustritten klappt allerdings auch die Zusammenarbeit KPK-EPD nicht immer, es gibt zuwenig Koordination, die Austrittsberichte kommen manchmal spät oder gar nicht. Die Platznot zwingt die KPK im-

mer mehr zu schnellen Austritten, die dann auch nicht so gut vorbereitet sind. Grundsätzlich suchen KPK und EPD die Zusammenarbeit, wenn der Patient dies wünscht. Diesem Wunsch stehen konkret aber auch die personellen Wechsel entgegen, ist ein persönlicher Kontakt aber einmal etabliert, funktioniert die Zusammenarbeit gut. Die Sozialdienste möchten gerne in das Gesamtbehandlungssetting miteinbezogen werden.

Bedarf bei verschiedenen Patientengruppen

Die Sozialdienste erleben eine Zunahme der Inanspruchnahme durch Alterspatienten; viele von ihnen sind zuhause überfordert, lehnen aber eine Behandlung ab – was zu einer Art Altersverwahrlosung führen kann. Schwierig sind für die Sozialdienste auch junge Erwachsene mit Anpassungsproblemen und Entwicklungsstörungen, die schleichend psychisch krank werden. Diese Gruppe nimmt zu. Viele dieser jungen Erwachsenen wollen keine psychiatrische Hilfe annehmen. Ein grosser Unterstützungsbedarf wird auch bei psychisch Kranken gesehen, bei denen die Erkrankung nicht so sichtbar ist (Persönlichkeitsstörungen). Hinzu kommen Probleme bei der Integration von Migranten (keine IV-Anmeldung).

Rehabilitation

In der Rehabilitation/Sozialpsychiatrie fehlen Wohnplätze im oberen Baselbiet und im Leimental. Es fehlen zudem Nischenarbeitsplätze in der freien Wirtschaft. Es ist ausserordentlich schwierig, solche Stellen zu finden, der Wunsch ist bei den Patienten hingegen klar vorhanden. Ein wichtiges Problem ist die starre Trennung von IV-Rente und IV-Taggeld. Psychisch Kranke wollen oft nicht in geschützten Werkstätten arbeiten. Bezüglich Freizeitangeboten macht man die Erfahrung, dass die Vereine Menschen mit psychischen Problemen gut integrieren. Oft werden aber vorhandene Freizeitangebote nicht genutzt. Die meisten Gemeinden haben Informationsbroschüren mit Adressen über entsprechende Angebote.

Notfälle

Hinsichtlich Notfallpsychiatrie besteht der Wunsch, dass es möglich ist, mit einem Patienten direkt in die KPK zu gehen. Die KPK macht aber darauf aufmerksam, dass es v.a. bei Ersteintritten wichtig ist, dass eine ärztliche Einweisung besteht. Erstens kann eine Krise manchmal abgewandt werden, wenn eine Drittperson dazukommt und zweitens soll der FFE von aussen kommen und nicht von der KPK selbst. Deswegen bestehen die Dienstärzte auf der Involvierung eines Arztes.

5.4. Epidemiologie der spezialisierten Versorgung

Unter spezialisierten Versorgung verstehen wir die Hilfeleistungen von:

- Freipraktizierenden Psychiatern
- Freipraktizierenden Psychologen
- Der Externen Psychiatrischen Dienste
- Der Kantonalen Psychiatrischen Klinik
- Der Selbsthilfegruppen

5.4.1. Die Patienten der freipraktizierenden Psychiater

In den Praxen der niedergelassenen Psychiatern werden vor allem langfristige Psychotherapien, Paartherapien, psychiatrische Betreuungen von einigermaßen stabilen Patienten, konsiliarische Beurteilungen von Patienten und teilweise gutachterliche Tätigkeiten sowie Liaison-Aufgaben in Heimen und Beratungsstellen erbracht.

Es stehen Kenntnisse aus zwei verschiedenen Erhebungen (1994 und 2000) sowie die Untersuchungen von Prof. Hobi, Basel (1982, 1988 und 1998) zur Verfügung. Die hier relevanten sind in der Folge wiedergegeben.

Jährlich behandelte Patienten

Im März 2001 gab es 75 freipraktizierende Psychiater (davon gut 60 Erwachsenenpsychiater) im Kanton Baselland. Diese betreuen vermutlich 5'600 Patienten pro Jahr mittels 70'000 Sitzungen pro Jahr¹⁰. Daraus kann hochgerechnet werden, dass von Psychiatern im Kanton Baselland 2'100 Patienten pro Woche gesehen werden, also fast viermal mal soviel wie Hobi 1988 in seiner Untersuchung festgestellt hat.

5.4.1.1. Erhebung in den psychiatrischen Praxen 1994

Patientenmerkmale

Das Durchschnittsalter der behandelten Patienten ist 40. Von den Patienten der ambulanten Psychiatriepraxis sind 41% Männer. Bei etwas mehr als der Hälfte beurteilen die behandelnden Psychiater die Beeinträchtigung durch die Schwere der psychischen Störung als gross bis sehr gross. Die Gefährdung der sozialen Integration der Patienten wird ebenfalls bei gut der Hälfte der Patienten als mässig bis gross bezeichnet. Durchschnittlich wird die psychische Störung als intensiver beurteilt als die Gefährdung der sozialen Integration. Das heisst, dass in den Praxen der Psychiater Menschen mit einem relativ hohen Störungsmuster vor allem dann getragen werden, wenn ihre soziale Integration nicht als besonders gefährdet gilt.

Behandlungsform

68% aller Patienten werden in Einzeltherapie, 12% in einer Form der Systemtherapie (Paar-Familien- und Gruppentherapie) und 20% der Patienten als Abklärung oder Krisenintervention behandelt. 84% aller Sitzungen werden in Form von Einzelsitzungen, 8% in einer Systemtherapieform erbracht und 7% der Sitzungen werden für Abklärungen und Krisenintervention aufgewendet.

Am häufigsten wird mit einem die Störungshintergründe aufdeckendem Ziel bei Ess- und anderen Verhaltensstörungen und bei neurotischen Störungen gearbeitet. Stützende Therapieziele werden am häufigsten bei hirnorganischen Störungen, bei schizophrenen Krankheiten und bei affektiven Störungen anvisiert. Sozialpsychiatrische Arbeitsansätze finden oft bei schizophrenen Krankheiten, Intelligenzminderungen und in geringerem Ausmass bei hirnorganischen Störungsmustern Anwendung. Sozialpsychiatrische Ansätze sind generell mit besonders langen Betreuungszeiten verbunden.

¹⁰ Hochrechnung aus der Untersuchung von Manz&Argast 1995 bei den Psychiatern BL (Datenmaterial von 1994)

Diagnosen und Schwere der Störung

50% der Patienten in der psychiatrischen Praxis werden unter der Diagnoseklasse ICD F4 (neurotische Störung) eingereiht, 21% unter der ICD-Klasse F6 (Persönlichkeitsstörung), 10% unter der ICD-Klasse F1 (Sucht). Die Schwere der psychischen Störung wird vor allem bei der Suchtkrankheit, der Schizophrenie, bei hirnanorganischer Störung und der Ess- und übrigen Verhaltensstörung als gross bis sehr gross betrachtet. Die soziale Integration wird bei hirnanorganischer Störung, der Schizophrenie und bei Suchtkranken als ziemlich bis sehr gefährdet bezeichnet.

Therapieaufwand und -fähigkeit

Die aufwendigsten Patienten sind diejenigen mit einer Ess- oder anderen Verhaltensstörung. Bei den Patienten mit einer hirnanorganischen Störung wird am wenigsten Betreuungsaufwand betrieben. Immerhin 10% der Tätigkeiten der Psychiater werden für die Behandlung von Menschen mit einer Suchtkrankheit aufgewendet. Eine ziemlich bis sehr eingeschränkte Therapiefähigkeit findet sich bei hirnanorganischer Störung, Schizophrenie und beim Vorliegen einer Suchtkrankheit. Eine wenig eingeschränkte bis gute Therapiefähigkeit findet sich bei Ess- und anderen Verhaltensstörungen, neurotischen Störungen und bei affektiven Störungen.

Notfalldienst

Durch den psychiatrischen Notfalldienst betreuen heute die Psychiater viele akute Krisen. So werden pro Jahr gegen 700 Notfälle behandelt, die zum Teil in längerfristige Behandlungen überführt werden können. Pro Tag werden dadurch durchschnittlich zwei akute Krisen aufgefangen und es müssen pro Woche drei Einweisungen in die Psychiatrische Klinik vorgenommen werden. Dadurch ist es zu einer merklichen Entlastung der EPD und der Hausärzte gekommen. Viele Patienten werden auch in Form eines Liaisondienstes, der von Psychiatern wahrgenommen werden, indirekt behandelt.

5.4.1.2. Psychiater-Befragung im Rahmen der Folgeplanung II

Im Rahmen dieser Planung wurden sämtliche Erwachsenenpsychiater angeschrieben und Fragen zu den Patienten einer Erhebungswoche, zur Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Diensten in Baselland und Basel-Stadt sowie speziell auch mit den Hausärzten (in Analogie zur Hausarztbefragung) gestellt. Die Rücklaufquote betrug 50% (29/58 Erwachsenenpsychiatern), was die Repräsentativität leicht einschränkt.

Bei den Angaben zu den Patienten in der Erhebungswoche handelt es sich um ein Patiententotal von $n = 809$ Patienten, die von den 29 Psychiatern gesehen wurden.¹¹⁾

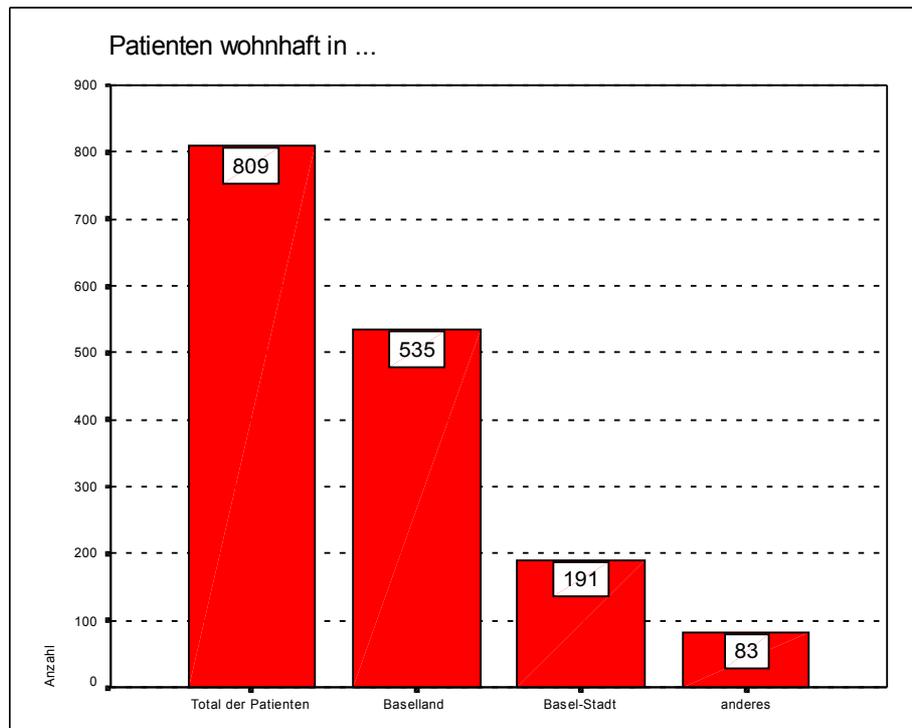
Angaben zu Person und Praxis

Das Durchschnittsalter der 29 Psychiater beträgt 48 Jahre, das ihrer Patienten 41 Jahre. Die durchschnittlich jährlich behandelten Patienten sind gleichgeblieben (112), die 5 Praxiseröffnungen kommen auf die Hälfte. Zwei Drittel der Psychiater hatten 1998 mehr oder zumindest

¹¹⁾ Durchschnittlich sieht ein Psychiater gemäss unserer Untersuchung 27.9 Patienten pro Woche. Diese Zahl ist identisch mit derjenigen, die Hobi in seiner Erhebung festgestellt hat.

gleichviele Patienten als 1999. Die durchschnittliche Anzahl Jahre in der Praxis beträgt 8.2 Jahre (alle 29). Männer sind bei den Fragebogenretournerern leicht übervertreten.¹²⁾ Ein Drittel haben Psychologen in Delegation angestellt. Für die grosse Mehrheit ist die Anzahl Patienten recht so, die Wünsche nach weniger und mehr halten sich die Waage.

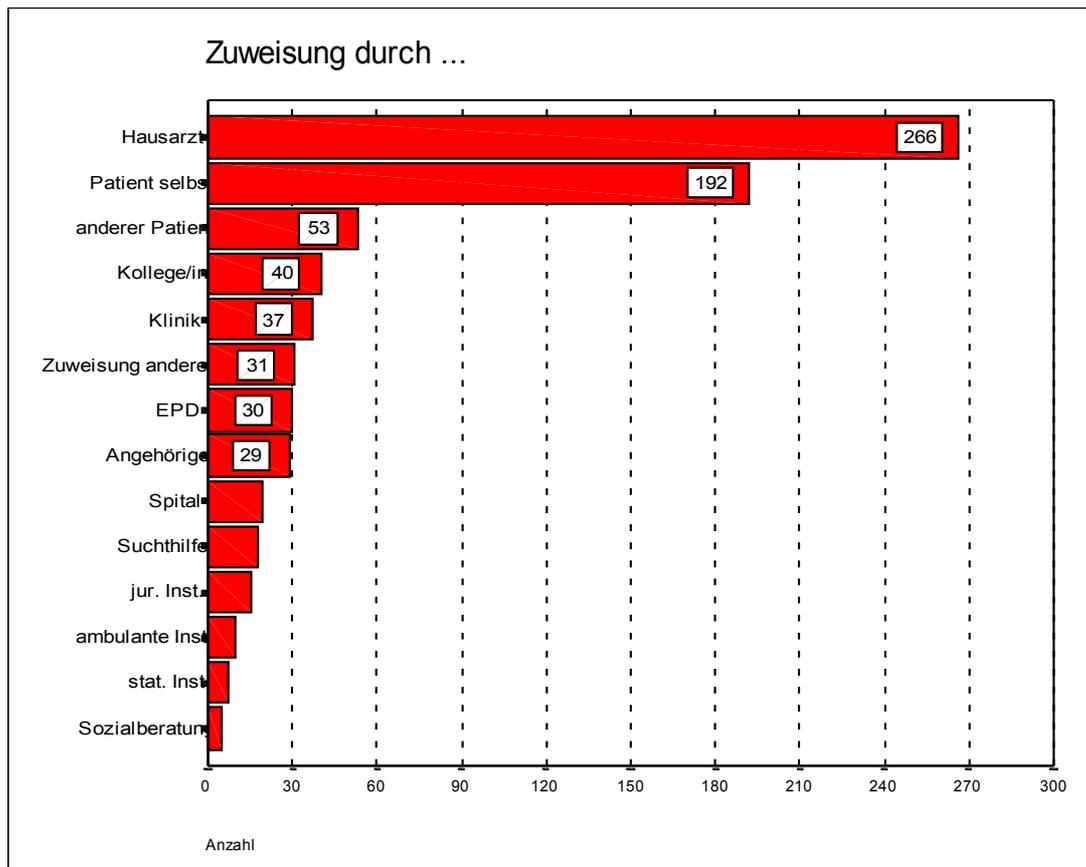
Angaben zu Patienten der Erhebungswoche



In einer Woche wurden von den 29 Psychiatern 809 verschiedene Patienten gesehen, zwei Drittel kommen aus BL, knapp immerhin ein Viertel wohnt in BS¹³⁾. Zugewiesen worden sind diese Patienten in erster Linie von den Hausärzten. Fast ebenso viele finden aber den Weg selbst in die psychiatrische Praxis, teils durch Anregung anderer Patienten. Kaum jemand wurde zugewiesen durch eine Sozialberatung, durch stationäre Institutionen (Wohnheime), durch das Spital - generell durch Institutionen. Nur selten auch durch Angehörige (cf Angehörigen-Hearing). Zwei Drittel insgesamt kommen also via Hausarzt, selbst oder via Kollegen in die Praxis, ein Drittel kommt via Institutionen.

¹²⁾ 25 der 29 Antwortenden waren Männer (86%). Von den FachärztInnen für Erwachsenen- Psychiatrie sind 45 der 63 Männer (=71%).

¹³⁾ Auch diese Zahl ist deckungsgleich mit derjenigen, die Hobi 1998 festgestellt hat: unsere Untersuchung: BL 66%/BS 24% , Hobi: BL 66%/BS 27%

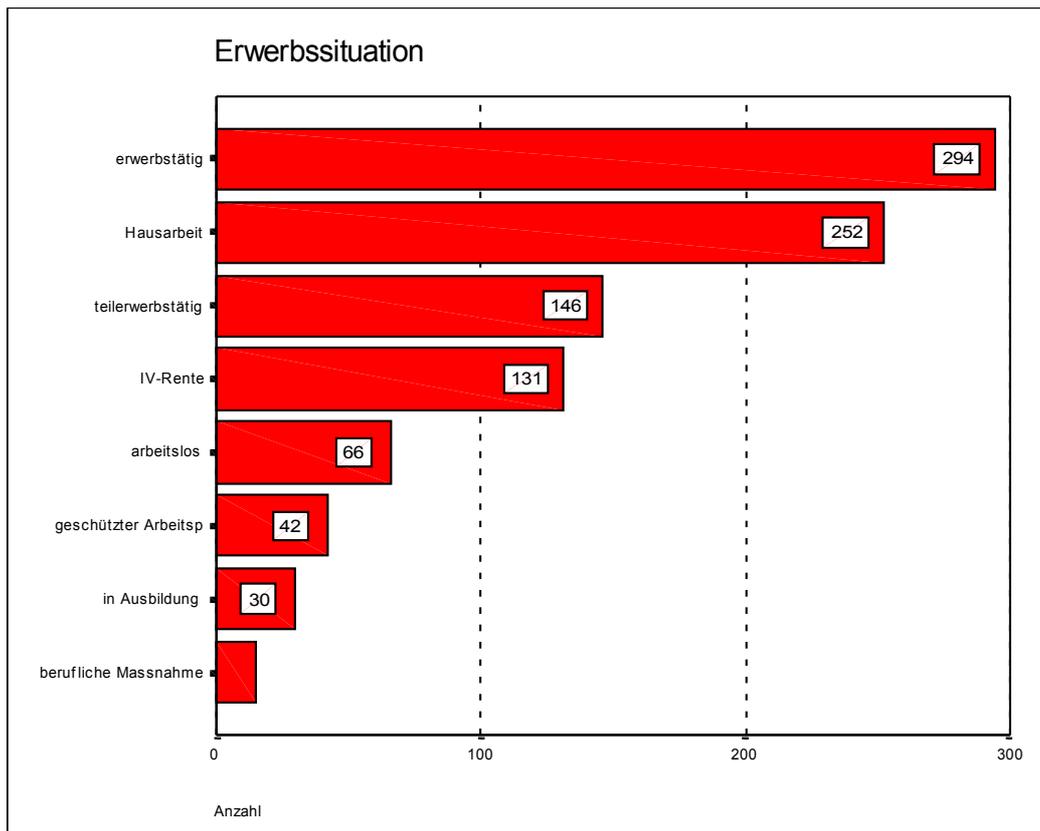


Merkmale der Patienten in psychiatrischer Praxis

30% werden gleichzeitig vom Hausarzt betreut, 5% von einer Sozialberatung, 3% leben in einer stationären Einrichtung (Wohnheime), ca. 10% sind sozial stark isoliert (86/809), 1% ist im Massnahmenvollzug (8/809), Probleme mit Krankenkasse und Versicherungen sind selten (1%, resp. 2%).

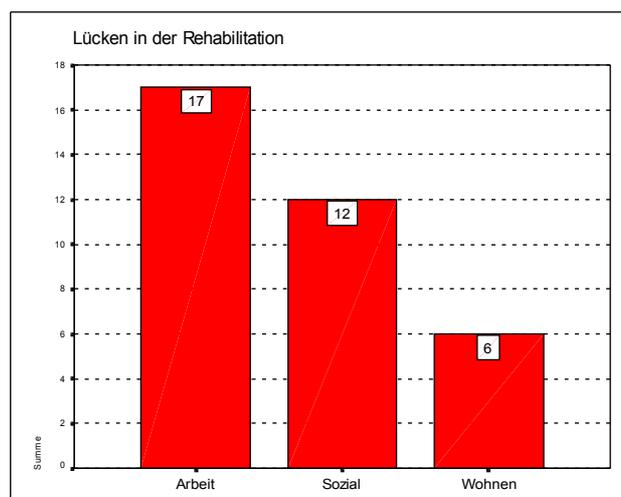
Hinsichtlich Erwerbssituation zeigt sich ein relativ integriertes Bild (in Klammern zum Vergleich die Werte der EPD-Patienteneintritte 1999): 36% (26%) sind vollzeitig, weitere 17% (16%) sind teilzeitig erwerbstätig, weitere 4% in Ausbildung. 57% sind demnach beruflich (äusserlich) integriert. Auf der anderen Seite sind 16% berentet, 8% (13%) arbeitslos, 5% an einem geschützten Arbeitsplatz, 2% in einer beruflichen Massnahme. 31% sind im Haushalt tätig (Überschneidungen, da Mehrfachnennungen).

38% der Psychiater (11/29) haben generell keine alterspsychiatrischen Patienten.

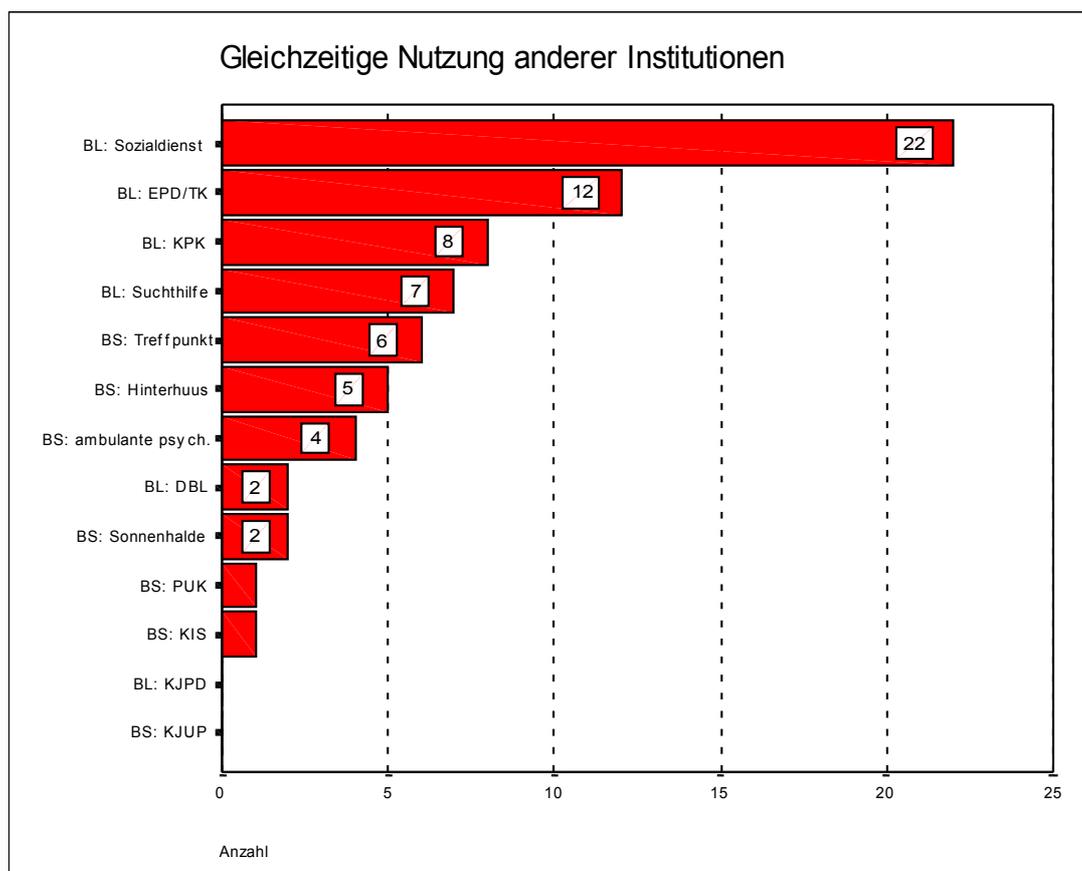


Lücken in der psychiatrischen/rehabilitativen Versorgung

Zwei Drittel der Psychiater (19/28) sieht Lücken in der Versorgung, zusammengefasst v.a. im Arbeitsbereich (sowohl für temporär wie auch chronisch Behinderte), 59% sehen Lücken im Arbeitsbereich, 41% im sozialen Kontaktbereich, jeder fünfte sieht eine Lücke im Wohnbereich. Bei der Arbeit sehen gleich viele Lücken für temporär wie für chronisch Behinderte, im sozialen Bereich und im Wohnen v.a. bei den Chronischen:



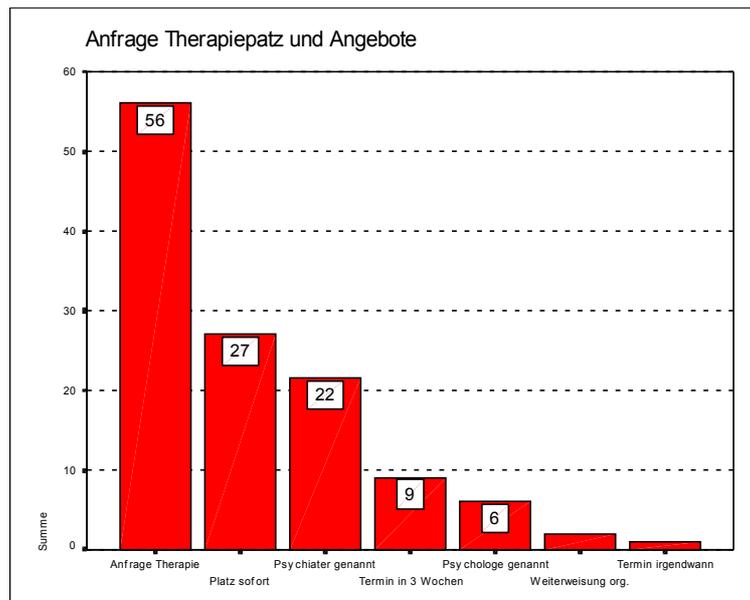
Zusammenarbeit mit anderen Teilen der Versorgung



Gleichzeitig benutzen die Erhebungswochepatienten zur Zeit nur selten andere Institutionen (hier ohne die Rehabilitationsinstitutionen, nach denen hier nicht gefragt wurde), nur 9% sind gleichzeitig psychiatrische Mehrfachnutzer, wobei Sozialberatung den grössten Teil ausmacht und nicht direkt Teil der psychiatrischen Versorgung ist - ohne diese sind es 6% Mehrfachnutzer. 27% der zusätzlich genutzten Angebote befinden sich in BS (dort wohnt auch knapp ein Viertel der Patienten). Die Qualität der Zusammenarbeit wurde überwiegend als "gut" beurteilt.

Verfügbarkeit der Leistungen / Erreichbarkeit

Bei 56 Anfragen für einen Therapieplatz in der Erhebungswoche wurde in jedem zweiten Fall ein Platz angeboten. Patienten in Krisensituationen fanden in 90% ein entsprechendes Angebot. Bei den Therapieanfragen, die nicht zu einem direkten Therapieplatzangebot führten, kamen zudem andere Massnahmen zu Geltung: 22 mal wurde ein Kollege namentlich angegeben, 9 mal ein Termin in Bälde in Aussicht gestellt, 6 mal ein Psychologe genannt, in zwei Fällen organisierte der Psychiater die Weiterweisung selbst. Hauptangebot ist demnach das Nennen eines ärztlichen Kollegen (Mehrfachnennungen).



9 von 10 Psychiatern führen keine Warteliste (26/29), fast zwei Drittel geben aber an, in Notfällen telefonisch direkt erreichbar zu sein (18/29). Das gilt zum Teil nur für die Patienten, die schon in Behandlung sind.

Zusammenarbeit mit Hausärzten

41% der Psychiater pflegen eine spezielle Zusammenarbeit mit Hausärzten, die über die Zuweisungspraxis hinausgeht. Von den 17 Psychiatern, die dies nicht tun, hätten 9 den Wunsch und die Bereitschaft nach vermehrter Zusammenarbeit, 8 haben dies nicht. Einer hat schon viel Zusammenarbeit, möchte aber noch mehr. Die Zuweisungen kommen von mehreren Hausärzten. Die Zusammenarbeit wird von 62% als hilfreich und gut, von 31% als in Ordnung und nur von 7% als mühsam erlebt. Siehe dazu auch die Angaben im Kapitel zu den Hausärzten.

Schlussfolgerungen

Die freipraktizierenden Psychiater behandeln überwiegend Patienten, die aus eigener Initiative oder via Hausarzt zu ihnen kommen. Ein grosser Teil ist sozial und beruflich integriert, die Situation sieht hier vergleichsweise besser aus als bei den Patienten der EPD. Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten ist überwiegend gut. Jede zweite Therapieplatzanfrage kann angenommen werden. Versorgungslücken sehen die Psychiater vor allem im arbeitsrehabilitativen Bereich. Patienten mit hoher sozialer Desintegrationsgefährdung und eher schlechter Therapieansprechbarkeit (Schizophrenie, hirnorganische Störungen, Suchterkrankungen) werden in der freien Praxis immer noch vergleichsweise selten behandelt. Es gibt aber wesentliche Anzeichen dafür, dass der Anteil an Patienten, die eine sozialpsychiatrische Betreuung benötigen, in den Praxen zunimmt. Heute nehmen die Psychiater in der kantonalen psychiatrischen Versorgung die zentrale Rolle ein, sei dies als Partner der Hausärzte, der psychiatrischen Klinik, der Psychologen oder in der Notfallversorgung.

5.4.2. Die Patienten der freipraktizierenden Psychologen

Psychologen und behandelte Patienten

Im Jahre 1998 gab es im Kanton Baselland 41 (Hobi 1998), im Oktober 2000 47 psychotherapeutisch tätige Psychologen mit Praxisbewilligung. Diese behandelten ca. 1'900 Patienten jährlich. Davon sind 980 aus dem Kanton Baselland. Die ca. 145 niedergelassenen Psychologen im Kanton Basel-Stadt behandeln weitere 1'520 Personen aus dem Kanton Baselland, womit in unserem Kanton 2'500 Menschen jährlich bei einem niedergelassenen Psychologen in Behandlung stehen. Für diese werden 31'300 Therapiestunden aufgewendet.

Aufgrund einer Untersuchung von Hobi, die 1998 in der Region Basel durchgeführt wurde, wissen wir, dass die niedergelassenen Psychologen in 77% ihrer Zeit psychotherapeutisch tätig sind. 11% der Zeit setzen Psychologen in die Ausbildung Dritter ein, je 8% der Zeit wird für Gutachten und Beratung aufgewendet.

Patientenspektrum der Psychologen

Psychiater und Psychologen behandeln ein recht ähnliches Patientenspektrum. Gegenüber den Psychiatern haben die Patienten der Psychologen 10% häufiger eine Störung ohne Krankheitswert. 15% der Patienten werden gleichzeitig medikamentös (psychopharmakologisch) behandelt. 66% der PatientInnen von PsychologInnen (71% bei den PsychiaterInnen) hatten keine vorherige Behandlung. 21% hatten vorher eine ambulante Behandlung, 11% waren vorgängig mindestens einmal hospitalisiert (21% bei den PsychiaterInnen).

Vernetzung

Vor allem auffallend ist der schwache Vernetzungsgrad der freipraktizierenden psychotherapeutisch tätigen Psychologen. Dies hat für die Patientenversorgung insofern negative Folgen, als dass kaum Patienten vom Spital, vom Hausarzt, von der Psychiatrischen Klinik und von den Externen Psychiatrischen Diensten an Psychologen zugewiesen werden. Damit wird ein Potential gut ausgebildeter Therapeuten bisher noch zu wenig genutzt. Vernetzt sind die psychologischen Psychotherapeuten hingegen indirekt über supervisorische sowie Ausbildungstätigkeiten in den psychiatrischen Institutionen.

Finanzierung der Psychologen

Hauptproblem und -hindernis für eine stärkere Einbindung der Psychologen in die psychiatrische Versorgung ist die mangelnde Krankenkassen-Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen von Psychologen. Das in der Folgeplanung I vorgeschlagene Lösungsmodell der Kostenübernahme durch die Institutionen ist immer noch prüfenswert, hat sich doch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen noch eher verschlechtert.

Weitere Eckdaten zur psychotherapeutischen Versorgung

In der freien Praxis (Psychologen und Ärzte) kommen die KlientInnen gemäss einer Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in der deutschen Schweiz (Hutzli & Schneeberger, 1995 unter Leitung v. Prof. Grawe, Bern) meist auf eigene Initiative oder auf Wunsch von Be-

zugspersonen in die Therapie: 40% der KlientInnen kommen aus eigener Initiative in die Therapie. 25% werden durch andere TherapeutInnen oder ÄrztInnen überwiesen. 15% kommen auf Wunsch von Bezugspersonen in Therapie. 15% werden durch Institutionen zugewiesen. Zuweisungen durch Behörden und Ämter sind seltener. Die hohe Zahl der Selbstzuweiser in der psychiatrischen Praxis wird durch unsere Resultate bestätigt.

PsychotherapeutInnen haben durchschnittlich eine hohe Ausbildungsqualifikation: 1-2 Therapierichtungen werden abgeschlossen; im weiteren bestehen in zwei weiteren Therapierichtungen Zusatzqualifikationen oder problemspezifische Weiterbildungen.

Die Versorgung ist ungleichmässig auf die verschiedenen sozialen Gruppen und die Problem-bereiche verteilt. Kinder und Jugendliche, sowie alte, erwerbslose und in ländlichen Gegenden wohnhafte Menschen sind von Unterversorgung betroffen. Vorwiegend werden Neurosen, Beziehungsstörungen, akute Belastungsreaktionen und depressive Zustandsbilder behandelt. Süchte und Angststörungen werden seltener behandelt. Psychosen, somatische Erkrankungen und Altersstörungen werden fast völlig vernachlässigt. Auch hier zeigen die eigenen Erhebungen vergleichbare Daten: Schizophrene, Süchtige und ältere Menschen sind in der psychiatrischen Praxis seltener.

Ärztliche PsychotherapeutInnen erhalten deutlich häufiger als die nichtärztlichen Psychotherapeuten KlientInnen von anderen ÄrztInnen überwiesen. Dies bildet auch unsere Hausarztbefragung ab: Hausärzte arbeiten vor allem mit Psychiatern zusammen und in vergleichsweise viel geringerem Ausmass mit Psychologen. Psychiater wiederum geben einen Kollegen an, wenn sie selbst keinen freien Platz haben.

Eine im Rahmen der Folgeplanung II durchgeführte Erhebung bei den psychologischen Psychotherapeuten mit Praxisbewilligung in Baselland ist zur Zeit noch nicht ausgewertet. Die Resultate werden jedoch in den Bericht zum SOLL-Zustand einfließen.

5.4.3. Die Patienten der Externen Psychiatrischen Dienste

Bei der Analyse der EPD-internen Statistik sind zwei Dinge bemerkenswert: zum einen die relative Konstanz derer Zahlen über die Jahre, was darauf schliessen lässt, dass sich mit einigen Ausnahmen PatientInnen-Profil und Behandlungsmodi nicht grundlegend geändert haben und zum zweiten die Zunahme der PatientInnen, die die EPD um Hilfe ersuchen: von 1414 PatientInnen im Jahr 1992 auf 2896 im Jahr 1999, d.h. mehr als eine Verdoppelung.

5.4.3.1. Das Profil der Klientel

Ausbildung und Erwerbsstatus

Trotz eines relativ hohen Anteils in derer Statistik an unbekanntem schulischen Ausbildungen und Berufsstatus kann gesagt werden, dass es sich bei den PatientInnen der EPD mehrheitlich um Personen der unteren Mittelschicht handelt. Personen mit höherer Ausbildung oder Berufsstatus sind untervertreten. Dies hat sich in den Jahren seit 1992 nicht verändert. Rund 40% sind teil- oder vollzeit-erwerbstätig, diese Zahl hat sich seit 1992 ebenfalls kaum verändert.

Auffallend ist, dass rund 1/3 der PatientInnen berentet ist (AHV, IV oder andere Renten), der entsprechende Anteil an der Gesamtbevölkerung von 1990 betrug 18,8%. Die RentnerInnen sind also deutlich übervertreten, obwohl die EPD, gemessen an der Gesamtbevölkerung, unterdurchschnittlich viele PatientInnen im AHV-Alter betreuen. Hierbei handelt es sich offenbar um ein Klientel mit einer gewissen Chronizität der Krankheit, die aber ambulant betreut werden kann.

Wohnort und Wohnsituation

Die PatientInnen kommen hauptsächlich aus dem Kantonsgebiet BL zu den EPD, wobei sich das Einzugsgebiet nach dem Standort der Beratungsstellen richtet: für Liestal das Oberbaselbiet, für Bruderholz und Münchenstein das Unterbaselbiet inkl. das Laufental. Die Aufteilung der ambulanten Dienste in mehrere Beratungsstellen zur besseren Erreichbarkeit ist damit gerechtfertigt. Die überwiegende Mehrheit der PatientInnen (zwischen 75 und 80%) lebt bei Eintritt in die EPD in einer eigenen Wohnung, die anderen vorübergehend in Kliniken oder anderen sozialtherapeutischen Institutionen. Die EPD erfüllen demnach ihre Funktion als ambulanter Dienst: ein Grossteil der PatientInnen wird ambulant betreut bei sonstiger Selbständigkeit.

Geschlecht

59.2% der PatientInnen sind Frauen (Gesamtbevölkerung BL 51.9%), bei den Ausländern ist der Frauenanteil 53.5% (Gesamtbevölkerung BL 45%). In Liestal liegt der Anteil Frauen bei 43.1%, im Bruderholz bei 62.4%

Ausländeranteil

Eine grosse Veränderung ergab sich im PatientInnen-Profil der EPD: 1992 betrug der AusländerInnen-Anteil 19,5% (bei einem Anteil in der Gesamtbevölkerung von 14,7%), währenddem 1999 rund 30% derer PatientInnen AusländerInnen waren (bei einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 17,5%). Auf das Thema der AusländerInnen-Betreuung wird im Kapitel 6.1 näher eingegangen.

5.4.3.2. Die Behandlung der PatientInnen an den EPD

Zuweisungen

Rund ein Drittel der Anmeldungen kommen aus dem privaten Umkreis der PatientInnen, entweder von ihnen selber oder von Angehörigen. Diese Zahl ist seit 1992 leicht gestiegen, was darauf hinweisen kann, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe weniger stigmatisierend ist. Ein Vergleich zwischen privaten AnmelderInnen und der späteren Diagnose der PatientInnen zeigt, dass es sich dabei überdurchschnittlich oft um familiäre und andere Probleme des sozialen Umfeldes handelt, also um "leichtere" Fälle.

Wichtigste ZuweiserInnen bleiben die HausärztInnen: Diese überwiesen 1.7% ihrer Patienten, bei denen sie ein relevantes psychisches Problem feststellen, an die EPD. Das sind jährlich ca. 550 Patienten oder rund 20% der EPD-Klientel. Rund 7% der Anmeldungen kommen von der KPK und zwischen 2-4% aus anderen psychiatrischen Institutionen (inkl. niedergelassenen PsychiaterInnen).

Bei den Anmeldungen der KPK stehen Patienten mit einer Schizophrenie an erster Stelle, ebenso bei den Zuweisungen durch niedergelassene PsychiaterInnen. Bei den Zuweisungen durch Hausärzte stehen neurotische Störungen und depressive Krankheitsbilder im Vordergrund. Konsilien durch die Spitäler werden überproportional bei m Vorliegen einer Sucht oder Demenz angefordert.

Auftrag

Die EPD sind mit den verschiedensten Aufträgen konfrontiert: zum einen die eigentliche Beratung/Betreuung der PatientInnen, die rund 40% der Fälle ausmacht und vor allem von privaten Umkreis der PatientInnen, vom Hausarzt und von der KPK gewünscht wird. Nächstwichtiger Auftrag mit rund 20% sind die Konsilien an den Kantonsspitalern. Die private ambulante Psychiatrie wünscht ebenfalls vor allem Behandlung/Betreuung durch die EPD und eine Mitbetreuung durch die Tagesklinik.

Die Behörden wollen vom EPD Abklärung, Berichte und Kriseninterventionen, Das Spital will vom EPD ausserhalb der Konsilien ebenfalls Abklärung und Beratung. Die KPK will vom EPD Behandlung und teilstationäre Betreuung durch die Tagesklinik, niedergelassene Psychiater wollen von den EPD eine Mitbetreuung durch die Tagesklinik. Die Angehörigen und Patienten selbst wollen vom EPD in erster Linie Krisenintervention.

Behandlungsmodi

Die EPD haben in ihrem Leistungsauftrag die Verpflichtung der Zuständigkeit für die gesamte institutionelle ambulante psychiatrische Versorgung der Erwachsenen im Kanton Basel-Stadt, komplementär zu anderen Institutionen oder niedergelassenen PsychiaterInnen. Bei dringendem Behandlungsbedarf bieten sie Brückenfunktion, bis sich ein Platz bei einem/r niedergelassenen Psychiater/in findet. Dies hat zur Folge, dass die EPD im Durchschnitt die PatientInnen nur kurzzeitig betreuen: im langjährigen Durchschnitt nehmen die PatientInnen rund 7 Konsultationen und 6 Beratungsstunden in Anspruch. Anders ausgedrückt: inklusive Konsilien und Gutachten nehmen rund 70% der PatientInnen bis zu 10 Konsultationen in Anspruch, ohne Konsilien und Gutachten sind dies rund 60-65% der PatientInnen. Längerfristige Behandlungsmodi sind, auch in Anbetracht der hohen Fluktuation der Mitarbeitenden aufgrund des Ausbildungsauftrages der Institution, eher die Ausnahme und beschränken sich auf langjährige sozialpsychiatrische PatientInnen, die mit Hilfe der EPD mehrheitlich extramural¹⁴⁾ versorgt werden können. Längere Therapien haben vom 1992 bis 1999 um 20% abgenommen, Einstundenkonsultationen um 68% zugenommen, was u.a. Folge des Anstieges der angeforderten Konsilien darstellt.

Teilstationäre Angebote

Die Pflagetage der Tagesklinik in Liestal haben von 3'702 im Jahre 1992 auf 4'223 im Jahre 2000 zugenommen. Dabei ist zu bemerken, dass zur Entlastung der Tagesklinik von PatientInnen, bei denen das rehabilitative Potential eingeschränkt ist und die vor allem eine längerfristige Tagesstruktur benötigen, im Jahre 1997 das Tageszentrum Liestal eröffnet worden ist,

¹⁴⁾ extramural = ‚ausserhalb der Mauern‘ = ausserhalb einer stationären Institution

das ebenfalls steigende Pfl egetage aufweist. Im Jahre 2000 erbrachte es 2'138 Pfl egetage. Das Total der im Jahre 2000 von den teilstationären Betrieben der EPD Liestal erbrachten Pfl egetage von 5'361 bedeuten eine Steigerung von rund 70% innert neun Jahren.

Um den wachsenden Bedarf nach teilstationären Tagesstrukturen zu decken, wurde im August 1998 eine zweite Tagesklinik in Münchenstein eröffnet. Diese erbrachte im Jahre 1999 2'879 Pfl egetage und im Jahr 2000 bereits 3'641, was einer Steigerung von rund 25% entspricht. Ein Total von 9'002 teilstationären Pfl egetagen (1992: 3'702 Pfl egetage = Steigerung um das 2.5-fache) entspricht einer durchschnittlichen Besetzung von 45 Patienten pro Tag.

Nachsorge

Die Nachbehandlung der aus den EPD austretenden PatientInnen war im Vergleich von 1993 und 1999 wie folgt geregelt:

Nachbehandlung durch:

	1993 (N=988)	1999 (N=1656)
keine Nachbehandlung	21,3%	21,1%
somatisches Spital	15,4%	15,5%
KPK	9,2%	7,9%
priv. ambulante Psychiatrie	14,0%	11,4%
HausärztInnen	32,7%	34,0%
anderes	7,5%	10,1%

Im Vergleich der beiden Jahre zeigt sich wieder die Konstanz derer Behandlungsmodi. Bei den weniger schweren Fällen, die vor allem durch das private Umfeld angemeldet werden, findet entweder keine Nachbetreuung statt (rund 50%) oder die Nachsorge wird von den niedergelassenen PsychiaterInnen oder den HausärztInnen übernommen, wobei letztere seit 1992 an Bedeutung zugenommen haben zu Ungunsten der privaten ambulanten Psychiatrie. Anmeldungen aus dem somatischen Spital werden hauptsächlich dort weiterbetreut, handelt es sich bei diesen Anmeldungen ja meist um verlangte Konsilien.

Rund 55% derer PatientInnen erhalten jeweils keine Medikamente, bei den anderen 45% wird die Nachsorge zu über 40% durch die HausärztInnen übernommen. Von den Weiterbetreuungen, die von niedergelassenen PsychiaterInnen übernommen wird, ist der Anteil an Patienten, die Medikamente benötigen, von 1993 bis 1999 von 39% auf 61% gestiegen. Die Stellung der Psychiater in der Nachbetreuung von EPD-Patienten hat in den 7 Jahren radikal gewechselt, von den Psychotherapiefachärzten für die Behandlung von Patienten, die keiner Medikation bedürfen (1993) zu den Psychiatern, die u.a. die medikamentöse Therapie der Patienten weiterhin überwachen (1999).

Konsilien

Auch die Konsilien sind zwischen 1992 und 1999 stetig angestiegen, nämlich von 369 auf 513 pro Jahr (+39%). Gemessen an allen EPD-Aufträgen (+105%) hat der relative Anteil an Konsilien um 31% abgenommen.

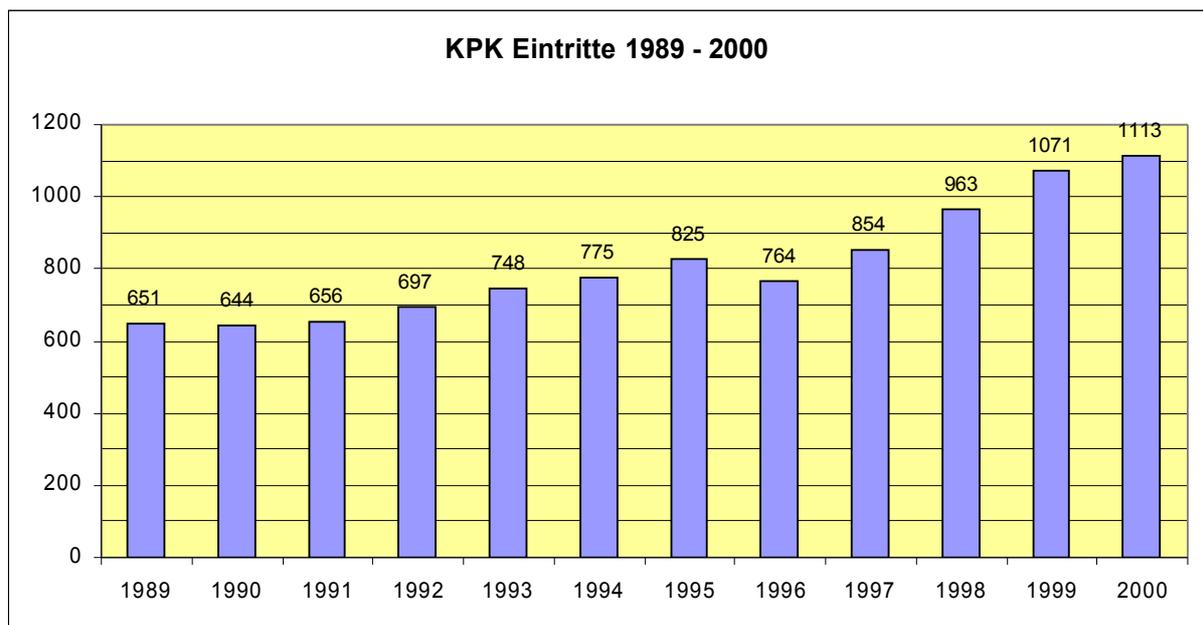
Gutachten

1992 wurden 183 Person begutachtet, 39% davon waren Schwangerschaftsgutachten. 1999 wurden 401 Personen begutachtet (+37%), 56% waren Schwangerschaftsgutachten (+142%)

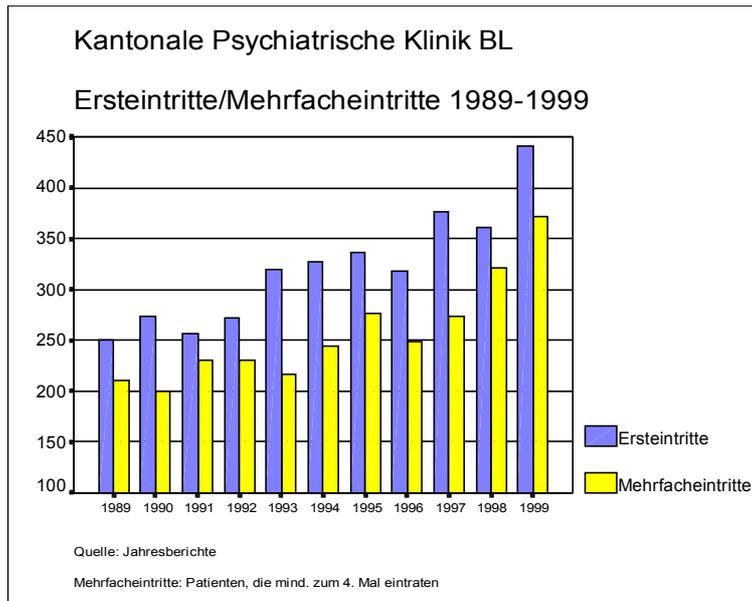
5.4.4. Die Patienten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik

Eintritte, Pflage tage und Aufenthaltsdauer

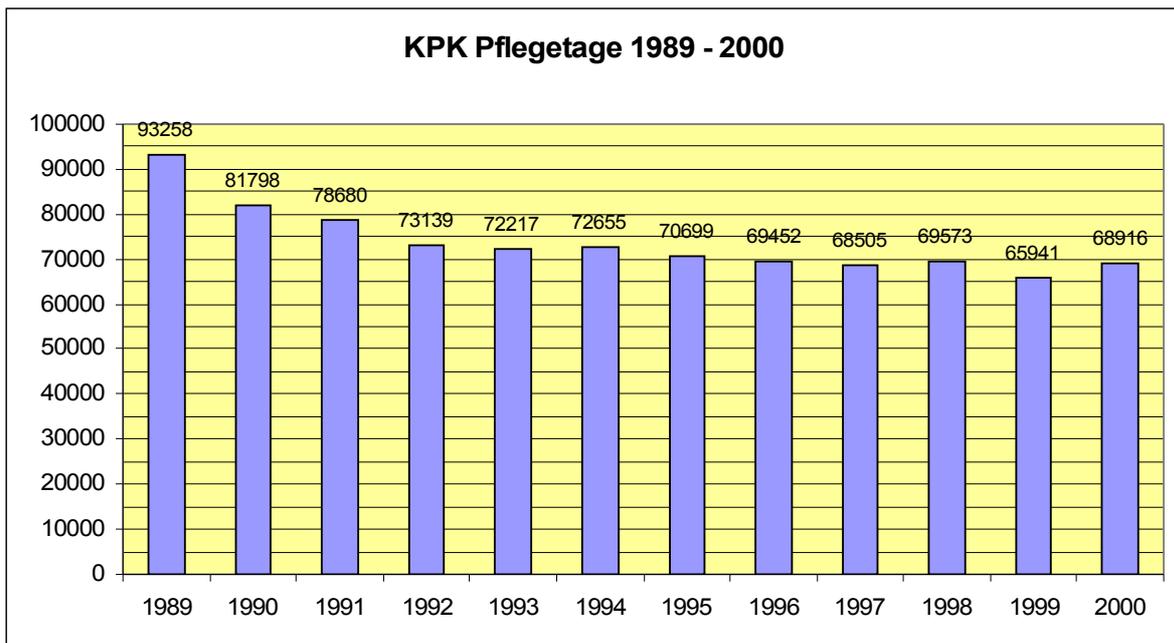
Die Psychiatrische Klinik hat sich in den letzten 10 Jahren immer mehr zu einer reinen Akut- und Rehabilitationsklinik für psychiatrische Krankheiten entwickelt. Die Zahl der Eintritte ist kontinuierlich angestiegen, von 651 im Jahre 1989 auf 1'113 (71%) im Jahre 2000.



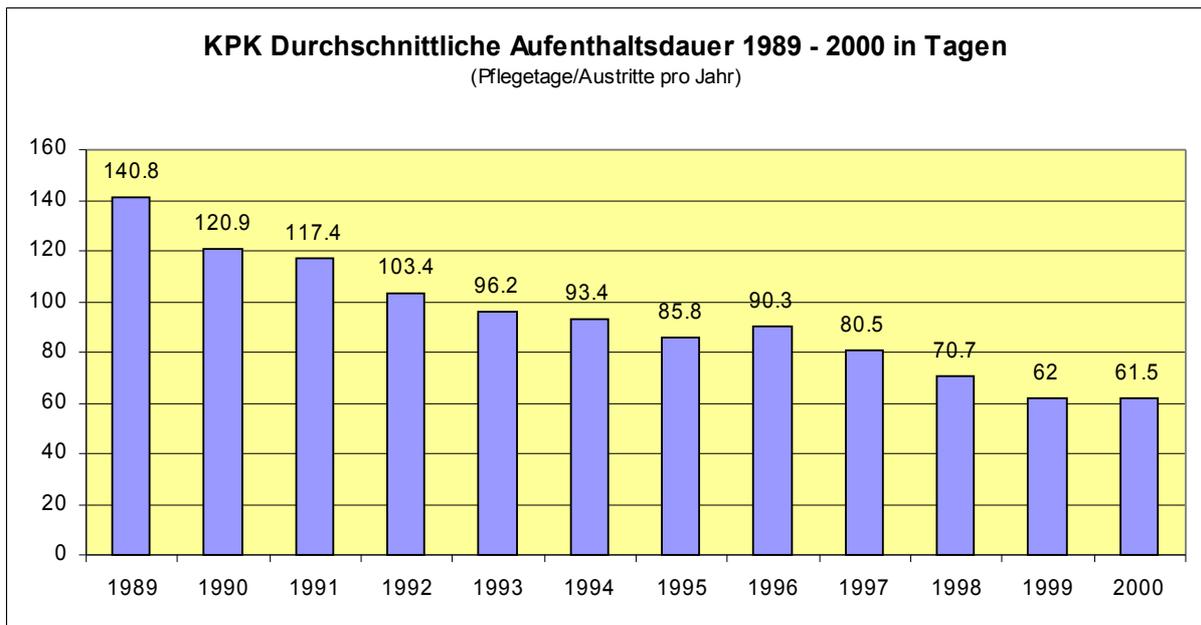
Dabei sind sowohl die Zahl der Ersteintritt als auch die Zahl der Personen, die zum vierten oder noch häufiger in die KPK eingetreten sind, absolut deutlich gestiegen. Prozentual sind in Anbetracht der generell gestiegenen Eintrittszahlen vor allem die häufigen Wiedereintritte gestiegen:



Die Behandlungstage haben jährlich abgenommen, von 93'250 im Jahre 1989 auf 68'910 (26%) im Jahre 2000. Sie scheinen sich seit 1997 langsam zu konsolidieren:



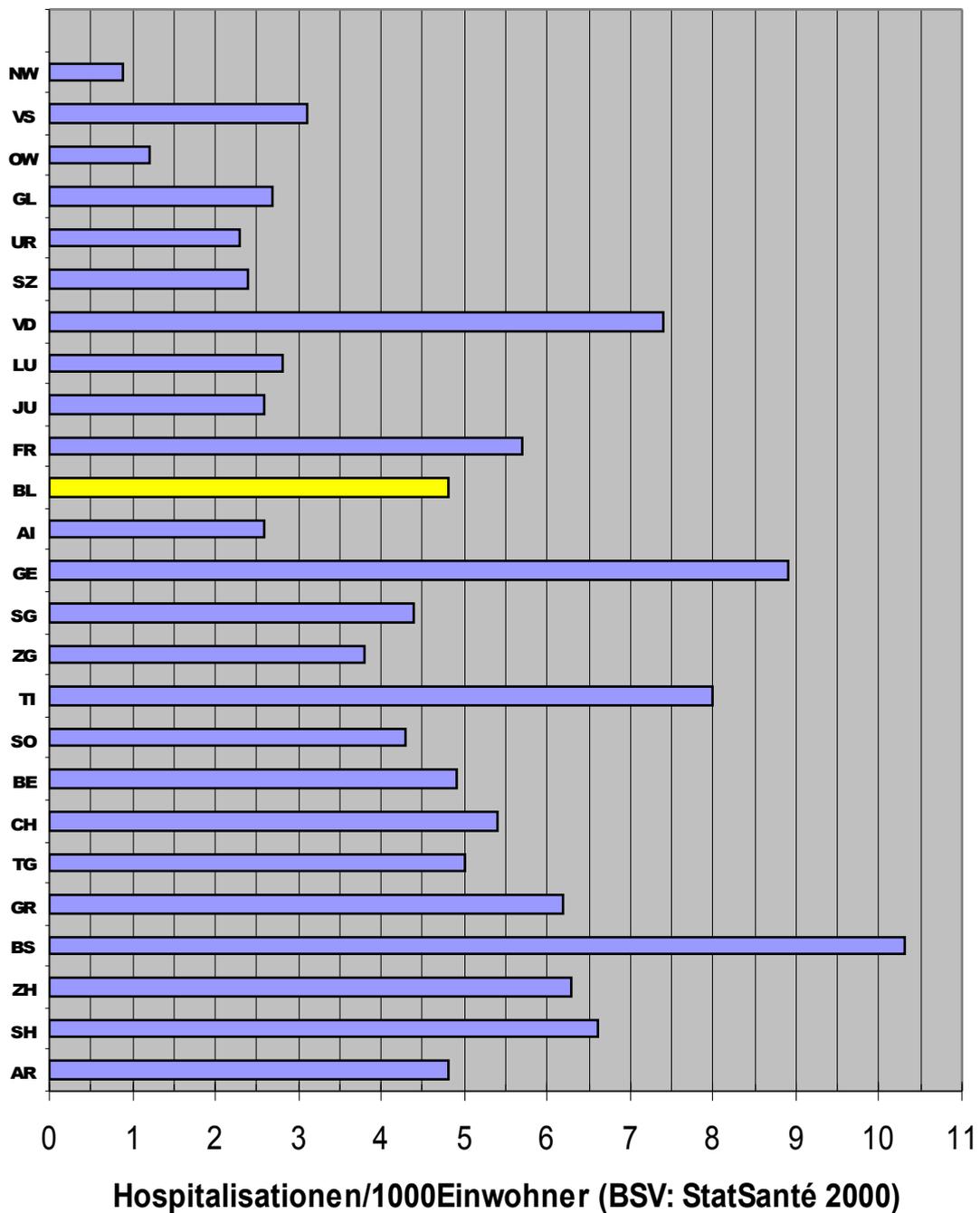
Der Anstieg der Anzahl Klinikeintritte ist ein Phänomen, das national und international zu beobachten ist (siehe dazu die Zusammenstellungen im Kapitel 5.1.). Auch die Hospitalisationsdauer scheint sich (neue Entwicklungen vorbehalten) einem gewissen Grenzwert zu nähern.



Dabei ist, wie auch folgende nationale Übersicht zeigt, die KPK kein Ausnahmefall, sie liegt bei der Hospitalisationsrate im nationalen Vergleich der Psychiatrischen Kliniken im Durchschnitt:

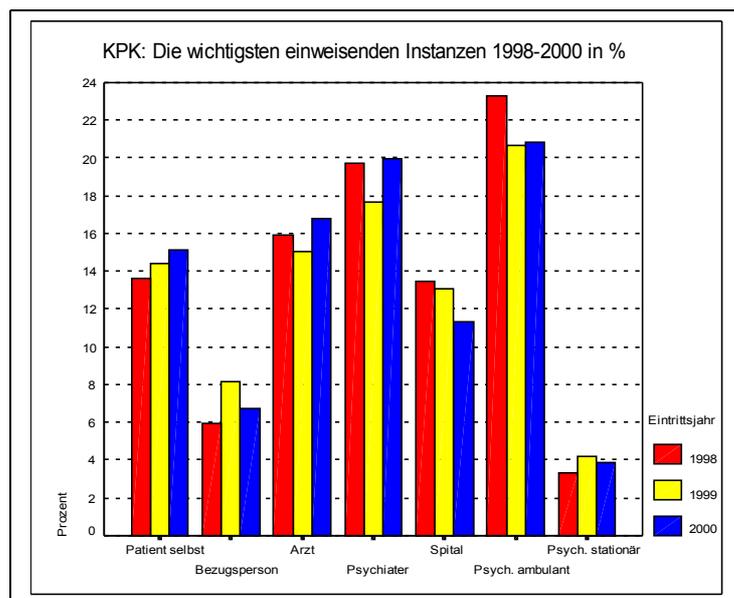
Psychiatrische Kliniken

Hospitalisationsrate 1998



Die Initiative zur Klinikeinweisung

Für die Versorgungsplanung ist es relevant zu wissen, wie die Patientenströme laufen, von wo die Patienten in die Klinik kommen und wohin sie gehen. Von 1998 bis 2000 wurden rund 20% der Patienten durch einen niedergelassenen Psychiater eingewiesen, 17% der Einweisungen erfolgten durch die EPD und 6% durch andere ambulante psychiatrische Dienste (KJPD, DBL, Poliklinik Basel), 15% durch einen Hausarzt, in 14% kam der Patient auf eigene Initiative, in 7% auf Initiative der Angehörigen, 13% wurden vom somatischen Spital zugewiesen. Das Bild der letzten drei Jahre ist im Grossen und ganzen konstant geblieben.



15)

Auch aus der Optik des stationären Bereich hat die spezialisierte ambulante psychiatrische Versorgung die Aufgabe der primären Grundversorgung übernommen, kommen doch 46% der Einweisungen aus der spezialisierten psychiatrischen Versorgung (inkl. Psychotherapeuten, teilstationäre Dienste) und ‚nur‘ noch 28% aus der allgemeinen medizinischen Grundversorgung (Hausarzt und Spital).

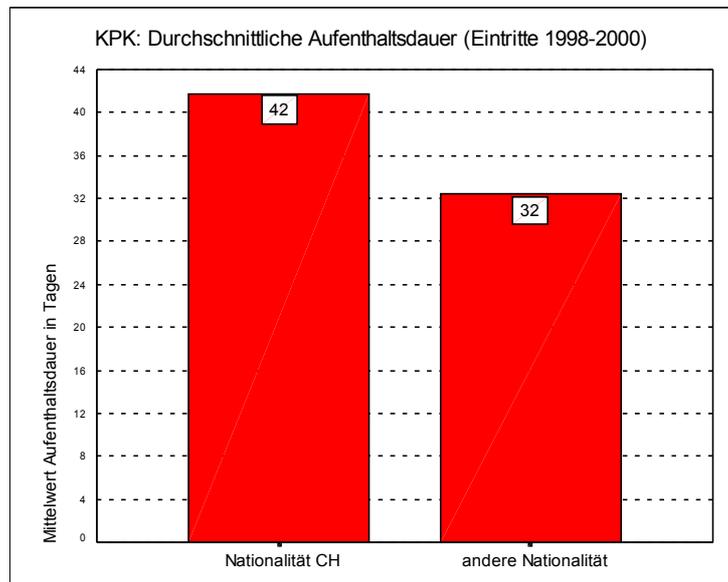
Zunehmend kommen Patienten auch aus eigener Initiative in die Klinik - dies ist ein Phänomen, dass sich vor allem bei den Mehrfacheintritten zeigt. Mit längerdauernder Krankheitserfahrung gelingt es mehr Patienten, selbst Unterstützung zu suchen. Ersteinweisungen werden besonders oft durch Hausärzte und die EPD vorgenommen, Patienten, die bereits zum vierten Mal oder öfter in KPK eintreten müssen, veranlassen diesen Eintritt besonders oft auf eigene Initiative oder aufgrund derjenigen ihrer Angehörigen.

Ersteintritte

Ersteintritte in die KPK dauern besonders kurz. Die Hospitalisationszeit, die deutlich am häufigsten stattfindet, beträgt einen Monat (41% aller Eintritte). Überraschenderweise ist eine Hospitalisationsdauer von mehr als 3 Monaten nicht abhängig von der Anzahl der vorange-

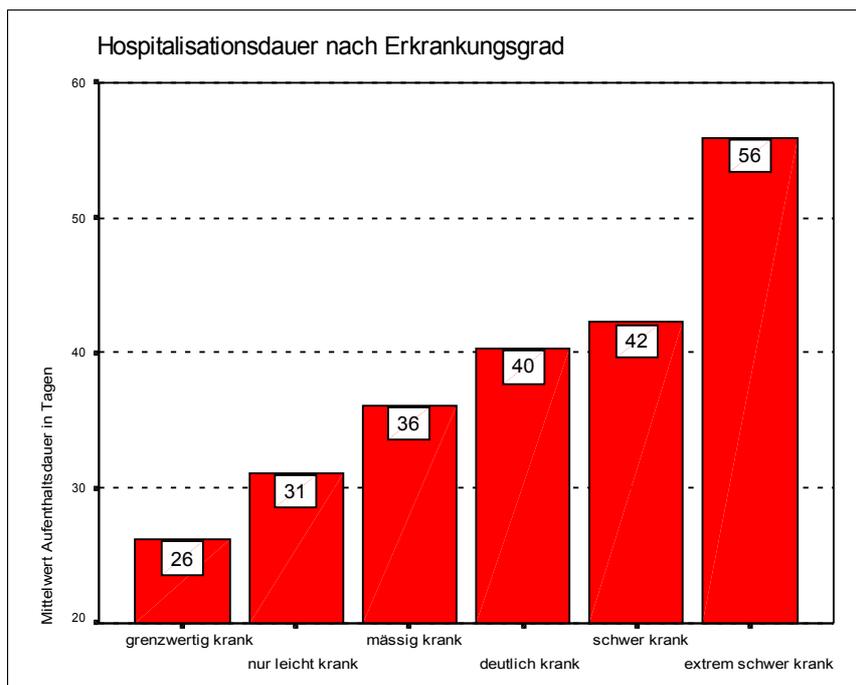
¹⁵ mit ‚Psychiatrie ambulant‘ sind neben EPD auch Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst KJPD sowie die Drogenberatungsstelle Baselland DBL und die Psychiatrische Poliklinik Basel-Stadt gemeint.

gangenen Hospitalisationen. Ausländer sind häufiger das erste oder zweite und seltener viermal und öfter hospitalisiert. Rechnet man den Mittelwert der Aufenthaltstage, zeigt sich ein deutlicher Anstieg von der ersten zur dritten Hospitalisation. Ebenso zeigt sich, dass Ausländer kürzer hospitalisiert werden als Schweizer. Vergleicht man bei den Mehrfacheintritten die Dauer, die zwischen den Klinikeintritten liegt (wie lange ein Patient ausserhalb der Klinik sein kann), so ist diese Dauer bei den Ausländern erhöht.



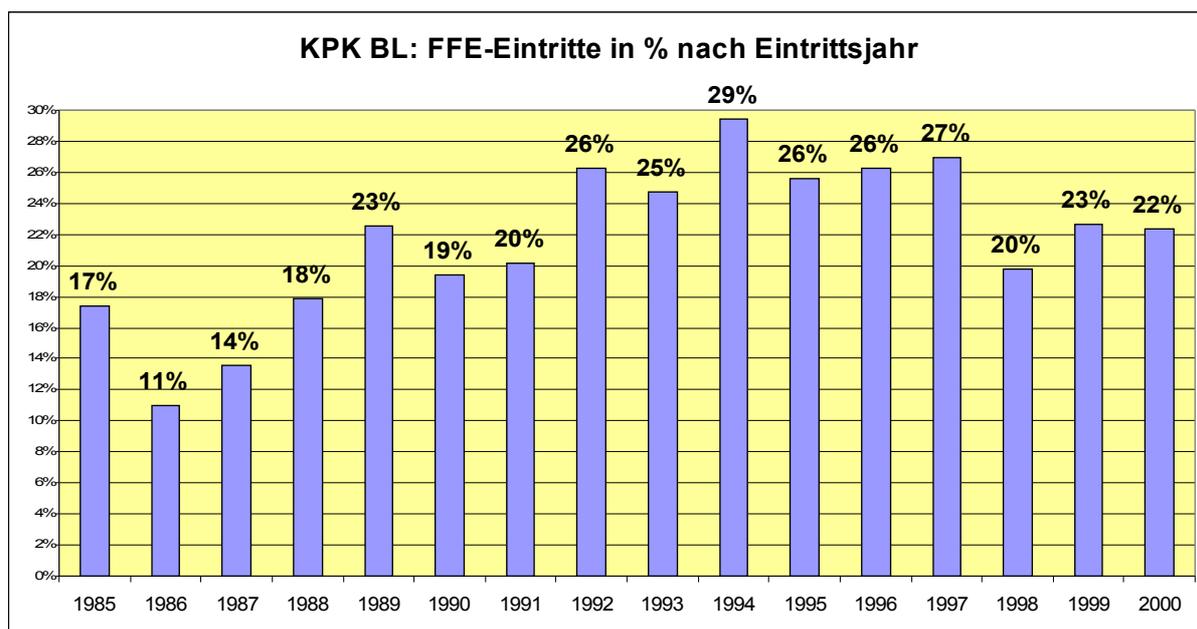
Hospitalisationsdauer nach Schweregrad der Krankheit

Je schwerer der Erkrankungsgrad der eintretenden Patienten beurteilt wird (Eintritte 1998-2000), desto länger ist - sinnvollerweise - die Hospitalisationsdauer. Der sehr deutliche Zusammenhang zeigt, dass es die Krankheit selbst ist und nicht fremde Faktoren, die die Klinikaufenthaltsdauer bestimmt. Die Erkrankungsgrade müssen natürlich im Vergleich der Klinikpatienten gesehen werden, nicht absolut.



Fürsorgerischer Freiheitsentzug

22% der Patienten wurden im Jahr 2000 per Fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) eingewiesen.



Diese Zahl ist höher als noch vor 15 Jahren, aber im Vergleich der jüngeren Entwicklung seit dem Höchststand von 1994 auch wieder deutlich gesunken. Nach Einführung der Gesetzgebung 1981 sind die Anteile der FFE-Eintritte bis Anfang Neunziger Jahre stetig gestiegen. Da keine spezifischen Merkmale der FFE-Patienten zu finden waren, musste die Zunahme als Effekt der Routine im Umgang mit den gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen gewertet werden. Die maximalen Raten finden wir in den Jahren 1994 bis 1997, zwischen 25% und 29% (1994). Seither haben sie wieder etwas abgenommen und liegen 1998 und 2000 zwischen 19,7% und 22,7%. Der interkantonale Vergleich ist schwierig, da die Verfahren sehr unterschiedlich sind. Die Werte in ZH liegen in den 30 Prozent. Das Nichtinterventionsrecht

wurde vielleicht zudem generell über viele Jahre höher eingestuft als der legitime Schutz der Angehörigen. Heute spielt der drohende Vorwurf einer unterlassenen Hilfeleistung möglicherweise ein höheres Gewicht.

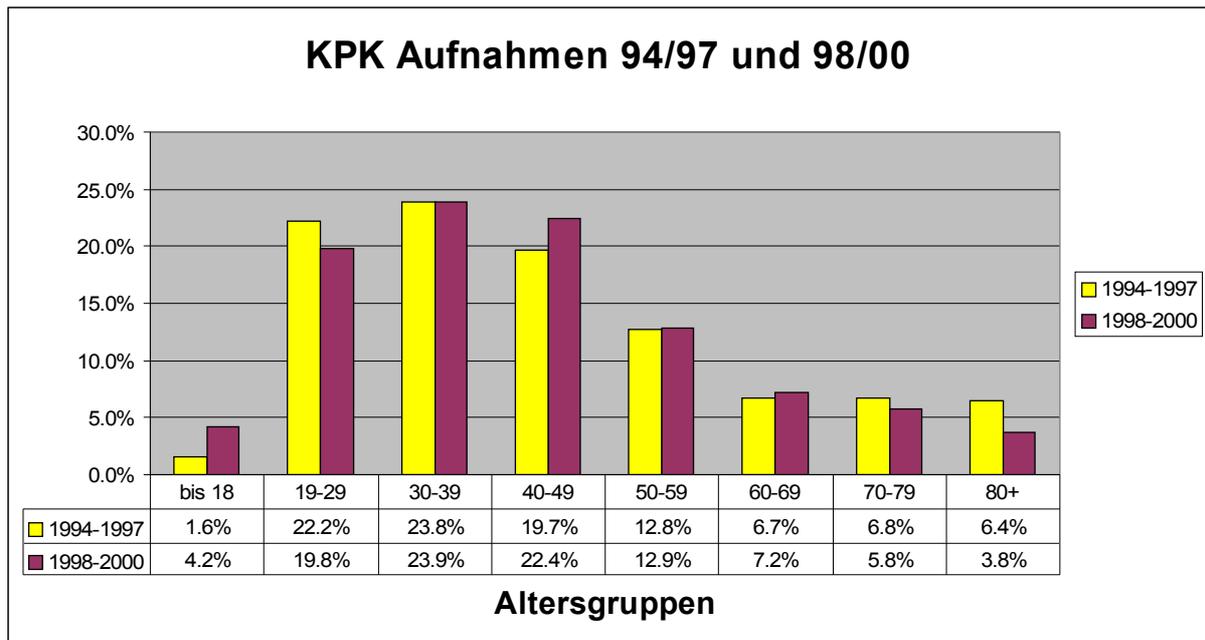
Asylbewerber werden häufiger per FFE eingewiesen (29%), Ausländer mit B-Bewilligung seltener (13.5%). Hausärzte und niedergelassene Psychiater betreuen Patienten, die per FFE eingewiesen wurden, überproportional oft, EPD und Sozialdienststellen übernehmen unterproportional oft die Nachbetreuung von FFE-Eingewiesenen.

Altersverteilung

Psychiatrische Kliniken der allgemeinen Versorgung zeigen eine relativ junge Population. Unsere Kurve hat ihren Gipfel um 40 Jahre, im Vergleich mit Medizinischen Kliniken mit Gipfel um 70 Jahre.

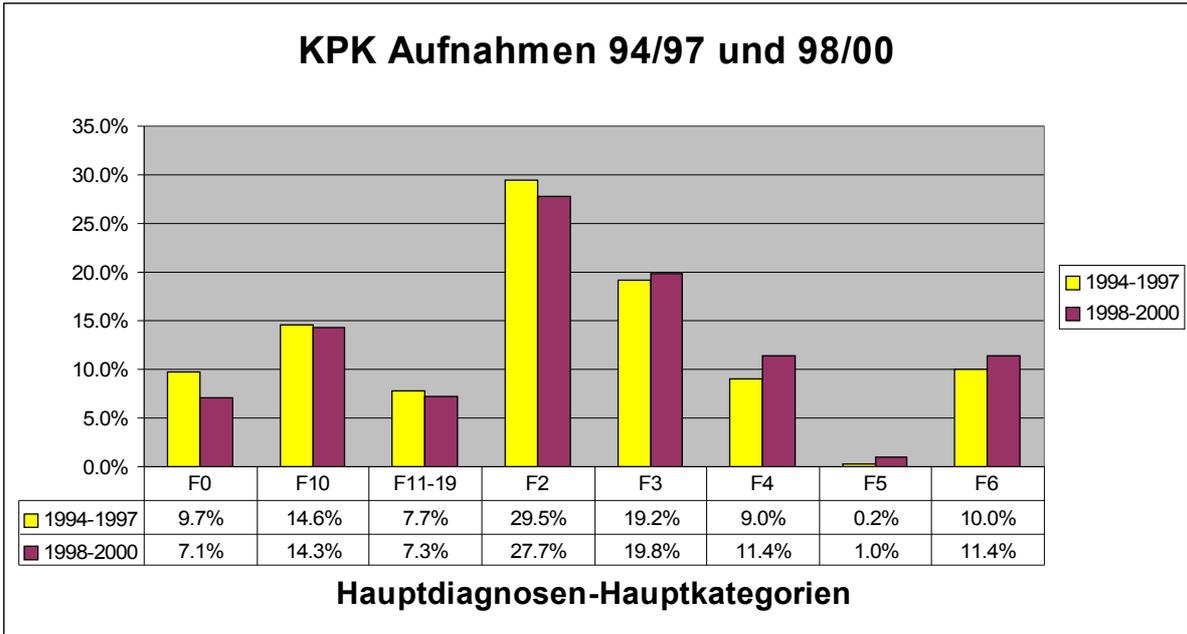
Das steht damit in Zusammenhang, dass die "grossen Psychosen" in jungen Jahren ausbrechen, ebenso machen sich Persönlichkeitsstörungen schon früh bemerkbar. Diese Störungen haben aber Tendenz zu spontaner Milderung in höherem Alter. Folge: Die Klinik hat mehrheitlich Probleme der Erwachsenen in jungem und mittlerem Alter, mit schwerem und oft chronischem Leiden zu bearbeiten. Dieses psychische Leiden behindert sie am Entfalten eines vollen Lebensvollzuges, namentlich in Bezug auf Erwebsarbeit und Familie. Umgekehrt wirken sich deren Fehlen, Unterentwicklung oder Unsicherheit als Mangel wesentlicher haltgebender Momente pathogen aus.

Die Klinik hat längerfristig noch eine Verjüngung durchgemacht. Einerseits Zunahme der Jüngsten, unter 18. Das dürfte eindeutig den Effekt der Angebotsverbesserung: Konzentration der Jugendpsychiatrie auf einer Abteilung (B2) spiegeln. Andererseits haben die Aufnahmen Hochbetagter (ab 70 und besonders ab 80 abgenommen – Anteil um Faktor 3 geschrumpft), was mit den besseren Angeboten in den Heimen und durch die Spitexpflege zu erklären ist. Etwas gestiegen sind die Anteile der "Mittelalten" von 40 – 60 Jahren:



Diagnosen

Vergleicht man das Bild des Diagnosespektrums von 1994 und 2000 so zeigt sich hier eine recht grosse Stabilität, was die Erstdiagnosen betrifft (seit 1994 werden die Diagnosen mit der Einführung von ICD-10 einheitlich erhoben). Schizophrene Störungen (F2) sind immer im ersten Rang mit 26-30%, gefolgt von Störungen durch psychotrope Substanzen (F1), wobei hier Alkoholabhängigkeit doppelt so häufig ist wie die anderen Süchte. Organische Störungen (F0) haben abgenommen, was mit der Verminderung der hochbetagten Patienten in der Klinik einhergeht. Diese relativ grosse Stabilität der Diagnoseverteilung bei gleichzeitig stark steigenden Eintrittszahlen um 47% zeigt, dass diese Steigerung auf unspezifische Faktoren zurückzuführen ist - vor allem wohl eine Senkung der Schwelle zum Gebrauch der Psychiatrie. Bezieht man im übrigen die Nebendiagnosen mit ein, so überwiegen Suchterkrankungen deutlich. Im folgenden die Mittelwerte aus den beiden Zeiträumen 1994 bis 1997 sowie 1998 bis 2000:



Notfalleintritte

73% aller Eintritte erfolgen als Notfälle, diese Zahl ist in den letzten Jahren gestiegen (eine genauere Besprechung findet sich unter Kapitel 6.2)

Behandlungsparameter

Als weitaus wichtigste Behandlung wird in 51% der abgeschlossenen Fälle die Krisenintervention genannt (Rating durch die behandelnden Assistenzärzte und Psychologen). Das entspricht dem hohen Anteil kurzfristiger Hospitalisationen, wirft aber besonders auch das Problem der Vernetzung und Kontinuität auf. Einzelpsychotherapie folgt mit 25% und Pharmakotherapie mit 15%. Das bildet einen relativ hohen Stellenwert der individuellen Psychotherapie ab. Anderes nur unter "ferner liefern", auch die Gruppentherapie (1,6%), welche in der offiziellen Klinikkultur einen hohen Stellenwert genießt.

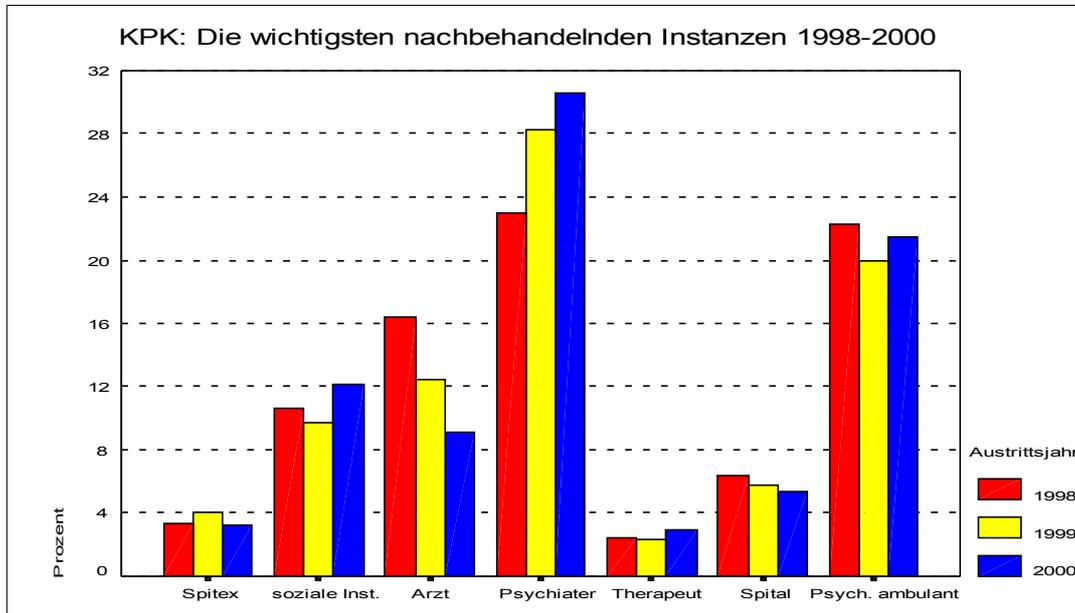
**Ein- und Austritte zwischen 1998 und 2000:
Die wichtigste Behandlungsform**

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1.00 Krisenintervention	1489	47.3	50.9	50.9
2.00 Einzeltherapie	716	22.8	24.5	75.3
3.00 Familientherapie	79	2.5	2.7	78.0
4.00 Gruppentherapie	48	1.5	1.6	79.7
5.00 Pharmakotherapie	449	14.3	15.3	95.0
6.00 Arbeitstherapie	9	.3	.3	95.3
7.00 Ergotherapie	20	.6	.7	96.0
9.00 Sachhilfe	29	.9	1.0	97.0
10.00 Abklärung	12	.4	.4	97.4
11.00 Begutachtung	9	.3	.3	97.7
88.00 andere	67	2.1	2.3	100.0
Gesamt	2927	93.0	100.0	
Fehlend System	220	7.0		
Gesamt	3147	100.0		

ohne Eintritte vor 1998

Weiterbehandlung nach Klinikaustritt

Die Weiterbehandlung nach dem Klinikaustritt erfolgt in rund 60% durch die spezialisierte psychiatrische Versorgung (inkl. Rehabilitation und teilstationäre Dienste), in 9% der Fälle durch den Hausarzt, bei 12% durch soziale Dienste. Die Weiterbehandlung durch die Hausärzte scheint zugunsten derjenigen durch die Psychiater abgenommen zu haben.



Nationalität

82% der KPK-Patienten sind Schweizer. Von den Ausländern sind Menschen aus der Türkei überdurchschnittlich oft in der KPK hospitalisiert, Menschen aus Italien unterdurchschnittlich oft.

	KPK	1998 in BL
Türkei	20.0%	14.0%
Ex-Jugoslawien	18.0%	20.0%
Italien	15.0%	30.0%
Spanien	5.4%	4.8%
Deutschland	10.0%	11.0%
LKA	6.0%	
alle Ausländer	100%	100%

Ausländer sind öfter das erste Mal in der KPK hospitalisiert. Ihre Durchschnittsalter ist analog der Bevölkerung niedriger als bei den Schweizern. 1994 waren die Ausländer mit 12.6%-Anteil gegen 16,4% im Kanton noch deutlich unterrepräsentiert. Das entsprach den Verhältnissen der früher stabileren Arbeitsmigranten-Bevölkerung aus dem lateinischen Mittelmeerraum. Wir haben es jetzt vermehrt mit Bevölkerungen aus unstabilen Herkunftsländern zu tun (ehemaliges Jugoslawien, Türkei), die schlechter integriert sind und mehr traumatische Erfahrungen mitbringen. Unter den Asylanten findet sich eine erhöhte Rate von FFE-Eintritten, was man als Hinweis auf deren Unterversorgung deuten kann.

Erwerbstätigkeit und Beschäftigung vor und nach Hospitalisation

Vor Klinikeintritt sind nur 20% voll erwerbstätig, mit den Teilerwerbstätigen kommt man zusammen auf knapp 30%. Lebensunterhalt aus eigenem Verdienst wurden nur bei 22% angegeben. 1994 – 1997 lagen die Zahlen der Erwerbstätigen auf dem Niveau von 23 – 30%. Der Kanton zählte 1990 eine Erwerbsquote von 64% (Bevölkerung älter als 15 Jahre). Nach Austritt verschlechtert sich das Bild noch: nur 14% voll- und 11% teilerwerbstätig.

Erwerbstätigkeit vor Eintritt und nach Austritt Eintritte KPK 1998 bis 2000

	nach Austritt				Gesamt	
	voll erwerbstätig	teilerwerbstätig	arbeitslos (vermittelbar)	sonst nicht erwerbstätig		
VOR Eintritt	voll erwerbstätig	305	96	40	165	606
		50.3%	15.8%	6.6%	27.2%	100.0%
	teilerwerbstätig	29	114	21	94	258
		11.2%	44.2%	8.1%	36.4%	100.0%
	arbeitslos (vermittelbar)	32	17	77	77	203
	15.7%	8.3%	37.7%	37.7%	100.0%	
	sonst nicht erwerbstätig	59	94	81	1242	1476
		4.0%	6.4%	5.5%	84.1%	100.0%
Gesamt		425	321	219	1578	2543
		16.7%	12.6%	8.6%	62.0%	100.0%

Ein- und Austritte zwischen 1.1.1998 und 31.12.2000; Patienten bis 64 Jahre

Geschützte Arbeitsplätze und Reha-Programme ergeben andererseits eine klare Steigerung bei Klinikaustritt. Hier ist ein Rehabilitationserfolg zu sehen: 7,4% vor Eintritt zu 16,1% nach Austritt sind an geschützten Arbeitsplätzen tätig. Diese Zahlen zeigen ebenfalls sehr deutlich, dass ein Grossteil der stationären Patienten an den Rand der Gesellschaft gedrängt ist.

Zuweisung und Nachbehandlung

Interessant ist die Berechnung, welche Patienten bei der gleichen Versorgergruppe nach dem Klinikaustritt weiterbehandelt werden, von denen sie auch eingewiesen worden sind. Die Situation zeigt sich folgendermassen:

Hausarzt	30%
Psychiater	48%
EPD	23%
Alkoholberatung	59%

Behandlung nach Austritt und Diagnose

Suchtkranke werden besonders oft von Alkoholberatungsstellen oder rehabilitativen Institutionen weiterbetreut. Hausärzte betreuen nach den Klinikaustritt öfter Menschen mit einer hirnganischen Störung, von den freipraktizierenden Psychiater werden häufiger Menschen mit einer Schizophrenie, einer Depression oder einer neurotischen Störung weiterbehandelt. Die EPD übernehmen gehäuft Menschen mit einer neurotischen Störung und solche, bei denen in der KPK eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, unterdurchschnittlich werden Personen mit einem Suchtleiden von den EPD oder den Psychiatern weiterbetreut. Diese Zusammenstellung veranschaulicht, dass die Nachbehandlungen nach KPK-Hospitalisation den Erwartungen entspricht. Einzig die häufige Zuweisung von neurotischen Störungen an die EPD und von schizophrenen Störungen an die freipraktizierenden Psychiater überrascht etwas. Die EPD betreuen besonders oft die ausländischen KPK-Patienten nach deren Austritt. Auch dies zeigt die besondere Kompetenz der EPD in der Betreuung ausländischer Menschen.

Zusammenfassung der Entwicklungen der letzten Jahre

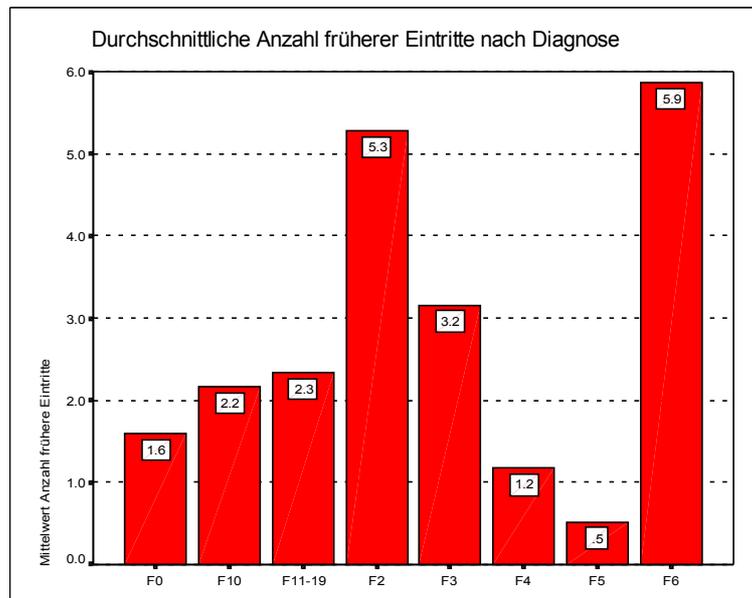
Die Patienten sind jünger geworden, die Patienten unter 18 haben durch neue Angebote deutlich zugenommen, diejenigen über 70 deutlich abgenommen. Menschen mit ausländischer Nationalität sind häufiger hospitalisiert worden, Notfalleintritte haben zu und FFE-Einweisungen abgenommen.

Zugenommen haben die Patienten mit 4 und mehr Eintritten, auch diejenigen mit 10 und mehr Eintritten (die sog. Heavy-Users) als auch die Patienten, die aus einer Institution vorübergehend zurück in die Klinik kommen. Dies ist als eine Folge der verbesserten ausserklinischen Betreuung von Langzeitpatienten innerhalb Wohnheimen. Diese Menschen benötigen trotz ihrer Emanzipation von der Klinik hin und wieder die klinische Fürsorge, um nachher wieder in ihre Wohnung oder in ihr Wohnheim zurückzukehren.

Ein anderes Bild der Veränderung der Patientenprofile wird aus der Betrachtung der Diagnosen sichtbar. Patienten mit einer neurotischen Störung und solche mit einer Persönlichkeitsstörung haben zugenommen, Menschen mit einer hirnganischen Affektion haben abgenommen. Letzteres widerspiegelt die Abnahme der älteren Pflegepatienten, die heute im Kantonalen Altersheim oder den Pflegeheimen der Gemeinden mehrheitlich Aufnahme finden. Die

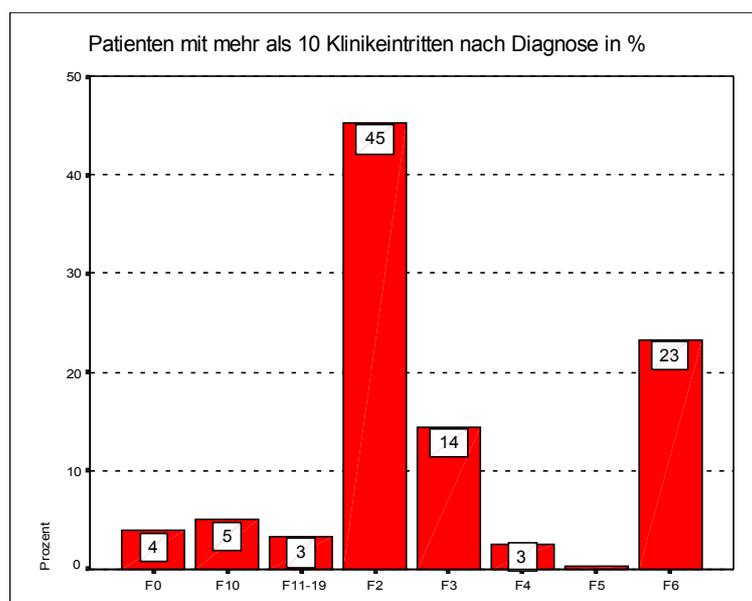
Zunahme solcher Störungen, die man gemeinhin eher in der ambulanten Praxis zu finden glaubt, ist wohl ein Zeichen der geringeren Tragfähigkeit familiärer und gesellschaftlicher Strukturen.

Gefährdet für Mehrfachhospitalisationen sind vor allem Schizophrene und Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowie Depressive:



Patienten mit sehr vielen Wiedereintritten ('Heavy Users')

Unter ‚Heavy-Usern‘ bezeichnen wir diejenigen Patienten, die 10 mal und öfters in die KPK eingetreten sind. Sie setzen sich fast ausschliesslich aus den Diagnosegruppen F2 (Schizophrenie), F3 (affektive Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) zusammen:



Selbstredend sind diese Patienten grösstenteils nicht erwerbstätig. Immerhin jeder Sechste geht aber immer noch einer Arbeit nach, zwischen 1994 und 1997 war von ihnen lediglich jeder Zwölfte teil- oder voll erwerbstätig. Wichtig ist, dass diejenigen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen, jeweils deutlich länger ausserhalb der Klinik funktionieren können und jeweils deutlich kürzer in der Klinik bleiben müssen. Von welcher Seite her man dies auch interpretieren will, so ist Erwerbstätigkeit doch ein zentraler protektiver Faktor.

Schweizer sind übervertreten, die Patienten ausländischer Herkunft haben hingegen in den letzten Jahren deutlich aufgeholt. Die Aufenthaltsdauer pro Klinikeintritt dauert überdurchschnittlich lange. Demzufolge ist das ‚klinikfreie Intervall‘ kürzer.

Heavy user sind überdurchschnittlich oft bebeiständet oder bevormundet, auch wenn zwei Drittel mündig geblieben ist. In den letzten Jahren wohnt ein immer grösserer Teil von ihnen in Institutionen (Wohnheimen) ausserhalb der Klinik. Es handelt sich hier wohl hauptsächlich um Patienten, die früher dauerhaft in der Klinik hospitalisiert gewesen wären, die heute aber - auf Kosten häufiger Wiedereintritte - ausserhalb der Klinik leben können.

5.4.5. Die Mitglieder einer Selbsthilfegruppe

Selbsthilfebewegung

Die Selbsthilfebewegung geht auf die Initiative der Anonymen Alkoholiker (AA) in den 40-er Jahren zurück. Seither haben sich in verschiedensten Themenbereichen von Medizin, Sozialwesen und Erziehung Selbsthilfegruppen gebildet, die zum Teil sehr unterschiedliche Strukturen aufweisen. Die einen basieren auf einem autonomen Regelsystem, analog demjenigen der AA, andere werden von besonders initiativen Betroffenen geleitet. Im „Hinterhuus“ in Basel hat die Selbsthilfebewegung ein überregionales Zentrum geschaffen, von dem aus Gruppen vermittelt und auch Neugründungen unterstützt werden. Das Zentrum wird seit 1999 vom Kanton Baselland mit Fr. 50'000.- unterstützt. Es gibt eine monatlich erscheinende Zeitschrift, welche die Aktivitäten der Selbsthilfegruppen publik macht. Die AA geben ihrerseits ein regelmässig erscheinendes Informationsblatt heraus.

Selbsthilfezentrum Hinterhuus

Im „Hinterhuus“ werden Interessierte derzeit an rund 185 Selbsthilfegruppen vermittelt. Die meisten dieser Gruppen betreffen körperliche Erkrankungen (z.B. MS, Epilepsie, Asthma), wobei diese Gruppen in der psychischen Bewältigung dieser Krankheiten einen bedeutenden Beitrag leisten. Im engeren Bereich der Psychiatrie sind rund 25 Selbsthilfegruppen gemeldet und betreffen Themen wie: Depression, Angst-Panikattacken, Emotionale Gesundheit, Bulimie, Essstörungen, Inzest, Drogenabhängigkeit, Alkoholismus, Spielsucht. Diese Gruppen werden teilweise auch für Angehörigen von psychisch Kranken angeboten (s. 5.4.5.1.). Von den rund 800 Vermittlungen des Zentrums im Jahr, betreffen 35-40% Anrufe aus dem Kanton Baselland. Man darf annehmen, dass in der Region Basel rund 2- 3000 Personen durch Selbsthilfegruppen Unterstützung finden.

Als häufig geäusserte Lücken von Seiten der Selbsthilfegruppen wird erwähnt, dass das psychiatrische Angebot für Angehörige von Suizidpatienten ungenügend sei. Auch werden häu-

fig Nachfragen nach Selbsthilfegruppen von Jugendlichen gestellt; solche könnten aber nur geführt angeboten werden. Man stellt daher einen Mangel an therapeutischen Gruppen für Jugendliche im Kanton fest. Positiv wird die Verbindung zu den Kantonalen Psychiatrischen Diensten hervorgehoben; sowohl KPK wie EPD würden sehr häufig auf die Angebote des Selbsthilfezentrums verweisen.

Anlässlich eines Hearings am 4.1.2001 wurden Vertreterinnen und Vertreter von Angehörigengruppen psychisch Kranker über ihre Einschätzung der Psychiatrischen Dienste befragt. Insgesamt wurde ein kritisch positives Bild gezeichnet und insbesondere hervorgehoben, dass sich die Angehörigen durch die regelmässigen „Klinik-Gespräche“ mit der KPK und den EPD in ihren Anliegen ernst genommen fühlen.

Dienste in Notfallsituationen

Notfallsituationen und Klinikeinweisungen werden als sehr einschneidende und emotionell aufwühlende Grenzerlebnisse geschildert. Es gibt keinen Angehörigen bei dem dieses Ereignis nicht in der Erinnerung haften bleibt. Neben positiven Erfahrungen (informatives, verständnisvolles und professionelles Eingehen der Notfallpsychiater auf die Situation und beteiligten Menschen) haben kritische bis negative Erfahrungen und Einschätzungen überwogen: Verschleppung von Einweisungen, Zuständigkeitsprobleme zwischen den involvierten Diensten, Angehörige fühlen sich von den behandelnden und im Notfall zuständigen Psychiatern in ihren Bedürfnissen nach Information, Kooperation und emotioneller Unterstützung zu wenig ernst genommen.

Von den Angehörigen wird generell eine raschere, durch die verschiedenen Dienste besser koordinierte und insbesondere zeitlich ausgedehntere Notfallhilfe als notwendig erachtet. Besonders hervorgehoben wird, dass sich in psychiatrischen Notfallsituationen auch die Angehörigen in einer Notlage befinden (wenig Informationen über das Krankheitsgeschehen und die vorhandenen Dienste, emotionelle Überforderung oder gar Traumatisierung durch die Notfallsituation) und die Angehörigen deshalb auch einer Betreuung bedürfen.

Behandlungen in der KPK

Sehr positiv werden die neusten baulichen Veränderungen in der Akutabteilung bewertet, welche den Patienten mehr Schutz und Respekt der Intimsphäre gewährleisten. Im allgemeinen wird das therapeutische Angebot als positiv bewertet, wenn auch einzelne kritische Stimmen etwa die Unterschätzung der Suizidalität durch die Ärzteschaft hervorheben. Unterstrichen wird auch, dass Ersteinweisungen für Patienten und Angehörige oft einen „Schock“ darstellen, weil sie unmittelbar mit den andern Patienten konfrontiert seien. Als Idee wird deshalb ein separiertes Milieu für Ersteinweisungen formuliert. Als weiterer kritischer Punkt wird die Lokalisierung der Reha-Abteilungen in unmittelbarer Nähe der Klinik hervorgehoben; gewünscht werden mehr gemeindenahe, integrierte Abteilungen.

Ein besonderes, stark betontes Anliegen ist auch hier generell, dass die Angehörigen vermehrt in die Behandlung einbezogen werden möchten (Anbieten von Gesprächen, Einbezug bei Entlassungen) und insbesondere auch oft selbst ein Unterstützungsangebot benötigen. Angehöri-

ge sind oft durch (chronisch) psychisch Kranke überfordert und können etwa unter Schuldgefühlen leiden; sie möchten als Notleidende wahrgenommen werden und ein Informations-, Beratungs- und Betreuungsangebot erhalten.

Behandlungen durch die EPD

Mit dem Angebot der EPD werden mehrheitlich positive Erfahrungen erwähnt, insbesondere wird die Niederschwelligkeit und gute Zugänglichkeit bei Informationen und Behandlungen hervorgehoben. Kritisiert werden der sehr häufige Wechsel der Bezugspersonen (Ärzte) und dass die Dienstleistungen der EPD im allgemeinen in der Bevölkerung zu wenig bekannt seien. Nach Ansicht der Angehörigen sollten die EPD stärker in die Nachbehandlung bei Klinikentlassungen einbezogen werden.

Behandlungen durch Psychiater und psychologische Psychotherapeuten

Grundsätzlich wird das grosse Angebot an Spezialisten begrüsst, welche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen durchführen können. Auch die Qualität der Behandlungen wird im allgemeinen positiv bewertet, wobei aber erwähnt wird, dass im Falle von Stagnationen von Behandlungen, die Psychiater die Patienten vermehrt zu einem Therapeutenwechsel anhalten sollten. Kritisiert wird auch, dass die Psychiater mit Klinik-Einweisungen in Krisensituationen eher zu lange zuwarten.

Erreichbarkeit und Platzangebot der Psychotherapeuten

Negativ bewertet werden die Erreichbarkeit (Anmeldung über Telefonbeantworter) und die noch immer quantitativ mangelnden Therapieplätze (Patienten würden nach Klinik-Entlassungen monatelang keine Therapieplätze finden). Eine besonderer Mangel bestehe im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Mangelnde Krankenkassenfinanzierung

Ein bedeutender Aspekt dieser Mangelsituation sei, dass die Leistungen der psychologischen Psychotherapeuten von den Krankenkassen in einem zu geringen Umfang honoriert würden. Für chronisch psychisch Kranke, die fast durchwegs von der Invalidenrente leben und meist jahrelangem Therapie- und Unterstützungsbedarf sind die psychologischen Psychotherapeuten so keine Alternative. Bei der Suche eines Therapieplatzes seien Patienten und Angehörige oft überfordert, weil keine offizielle Information über das Angebot bestehe (derzeit gibt es nur einen Psychotherapie-Führer der psychologischen Psychotherapeuten). Als dringendes Anliegen wird eine zentrale Vermittlungsstelle formuliert.

Eher negativ wird auch die Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychiatern beurteilt. Die Kenntnisse und Kompetenz in psychiatrischen Fragen wird bei Hausärzten eher als gering eingestuft; die Vermittlung von Psychiatern/Psychotherapeuten würde schlecht funktionieren.

Erfahrungen mit sozialpsychiatrischen Angeboten

Grundsätzlich wird hervorgehoben, dass sich die Situation seit der Folgeplanung I deutlich verbessert habe. Die Rehabilitations-Anstrengungen der Klinik und der Dienste ausserhalb der Klinik ermöglichen für viele Patienten die erstrebenswerte Selbständigkeit. Besonders positiv werden die Arbeits-Rehabilitations-Angebote (analog Berufsförderungskurs PSAG in Basel) erwähnt, welche einen Anschluss an die freie Wirtschaft ermöglichen, resp. überhaupt erst anstreben, da solche Angebote den psychisch Kranken eine Perspektive geben, was oft allein schon einen positiven Einfluss auf ihren Gesundheitszustand hat.

Berufliche Rehabilitation

Kritisiert wird, dass das ganze System zu wenig flexibel sei und zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse und die veränderte gesellschaftliche Situation eingehe. Diese Kritik betrifft insbesondere auch die Invalidenversicherung, welche bei jungen, frisch erkrankten Patienten zu wenig rasch reagieren könne, oder im Falle von Wiedereinstieg ins Arbeitsleben die Rehabilitationsbemühungen aufgrund der vorübergehenden Fehlschläge mit Rentenregelungen zu rasch abbrechen würden. Die Arbeiten in den beschützenden Werkstätten werden als zu wenig attraktiv und stumpfsinnig bezeichnet. In den Reha-Einrichtungen würde zu sehr auf die (zwar notwendige) Tagesstruktur Wert gelegt, zu wenig aber die geistige Förderung der Patienten. Bei den Angehörigen besteht zudem der Eindruck, dass die berufliche Eingliederung zu wenig praxisorientiert erfolge und im Falle von Eingliederungen keine Begleitprogramme existieren. Als Mangel wird besonders hervorgehoben, dass es für ältere Behinderte, welche mit 50 bis 60 Jahren aus dem Arbeitsprozess ausscheiden, keine adäquaten Angebote gibt.

Wohnrehabilitation

Im Wohnbereich wird kritisiert, dass die einzelnen Wohnheime/Wohngemeinschaften zu spezielle Selektionskriterien hätten und Betroffene so kaum Plätze fänden. Als Problem wird auch angesprochen, dass eine vorübergehende Wohnbegleitung ohne IV-Rente nicht möglich sei. Insbesondere für jüngere Patienten nach dem Klinik-Austritt fehlen so adäquate und bezahlbare Zwischenschritte.

Schlussfolgerungen

Angehörige verfügen naturgemäss über selektive, dafür sehr intime Einblicke in die psychiatrische Versorgung und sind deshalb für die Planung von grosser Wichtigkeit. Angehörige formulieren heute vielleicht mehr noch als vor 10-20 Jahren nicht nur das Bedürfnis nach Information und Einbezug, sondern vor allem auch begreifliche Bedürfnisse nach Unterstützung und Entlastung. Die Entwicklungen in der Psychiatrie (Öffnung, freundlichere Räumlichkeiten etc.) werden mehrheitlich positiv beurteilt. Kritisch wird bewertet, dass es sehr viel braucht, bis psychisch Kranke in die Klinik zwangseingewiesen werden - obwohl die Persönlichkeitsrechte der Kranken natürlich begrüsst werden. Die Last tragen dann aber die Angehörigen. Für Angehörige ist es des weiteren schwierig mitzuerleben, wie wenig Perspektiven in der beruflichen Rehabilitation vorhanden sind. Hier werden viele Mängel und Lücken gesehen.

5.4.6. Qualitative Merkmale der Zusammenarbeit

Im Folgenden werden qualitative Aspekte der Zusammenarbeit aufgelistet - mit Schwerpunkt der institutionellen Hauptversorger KPK und EPD. Zu den Hausärzten, Psychiatern und Psychologen in freier Praxis wurden oben schon Angaben gemacht (siehe die Resultate zu den einzelnen Erhebungen).

Aus der Sicht der Klinik:

Besonders mit dem **KJPD** hat durch die Einrichtung einer Akutstation mit dem Schwerpunkt Jugendliche (seit September 99) eine Intensivierung der konzeptuellen und praktische Zusammenarbeit stattgefunden. Die Zusammenarbeit mit der **Drogenberatungsstelle** ist bewegter, jedoch grundsätzlich als positiv einzuschätzen. Bei weiterhin guter Zusammenarbeit bestehen Unsicherheiten bezüglich der konzeptionellen Weiterentwicklung des Blauen Kreuzes und der **Beratungsstellen für Alkoholprobleme**.

Auf pragmatischer Ebene der Patientenbetreuung funktioniert die Zusammenarbeit mit den **EPD** meist sehr gut, sie sollte insgesamt noch intensiver sein. Die langjährigen Mitarbeiter kennen sich, das Einspielen von neuen Mitarbeiter/innen ist stets sehr aufwendig und benötigt viel Aufmerksamkeit und Zeit. Es gibt das herkömmliche Forum "Behandlungskontinuität" zur Diskussion von Kooperationsfragen – es funktioniert leidlich, wird von beiden Seiten als sinnvoll beibehalten. Es werden auch immer wieder gemeinsame Projekte angepackt. Es wäre wünschenswert, wenn die Externen Psychiatrischen Dienste in der Langzeitbehandlung von sozial ausgegrenzten Patienten mehr Ressourcen zur Verfügung stellen könnte.

Mit den freipraktizierenden Psychiater und nicht ärztlichen **Psychotherapeuten** hat eine Intensivierung der Zusammenarbeit stattgefunden. Vermehrt werden schwerer erkrankte Patienten auch in den Privatpraxen behandelt. Ein altes strukturelles Problem aus unserer Sicht ist die Erreichbarkeit. Es bestehen hingegen nur wenig direkte Kontakte zu den nichtärztlichen Psychotherapeut/innen. Es werden von den Institutionen relativ wenig Patienten an Psychologen zugewiesen.

Die **Hausärzte** und somatischen Notfallärzte wurden als Haupteinweiser von den freipraktizierenden Psychiatern abgelöst. Die Kontakte haben sich aus Sicht der Klinik gebessert.

Hinsichtlich **Kantonsspitäler** sind die Beziehungen zum KSL sind naturgemäss deutlich enger als zum KSB. Der somatische Konsiliarbetrieb läuft im ganzen recht reibungslos. Ebenso die Verlegungen vom KSL in die KPK. Gelegentlich machen Patienten Mühe, die sowohl ein schweres somatisches Problem als auch eine starke Verhaltensauffälligkeit aufweisen. Da besteht ein gewisses Risiko, dass die Patienten hin und her geschoben werden.

Früher bestanden zum Teil sehr enge Beziehungen der **Gemeindesozialdienste** zu den Sozialarbeitern der KPK. Heute ist eher eine Distanzierung eingetreten, da die Gemeindesozialdienste überlastet sind und zudem den restriktiven Fürsorgereglementen unterliegen.

Mit dem Verein für **Sozialpsychiatrie** besteht eine enge fachliche und personelle Verbindung, durch Klinikmitarbeiter/innen im Vorstand und in den Betriebskommissionen. Grundsätzlich hält sich der VfSP an die Psychiatriekonzepte des Kantons und betreut in verschiedenen Einrichtung meist gesellschaftlich ausgegrenzte Patienten, mit chronischer Störung, die zur Klientel der öffentlichen Psychiatrie gehören. Mit anderen Trägern und Einrichtungen, die eher isoliert agieren, bestehen zur Zeit keine systematischen Kontakte (z.B. Werkstar, Frau Birnstiel)

Aus der Sicht der EPD

Zur **KPK** gibt es praktisch täglich Kontakte bei Patienteneinweisungen und –entlassungen. Darüber hinaus treffen sich einige Mitarbeiter einmal monatlich zur Behandlungskontinuitäts-sitzung, wo einzelne Problempatienten oder gemeinsame Probleme besprochen werden. Die Zusammenarbeit hat sich im Laufe der Zeit verbessert z.B. erfolgen die Austrittsberichte heute rechtzeitig. Die Atmosphäre der Zusammenarbeit ist im allgemeinen konstruktiv.

Zu den **Kantonsspitalern** und dem Spital Dornach besteht eine intensive Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen. Die Hauptaktivität besteht im Konsiliar- und Liaisondienst. Dabei handelt es sich um eine anspruchsvolle Tätigkeit, die das ganze Spektrum psychiatrischer Tätigkeit umfasst, insbesondere: Beurteilung, Triagierung und Betreuung von suizidalen, psychotischen, depressiven, dementen und alkoholabhängigen Patienten und Patienten mit Angststörungen, eventuell mit anschliessender ambulanter Weiterbetreuung, Begleitung von Krisensituationen aller Art (Beziehungs- und familiäre Krisen, Wochenbettkrisen), Psycho-somatik (Beurteilung von somatischen Symptomen aus psychiatrischer Sicht, Betreuung von Patienten mit schwierigen Krankheitsverläufen, Schmerzpatienten inklusive Schmerzgruppe, Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung bei Essstörungen) Psychoonkologie (Krankheitsverarbeitung, Sterbebegleitung) Debriefing und Traumaverarbeitung nach Unfällen, Mitwirkung bei der Weiter- und Fortbildung von Assistenzärzten und Pflegepersonal. Beratungen und Supervisionen von einzelnen Mitarbeitern und Teams.

Zu einer ganzen Reihe von niedergelassenen **Psychiatern** bestehen regelmässige Kontakte. Diese ergeben sich meist im Zusammenhang mit Zuweisungen von PatientInnen. Die Intensität und die Häufigkeit dieser Kontakte hängt von verschiedenen Faktoren ab wie: Erreichbarkeit, persönlichen Beziehungen; speziellen Angeboten wie z.B. Fremdsprachen, paar- und familientherapeutischen Fertigkeiten, Feedback von PatientInnen, gemeinsame Betreuung von PatientInnen, etc. Es gab auch einzelne Versuche, diese Zusammenarbeit zu institutionalisieren, indem einzelne Kolleginnen und Kollegen den EPD fixe Termine angaben, an denen ihnen Patienten zugewiesen werden konnten, die sich bei den EPD gemeldet hatten.

Die Zusammenarbeit auf dem Gebiet des psychiatrischen **Notfalldienstes**, wo die EPD jeweils von Montag bis Freitag von 8 - 18h die von der Notrufzentrale eingehenden Meldungen triagieren, klappt im allgemeinen gut bis auf gelegentlich auftretende Pannen auf beiden Seiten, die sich nie ganz werden vermeiden lassen. Die Oberärzte der EPD stehen auch den Niedergelassenen als Ansprechpartner rund um die Uhr zur Verfügung.

Einen erheblichen Teil der Patientenmeldungen (20%) erhalten die EPD durch **Hausärzte**. Dabei ist die Zuweisungsrate sehr unterschiedlich. Einzelne weisen den EPD regelmässig zu, andere gelegentlich, weitere selten bis nie. Es wird auch immer wieder von der Möglichkeit einer Beratung durch einen der Oberärzte Gebrauch gemacht. Dabei geht das Spektrum von der Besprechung medikamentöser Fragen über das Vorgehen bei schwierigen psychosozialen Problemen und bei einer FFE-Situation bis zur Therapieplatzvermittlung. Das Feedback ist von einzelnen Ausnahmen abgesehen positiv, wobei die gute Erreichbarkeit der Oberärztinnen und Oberärzte erwähnt wird, verbunden mit der Möglichkeit, rasch und kompetent Auskunft zu erhalten. Die Möglichkeit, jederzeit notfallmässig Patienten an die EPD zuweisen zu können und eine telefonische Rückmeldung oder eine Form eines Abklärungsberichtes zu bekommen, wird sehr geschätzt. Auf zwei Ebenen sind die EPD auch in der Fortbildung der Hausärzte engagiert. Im Rahmen eines Kursprogrammes, an dem regelmässig auch Hausärzte teilnehmen und durch das Engagement an der klinischen Fortbildung, welche alljährlich durch die Medizinische Universitätsklinik Bruderholz durchgeführt wird.

In den **Altersheimen** werden regelmässig Konsilien durchgeführt, wenn möglich durch den zuständigen Oberarzt oder durch einen entsprechend erfahrenen Assistenten. Zudem werden durch Psychiatrisschwestern Weiterbildungen für das Pflegepersonal durchgeführt.

Zwischen den EPD und den **Alkoholberatungsstellen** gibt es eine gute Zusammenarbeit. Diese läuft z.T. über gemeinsame Patienten, wobei der Ausgangspunkt ein Spitalkonsilium sein kann, mit einer Patientenübergabe im Spital oder durch gegenseitige Patientenzuweisungen.

5.4.7. Zusammenarbeit mit Versorgern des Kantons Basel-Stadt

5.4.7.1. Zusammenarbeit im ambulanten Bereich

Es bestehen recht grosse Patientenbewegungen über die Kantonsgrenzen hinaus. Patienten aus den stadtnahen Gebieten suchen spontan die städtischen Institutionen auf. Im ambulanten Bereich (bspw. Poliklinik Basel-Stadt) ergeben sich hier keine Schwierigkeiten, da es keine unterschiedlichen Tarife für Kantonale und Ausserkantonale gibt.

Krisenintervention

Die Kriseninterventionsstation im Basler Kantonsspital kann nur bedingt von Baselland in Anspruch genommen werden, hier wird offiziell eine Einweisung via EPD benötigt. Einweisungen von den EPD in die KIS des Kantonsspitals Basel sind aber eher selten. Gelegentlich erhalten die EPD von dort Patienten zur Nachbetreuung.

Schmerzstörungen, Essstörungen und sexuelle Störungen

Im ambulanten Bereich pflegen die EPD eine gute Zusammenarbeit mit verschiedenen auch regionalen Anbietern bei der Behandlung von Schmerzpatienten, Essstörungen und Sexualproblemen. Gewisse Einschränkungen ergeben sich von Seiten der Kostenträger. Eine engere Zusammenarbeit bahnt sich ebenfalls in Bezug auf emotionale Hilfestellung bei Katastrophen an. In Bezug auf die Behandlung von Essstörungen laufen z.Zt. Gespräche mit der Psychothe-

rapiestation in der PUK Basel und dem Gemeindespital Riehen, um eine regionale Behandlungskette für Essstörungen aufzubauen. Die Urologische Universitätsklinik Basel und niedergelassene Urologen weisen den EPD Männer zu mit sexuellen Störungen zur Abklärung und Therapie, da es diesbezüglich keine genügenden Angebote in der Region gibt.

Private Praxen

Unter den privaten Praxen besteht eine recht gute „grenzüberschreitende“ Aktivität. So wohnen 22% der Patienten der BL-Psychiater und 30% der Patienten bei den BL-Psychologen in der Stadt. Demgegenüber wohnen 27% der Patienten bei den BS-Psychiatern und 30% der Psychologenpatienten in BL.

Private sozialpsychiatrische Einrichtungen

Die privaten sozialpsychiatrischen Einrichtungen wie die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PsAG), die Stiftung Melchior und die GAW werden auch von BL-Patienten recht rege benutzt. Es ergibt sich aber keine sehr enge Zusammenarbeit auf institutioneller Ebene.

5.4.7.2. Zusammenarbeit im (teil)stationären Bereich

Im subventionierten stationären und tagesklinischen Bereich greifen die Kantonsgrenzen hingegen sehr strikt, was immer wieder zu erheblichen Komplikationen führt und Diskontinuitäten führt. Dieses seit langem bekannte Problem wurde in den letzten Jahren in keiner Weise "kundenfreundlicher" gehandhabt, eher im Gegenteil. Es braucht für Ausnahmen ein aufwändiges Bewilligungsverfahren über den Kantonsarzt. Bis jetzt gab es keine befriedigenden Lösungsansätze.

Hospitalisationen ausserhalb Wohnkanton

Manchmal kommt es im stationären Bereich zum gegenseitigen Überweisen von Patienten, die primär zufällig im "falschen" Kanton hospitalisiert wurden, was unter FFE-Bedingungen zu grossen Komplikationen führen kann. Dies ist ein unwürdiger Zustand, der gelöst werden müsste.

Zentrumsangebote

Als Zentrumsangebot werden Psychotherapie-Abteilung (PTA) und Forensik-Abteilung (Prof. Dittmann) mit Kantonsarztbewilligung gelegentlich benutzt. Diesbezüglich ist die Zusammenarbeit gut und intensiv. Der fachliche Austausch mit der PUK ist recht dicht und kollegial.

Kliniken Sonnenhalde und Schützen

Die psychiatrische Privatklinik Sonnenhalde kann ein Kontingent an BL-Patienten aufnehmen. Sie ist als Privatklinik recht beliebt, nimmt aber keine Notfälle oder suizidale Patienten auf. Diese kommen dann zuerst in die KPK und warten auf ihre Verlegung in die Sonnenhalde, was für die Behandlung in der KPK schwierig ist. Eine gute Zusammenarbeit besteht zwischen den EPD und der Klinik Sonnenhalde in Riehen, indem dorthin regelmässig Patienten zur stationären Behandlung zugewiesen werden. Als spezielle Dienstleistung ist die Sonnenhalde bereit, Mütter mit Kindern aufzunehmen. Die Klinik Schützen in Rheinfelden ist eine

psychotherapeutische Privatklinik mit einem interessanten Profil. Die Beziehungen sind ähnlich wie zur Sonnenhalde. Der fachliche Austausch ist hier enger. Generell erweisen sich die Einweisungen in die beiden Kliniken gerade aus Sicht der somatischen Spitäler wegen der Wartezeiten als schwierig - obwohl oft ein entsprechender Wunsch der Patienten besteht.

Solothurn und Aargau

Dank eines Vertrags mit dem Kanton Solothurn besteht auch im stationären Bereich Freizügigkeit. Die Einrichtungen der Kantonalen Psychiatrischen Dienste werden aus dem Schwarzbubenland von Solothurner recht viel benutzt. Die institutionellen Beziehungen zur Solothurner Psychiatrie sind aber gering. Trotz der geographischen Nähe hat die KPK mit Aargauer Patienten kaum etwas zu tun. Verträge wurden nie gesucht.

FMH-Curriculum

Die Zusammenarbeit im Bereich der Fortbildung der Assistenten funktioniert sehr gut.

Konzeptuelle Zusammenarbeit

Obwohl in der klinischen Praxis eine Vernetzung mit baselstädtischen und solothurnischen Einrichtungen mit meist guter Zusammenarbeit stattfindet, gibt es mit der Ausnahme der Weiterbildung im Rahmen des FMH-Curriculums relativ wenig konzeptuelle Kollaboration über die Kantons Grenzen hinaus. Zudem sind der BS-Psychiatrie möglicherweise die Konzepte und Einrichtungen in Baselland auch zu wenig bekannt.

6. Bedarf nach spezialisierter Behandlung

6.1. Behandlung der Bevölkerung mit ausländischem Ursprung

6.1.1. Zahlen

In der Region Basel leben ca. 92'000 Menschen mit ausländischer Herkunft.¹⁶⁾ 78'000 sprechen eine Sprache, die in der Standardhilfeeinrichtungen nicht flächendeckend zu finden ist. Der folgende Überblick zeigt, wie sich diese Anzahl auf die verschiedenen Herkunftsländer verteilt:

Basel-Stadt	40 000	Basel-Land	33 000	Region	78 000	
aus Italien	11 000		12 300		25 000	= 32%
aus Spanien (a)	4 900		2 300		8 000	= 10%
aus Türkei	8 150		6 000		15 000	= 19%
aus Ex-Jugoslawien (b)	10 150			8 250		19 000
	= 24%					
aus Portugal (c)	1 850		1 300		4 000	= 5%

a) incl. Südamerika

b) ehem. Jugoslawien

c) incl. Brasilien und afrik. Staaten

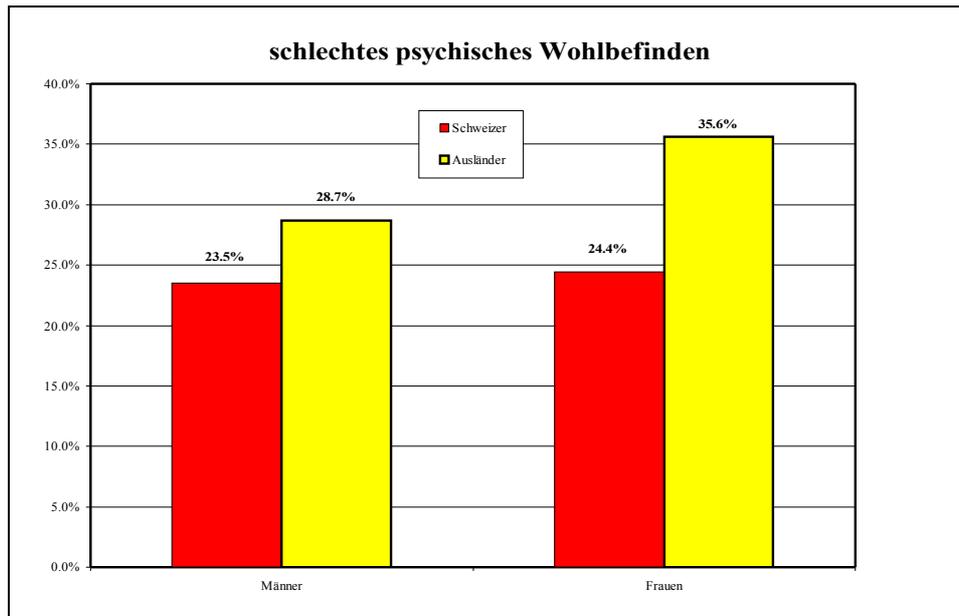
Im Folgenden müssen wir anhand von einigen Parametern hochrechnen, wie viele dieser 78'000 Menschen in der Region Basel einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder sozial helfenden Betreuung bedürfen. Dabei müssen folgende Belastungsfaktoren in Betracht gezogen werden - immer in Kenntnis davon, dass einerseits Migranten eine sehr heterogene Gruppe darstellen mit unterschiedlichen spezifischen Problemen und Ressourcen (Migration ist immer auch eine Leistung).

Belastungsfaktoren

Ausländer sind verfügen viel häufiger über keine Schulbildung als Schweizer. Mangelnde Schulbildung ist überproportional häufig mit psychischen Krankheiten verbunden. Ausländer leiden viel häufiger unter somatoformen Schmerzstörungen als Schweizer und haben häufiger Belastungsstörungen. Die Arbeitslosenquote von Ausländern ist etwa doppelt so hoch wie die-jenige von Schweizern. Arbeitslosigkeit ist ebenfalls mit einem höheren Grad psychischer Krankheiten verbunden. Integrationsprobleme müssen schliesslich generell als Risikofaktoren für die Entstehung einer psychischen Krankheit angesehen werden.

Wir nehmen aus diesen Gründen eine um 20% höhere Erkrankungshäufigkeit an, nämlich ca. 12% der ausländischen Bevölkerung der Region (9'000 potentielle Patienten).

¹⁶⁾ Statistisches Amt Basel-Stadt und Baselland, Bezugsjahre 1999



Anteil der Personen mit schlechtem psychischem Wohlbefinden nach Nationalität und Geschlecht. Die Daten wurden im Jahr 1997 erhoben. Das Alter der befragten Person liegt zwischen 15 Jahren und mehr.¹⁷

Belastung für die Familie

Eine psychische Krankheit stellt in hohem Masse eine Erkrankung des Familiensystems darstellt. Der familiäre Zusammenhalt ist bei ausländischen Familien grösser als bei Schweizerfamilien. Die Familie ist von der psychischen Krankheit oder Störung eines Familienmitgliedes in höherem Masse betroffen. Wir gehen von aus, dass jeweils fünf weitere Personen von der Krankheit des einen betroffen sind.

Unterstützungsbedarf

Somit schätzen wir die Anzahl Personen fremdsprachiger Herkunft in unserer Region, die potentiell einer psychiatrischen, psychotherapeutischen oder sozialhelferischer Betreuung bedürfen, auf 9'000 betroffene Personen und 36'000 indirekt betroffene Angehörige. Sie gliedert sich wie folgt auf die einzelnen Sprachgruppen auf:

betroffene Personen	9.000	direkt und indirekt Betroffene	45 000
italienisch sprachig	3.000		15.000
spanisch sprechend	1.000		5.000
türkisch sprechend	1.800		9.000
serbokroatisch/albanisch sprachig	2.300		11.500
portugiesisch sprachig	.480		2.400

Da die Kompetenzen in den freien Praxen und bei den Hausärzten / Sozialdiensten nicht direkt planbar sind, davon ein kleiner Teil durch grössere Kapazitäten einer poliklinischen Institution abzudecken sind, rechnen wir mit einem poliklinischen Kapazitätsbedarf für jährlich

¹⁷ Heiniger, M., Fässler, A., Salvisberg, E. (1999): Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz 1998. Neuschâtel: BFS - Bundesamt für Statistik

2'500 ausländischer Patienten, also einer Grössenordnung ähnlich der heutigen EPD, zuständig aber für die ganze Region.

Poliklinische Patienten	2.500
italienisch sprachig	1.000
spanisch sprechend	300
türkisch sprechend	500
serbokroatisch/albanisch sprachig	600
portugiesisch sprachig	100
andere Sprachen (asiatisch..)	200

6.1.2. Kantonale Psychiatrische Klinik

Zwischen 1998 – 2000 betrug der Ausländeranteil der Klinikeintritte 18%. Männer waren deutlich übervertreten. Die meisten Ausländer verfügten über eine Niederlassungsbewilligung C. Die Zahl der hospitalisierten Asylbewerber war stark fluktuierend. Asylbewerber verweilten durchschnittlich kürzer in der KPK, werden jedoch überdurchschnittlich oft per FFE eingewiesen. Von den Ausländer sind Menschen aus der Türkei überdurchschnittlich oft in der KPK hospitalisiert, Menschen aus Italien unterdurchschnittlich oft:

	KPK	1998 in BL
Türkei	20.0%	14.0%
Ex-Jugoslawi- en	18.0%	20.0%
Italien	15.0%	30.0%
Spanien	5.4%	4.8%
Deutschland	10.0%	11.0%
LKA	6.0%	
alle Ausländer	100%	100%

Ausländer sind öfter das erste Mal in der KPK hospitalisiert. Ihre Durchschnittsalter ist analog der Bevölkerung niedriger als bei den Schweizern.

Situation der Ausländern mit C-Bewilligung

Die Patienten mit C-Bewilligung sind im Vergleich zu den Schweizern in der Klinik vermehrt erwerbstätig. Sie sind jedoch oft vom Verlust der Arbeitsstelle bedroht. Die oft divergierenden kulturellen Adaptationsmöglichkeiten verschärfen Konflikte innerhalb der meisten noch selber immigrierten Elterngeneration (z.B. Veränderungswünsche der Ehefrauen). Zusätzlich entstehen spezifische Schwierigkeiten mit der meist in der Schweiz aufgewachsenen Folgegeneration (Zweitgenerationsprobleme).

Situation der Asylbewerber

Asylbewerber kommen durchschnittlich kürzer in die KPK, aber überdurchschnittlich oft per FFE. Hier spielen offenbar auch andere Faktoren denn ausschliesslich eine psychische Krankheit eine Hauptrolle für die Einweisung. Probleme gibt es vor allem bei den Einzelasylanten aus Ländern ohne Vernetzung in der Schweiz. Sie stammen häufig aus der dortigen Oberschicht, haben ein hohes Störungspotential und haben hier in der Schweiz niemanden. Sie sind isoliert, die Sprachverständigung ist schwierig. Asylanten aus Ursprungsländern, welche bereits zahlreich in der Schweiz vertreten sind, können hingegen auf die Ressourcen ihrer Landsleute zurückgreifen. Überlastungssituationen in Asylheimen führen zu vermehrten Klinikeinweisungen.

Ein grosses Problem stellen drohende Ausweisungen bei abgelehnten Asylgesuchen dar. Im Klinikverlauf kann z.B. bei den Kurden, als spezifische Manifestation ihrer subjektiven Not, ein Verweigern von Essen und Trinken auftreten. Eine generelle Belastung ist die Unsicherheit über den Ausgang des Asylentscheides. Bei den tamilischen Migranten stellen sich in akuten Situationen differentialdiagnostische Schwierigkeiten zwischen einer Anpassungsstörung auf neurotischer Basis und einem psychotischen Krankheitsbild dar. Bei männlichen Migranten kommen im Gegensatz zu den Schweizern selbstverletzende Verhalten gehäuft vor. Ein grosses Problem kann die Unterbringung von Kindern hospitalisierter Asylantinnen ohne familiäre Vernetzung in der Schweiz aufwerfen.

Häufige Krankheitsbilder

Häufig sind anzutreffen somatoforme Störungen, rezidivierend verlaufende Depressionen, teilweise in Kombination mit einer Suchtproblematik sowie akut psychotische Zustandsbilder. Bei den psychosozialen Problemen sind die finanzielle Verschuldung, ein drohender Arbeitsplatzverlust und oft heftige Trennungssituationen zu nennen. Bei der Zweitgeneration fällt auf, dass sie auch beim Vorliegen von massiven Störungen oft erst mit deutlicher Verzögerung zur Behandlung kommen. Die in bestimmten Herkunftsländern noch verbreitete Verheiratungspraxis führt dazu, dass Familiengründungen auch beim Vorliegen schwerer psychischer Störung eines Partners zustande kommen (z.B. junge Männer mit einer schizophrenen Erkrankung). Dabei dürften die Überschätzung der Tragfähigkeit der noch bestehenden Grossfamilienstrukturen eine Rolle spielen.

Ressourcen und Lösungsansätze

Gehäufte als bei der Schweizer Bevölkerung kann hingegen in der Behandlung und Nachsorge auf Familienmitglieder oder Freunde als Ressource zurückgegriffen werden. Übersetzungshilfe wird unter den Mitarbeitern der Klinik rekrutiert. Zur Zeit sind neben Deutsch, Englisch und Französisch, Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Serbokroatisch, Türkisch, Russisch und Arabisch vertreten. Es gibt keine spezifischen Aufträge unter den Mitarbeitern. Ihre angestammte Funktion steht im Vordergrund. Des weiteren werden externe Übersetzer via die Lis-

ten des Sozialdienstes einbezogen. In der klinischen Arbeit haben sich milieutherapeutische Gruppen bewährt, in denen teilweise auf sprachlichen Ressourcen mit entsprechenden Übersetzungsmöglichkeiten der Mitpatienten zurückgegriffen wird.

Eine gewisse Abgrenzung zu extern involvierten Stellen, wie z.B. gegenüber der Fremdenpolizei, mit gezielten vorgängig mit den Migranten abgesprochenen Kontakten haben sich bewährt. Es besteht keine kontinuierliche Arbeitsgruppe in der KPK zum Thema Migration.

6.1.3. Externe Psychiatrische Dienste

Der Ausländeranteil der EPD-Patienten beträgt 30%. Davon kamen 1999 16% aus Italien, 18% aus dem ehem. Jugoslawien, 28% aus der Türkei (überrepräsentiert, da hier ein konsolidiertes Angebot besteht).

Sprachenspektrum

Es besteht ein gutes Dolmetschersystem, auf das immer zurückgegriffen werden kann. Das eigene Sprachpotential der EPD ist neben Deutsch, Englisch und Französisch das folgende: Albanisch-serbokroatisch 100%, Serbokroatisch 100%, Spanisch 100%, Italienisch (mehrere Leute), Russisch 80%, Polnisch 100% sowie Türkisch-Armenisch (Oberarzt) 100%.

Limitierende Faktoren

Die EPD ist bemüht, das breite Sprachspektrum zu behalten, da der Druck vor allem vom Spital und von der Forensik gross ist. Die EPD betreuen besonders oft die ausländischen KPK-Patienten nach deren Austritt. Es besteht allerdings das Problem, dass diese Personen in ihrer Sprache zum Teil aus der ganzen Schweiz Zuweisungen erhalten und sofort überlastet sind. Nicht alle Mitarbeiter können sich ausschliesslich dem eigenen Kulturkreis widmen. Es existiert auch ein Austausch zwischen EPD Liestal und EPD Bruderholz auf dem Niveau eines Hintergrunddienstes für die "Normal"-Mitarbeiter. Die fremdkulturellen Mitarbeiter sind auch in der Weiterbildung aktiv. Die sprachkundigen Mitarbeiter sind jedoch oft erst einzuarbeiten, was vor allem im forensischen Bereich offensichtlich Probleme bereitet und zur weiteren Überlastung der Oberärzte beiträgt. Mitarbeiter können schliesslich aus logistischen Gründen nicht 100% im eigenen Kulturkreis eingesetzt werden.

Die EPD haben eine kontinuierliche Arbeitsgruppe, die sich mit der Migration beschäftigt (MIGEV = Migrations-/Integrationspezifische Gesundheitsversorgung).

Alter und Geschlecht

Von den im Jahre 1999 bei den EPD behandelten 869 Ausländern hatten knapp die Hälfte eine Niederlassungsbewilligung C, je knapp 20% eine Jahresaufenthaltsbewilligung B und einen Asylantenstatus. Ähnlich wie bei den Schweizern sind Frauen gegenüber der Gesamtbevölkerung übervertreten. 1993 als auch 1999 wiesen die ausländischen PatientInnen, gemessen an der Grundbevölkerung, tendenziell die gleiche Altersverteilung wie die SchweizerInnen.

Ausbildung und Beruf

Der Ausbildungsstand der AusländerInnen ist viel tiefer als derjenige der Schweizer Bevölkerung, ein Unterschied, der sich jedoch in der beruflichen Stellung nicht niederschlägt: auch die SchweizerInnen sind mehrheitlich als Angestellte/ArbeiterInnen tätig.

Erwerbssituation

Auffallend ist der Unterschied der krankheitsbedingten Erwerbslosigkeit, der bei den AusländerInnen viel höher ist, und die viel grössere Anzeit RentenbezügerInnen unter den Schweizer PatientInnen, was auch mit dem höheren Durchschnittsalter zusammenhängt. Zwischen 1993 und 1999 gibt es keine wesentlichen Veränderungen.

Diagnosen

Bei den Diagnosen zeigt sich 1993 und 1999 ein ähnliches Bild: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sind bei den AusländerInnen deutlich übervertreten. Hauptanteil daran haben die Diagnosen F43 und F45:

	AusländerInnen (N=869)	SchweizerInnen (N=2027)
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	20,3%	14,1%
F45 somatoforme Störungen	12,9%	1,8%

Somatoforme Störungen

Die beiden Diagnosen müssen daher, wie bereits 1993, als "migrationstypisch" angesehen werden. Die PatientInnen mit somatoformen Störungen haben folgenden AusländerInnen-Status (in %, N=112, *kursiv: alle ausländischen PatientInnen der EPD zum Vergleich*):

Niederlassung C	66,8%	48,2%
Jahresaufenthalt B	23,2%	18,8%
Saisonbewilligung A	0,0%	0,5%
Asylbewerbung	2,7%	18,3%
EDA-Bewilligung	0,9%	1,0%
Kurzaufenthalts-Bewilligung	0,0%	1,7%
Touristin/Passantin	0,9%	2,9%
unbekannt/keine Antwort	3,6%	8,6%

Wie bereits 1993 wird ersichtlich, dass die MigrantInnen, die als ArbeitnehmerInnen auf den unteren Hierarchiestufen stehen, überdurchschnittlich von somatoformen Störungen betroffen sind. Dies ist nicht erstaunlich, werden diese Arbeitskräfte doch oft für anstrengende, ermüdende und perspektivlose Arbeiten eingesetzt. Verglichen mit 1993 haben mehr als doppelt so viele PatientInnen die Diagnose somatoforme Störungen erhalten. Bekanntlich ist die psychiatrische Behandlung dieser Klientel nicht sehr erfolgversprechend und stellt für die Pa-

tientInnen, die ihr Leiden ja als körperlich wahrnehmen, oft eine Kränkung dar. Es stellt sich die Frage, ob es adäquatere Angebote für diese PatientInnen-Gruppe bräuchte.

Anmeldungen und Überweisungen

Noch immer gelangen die AusländerInnen mehrheitlich über den medizinisch-somatischen Weg in unsere Institution. Dies bedeutet, dass oft schon ein langer Weg durch das Gesundheitssystem vorausgegangen ist, bis die PatientInnen psychiatrische Fachhilfe erhalten.

Aufgewendete Konsultationen und Zeit

Im Jahre 1993 war ein wichtiger Unterschied in der Behandlung der MigrantInnen festzustellen: MigrantInnen, die der deutschen Sprache mächtig waren, erhielten signifikant mehr Konsultationen und Zeitaufwand als AusländerInnen ohne Deutschkenntnisse. Im Jahre 1999 sprachen 275 PatientInnen kein Deutsch, das sind mehr als doppelt so viele wie 1993. Ein Unterschied in der Behandlungshäufigkeit und -dauer ist jedoch nicht mehr auszumachen:

	Schweizer N=2004	Migranten deutschsprechend N=576	Migranten nicht deutschsprechend N=274
Ø Anzahl Konsultationen	7,47	7,88	7,20
Ø Zeitaufwand (in Viertelstd.)	26,78	26,64	25,42

Seit 1993 wurde das Angebot für die fremdsprachigen PatientInnen kontinuierlich ausgebaut durch den Zuzug von DolmetscherInnen und den stetig zunehmenden Anteil fremdsprachigen Fachpersonals. Diese Bemühungen spiegeln sich offenbar in den obigen Zahlen.

Medikamente

Im Jahre wurde die Hypothese überprüft, ob PatientInnen, mit denen die sprachliche Verständigung schwierig ist, vermehrt Medikamente erhielten. Es gab tatsächlich einen Unterschied, der aber statistisch nicht signifikant war. Auch dieser Unterschied ist 1999 nicht mehr zu finden. Die Bemühungen der EPD, der ausländischen Klientel spezielle Aufmerksamkeit zu widmen, z.B. im Projekt MIGEV (Migrations- und integrationsspezifische Gesundheitsversorgung), scheinen sich im Vergleich der Daten von 1993 und 1999 niederzuschlagen. Dies stellt ein ermutigendes Ergebnis dar und kann als Aufforderung gewertet werden, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen.

Zusammenfassung

Bei EPD wie bei der KPK ist festzustellen, dass die ausländischen Patienten heute die gleich intensive Behandlung erhalten, wie die Schweizer. Nicht so ist das vermutlich in den niedergelassenen Praxen, wo entsprechende Fachleute in der nötigen Anzahl fehlen. Dazu gibt es aber bisher keine genauen Zahlen. Wir wissen lediglich, dass die ca. 9'300 potentiellen ausländischen Patienten in der Region nicht genügend Behandlungsangebote haben. EPD und

KPK behandeln einen gegenüber der Gesamtbevölkerung überproportionalen Anteil ausländischer Patienten (EPD 30% – KPK 22%, beides ansteigend).

6.1.4. Koordinationsinstrumente der Region Basel

Im Ausländerbereich sind uns folgende Koordinationsgremien bekannt:

Name	Adresse	PLZ	Ort	Telefon
Ausländerkommission BS	JD Rheinsprung	16 4001	Basel	267 80 07
Ausländerkommission BL	JD, Reg.gebäude	4410	Liestal	
Internetz	JD Rheinsprung	16 4001	Basel	267 80 07
AKOD Ressort Prävention	JD Rheinsprung	16 4001	Basel	267 80 07

Dokumentationszentrum www.infonetmigration.ch

Forum für Integrations- und Migrationsfragen BL

Migrationsdelegierter Kt.BS: Thomas Kessler

6.2. Notfälle

Hintergründe von Notfällen

Notfälle dürfen nicht nur unter dem Aspekt der Störfall-Logistik betrachtet werden. Solche Krisen haben eine Vorgeschichte und Bedeutung und stellen prinzipiell auch eine Chance dar. Notfallsituationen sind Verdichtungsmomente, bei oft chronischem Verlauf entsteht bei gegebener auslösender Situation ein Gefühl der Bedrohung. Das spielt sich immer in einem Beziehungsfeld ab, d.h. das Bedrohungsgefühl wird umgesetzt in Drohung gegen andere resp. sich selbst (Suizidgefahr macht bspw. für die Klinik den Hauptanteil der Notfälle aus). Die Dringlichkeit in Notfallsituationen rührt daher, dass die psychische Krise zu einer Regression führt, welche die Fähigkeit vermindert, Aufschübe auszuhalten. Die Dringlichkeit spitzt sich automatisch zu und kann auch explosiv werden.

Häufige Notfallsituationen

Typische Notfallsituationen sind Paarkrisen, akute Psychosen, Suizidalität, Substanzgebrauch (jeweils oft auch in Kombination). Es wird eine Zunahme von Notfallsituationen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (hingegen Konstanz bei Schizophrenie und affektiven Störungen) beobachtet.

Umgang mit Notfallsituationen

Die Klinikeinweisung wegen Suizidgefahr stellt oft ein Beziehungsproblem zwischen Patient und Psychiater dar. Es ist zentral, mit den suizidalen Notfallpatienten in Kontakt zu kommen, statt nur ihre Suizidalität abzuklären. Man muss die Reaktionen in der Situation prüfen und die auslösenden Momente verstehen sowie nächste konkrete Schritte abmachen. Dies kann auch schwierig sein, da die Kliniken eine klare Aussage verlangen, ob jemand suizidal ist oder nicht. Das richtige Verhalten in Notfallsituationen hängt zudem auch von den Ressourcen ab und von der Erfahrung der Ärzte (bspw. Assistenzärzte der EPD). Die Belastung ist auch für die freien Praxen gross, der Notfalldienst macht Angst.

Zunahme der Notfälle?

Im Notfalldienst scheinen generell Notfallsituationen zuzunehmen, die sich aus einer allgemeinen chaotischen Lebensführung ergeben. In der Familie und in den ambulanten Institutio-

nen ist es schwieriger geworden, unsichere Situationen auszuhalten, der Systemdruck – inkl. juristische Folgen – ist gestiegen. Dies führt zu einem heute schmalen Grat: Einerseits darf nichts passieren, andererseits darf man niemanden eingrenzen. In der Klinik ist die Suizidalität nicht häufiger geworden (wenn jemand in die Klinik eintritt, ist die Suizidgefahr meistens schnell sehr reduziert; man fragt sich dann manchmal schon, ob die Aufnahme/ Einweisung zwingend war), hingegen aber die Tendenz, anderen zu drohen. Früher war die Abneigung von Betroffenen und Angehörigen gegenüber einer Behandlung in der Klinik grösser, die Akzeptanz der Klinik ist gestiegen. Die Klinik hat ihr Image bewusst ändern wollen, es ist gut, dass sie heute von Betroffenen anders erlebt wird. Auf der anderen Seite besteht heute dafür ein Überbelegungsproblem. In Krisen zwei bis drei Tage Zeit zu haben, um Weichenstellungen vorzunehmen, kann dennoch sehr hilfreich sein.

Notfälle, Deinstitutionalisierung, Ressourcenallokation

Ein grundsätzliches Problem ist, dass das Nachgeben gegenüber den steigenden Eintrittszahlen dazu führt, dass immer mehr Ressourcen im Akutbereich angesammelt werden – auf Kosten der Ressourcen im ambulanten und rehabilitativen Feld. Es ist fraglich, ob dies sinnvoll ist. Vielleicht wäre es aus langfristiger Optik sinnvoller, gezielt mehr Ressourcen dezentral einzusetzen. Mit der Reduktion der Kliniken hat man über das Ziel hinausgeschossen, da besteht Einigkeit. Es wurden Betten geschlossen, aber die ausgetretenen Patienten kommen immer wieder in die Klinik.

Notfälle und Behandlungsdauer

Psychische Prozesse lassen sich zeitlich nicht beliebig komprimieren, auch die Zeit heilt. Es kann daher nicht immer kürzere Hospitalisationsdauern geben. Auch die Patienten selbst machen heute eher dahingehend Druck, noch in der Klinik bleiben zu können. Zudem darf als Kriterium nicht nur die vorhandene technische und personelle Unterstützung gesehen werden, mit der der heutige Mehraufwand durch Notfalleintritte vermeintlich abgedeckt werden könnte, sondern auch das therapeutische Milieu in der Klinik. Der Patientenwunsch nach längerer Aufenthaltsdauer gilt im übrigen auch für die somatischen Kliniken, nur ein Drittel der Patienten ist bezgl. Aufenthaltsdauer mit den Ärzten kongruent.

Prävention der Notfälle

Hier ist die sozialpsychiatrische Sekundär- und Tertiärprävention besonders wichtig, vor allem bei der Gruppe der Patienten mit sehr vielen Klinikeintritten. Diese werden immer wieder akut krank, man sollte diese Gruppe eventuell anders betreuen. Mit hochfrequenter ambulanter Betreuung kann man sehr viel abfangen, bspw. jemanden in einer Krise alle zwei Tage sehen. Es handelt sich teils um Patientengruppen, die niemand will oder um Gewalt, die zunehmend psychiatrisiert wird.

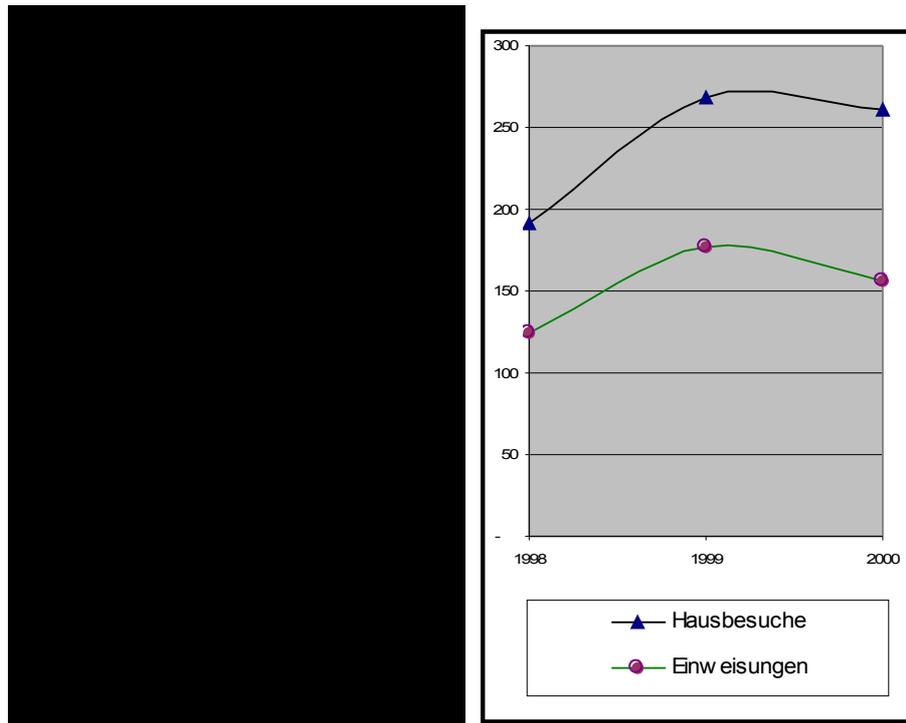
6.2.1. Notfalldienst der EPD und der Psychiater-Fachgruppe

Kantonsweit besteht ein 24-Stundennotfalldienst. 1999 gab es von Seiten der EPD und der freipraktizierenden Psychiater 806 Meldungen. Diese verteilen sich wie folgt:

Notfalldienst	1999
Notfälle der EPD	214
Notfälle des Notfalldienstes der Psychiater	592

6.2.2. Notfälle der niedergelassenen Psychiater

Zum einen sind die niedergelassenen Psychiater in den gemeinsamen flächendeckenden 24-Stundennotfalldienst eingebettet. Zum anderen sehen Psychiater in ihrer Praxis auch zugewiesene und eigene Patienten notfallmässig. Die zahlenmässige Entwicklung des Notfalldienstes der Psychiater-Fachgruppe zeigt einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahme in den letzten drei Jahren:



	1998	1999	2000
Beanspruchungen insgesamt	493	592	692
Beanspruchungen zu Bürozeiten	124	157	187
Hausbesuche	191	268	261
Einweisungen	124	177	156

Der psychiatrische Notfalldienst der Freipraktizierenden ist nicht unproblematisch, auch qualitative Unterschiede lassen sich nicht wegdiskutieren. Viele haben effektiv Angst vor dem Notfalldienst. Im Gegensatz zur Institution ist man alleine. Schliesslich kommt noch hinzu, dass die Hälfte aller Notfallrechnungen nicht bezahlt wird.

6.2.3. Notfälle der Externen Psychiatrischen Dienste

Etwa ein Viertel aller Fälle pro Woche sind dringliche Fälle. Während des Notfalldienstes sind die Ärzte gehalten, keine laufenden Patienten einzuschreiben. Die EPD werden auch ausserhalb für das Auffangen von akuten Notfällen als sehr hilfreich erlebt, Ressourcen fehlen eher bei den „chronischen Notfällen“. Man hat die Spielräume im ärztlichen Bereich zu Lasten des sozialpsychiatrischen Teils ausgebaut. Seit 1991 hat sich die Zahl der Ärzte verdoppelt.

1999 haben 214 Personen die EPD als Notfall resp. zur Krisenintervention aufgesucht. (7.4% aller Meldungen, wobei jedoch lange nicht alle Notfälle ausgewiesen werden). 56% kamen auf eigene Initiative oder wurden durch den privaten Umkreis gebracht. 18% der Meldungen stammen von Hausärzten und 14% von Behörden.

Notfallcharakter haben auch viele der Konsilien an Spitälern. 1999 waren 514 Konsilien an Spitälern und weitere 22 konsiliarische Beratungen zu bewältigen. Dafür wurden 927 Konsultationen aufgewendet (1.7 Konsultationen pro Konsilium).

6.2.4. Notfälle der Kantonalen Psychiatrischen Klinik

In der Klinik gibt es zwei Aufnahmefenster pro Tag, wer zu diesen Zeiten kommt, gilt nicht als Notfall. Die in der Statistik ausgewiesene 70%ige Notfallquote ist definitionsabhängig - trotzdem ist die Quote dieselbe wie im KS Bruderholz. Die Patienten bleiben so lange wie möglich im ambulanten Bereich, und dann muss es plötzlich schnell gehen. Um echte Notfälle handelt es sich etwa bei 30% der Patienten.

Die Zunahme der Notfälle bringt eine zunehmende Überlegung mit sich, in der die Intimität nicht mehr immer gewährleistet ist. Es hängt auch mit diesem Umstand zusammen, dass die für die Aufnahme verantwortlichen Tagesärzte die Dringlichkeit der Aufnahme in Frage stellen müssen. Es stellt sich hier auch die Frage der Anlaufstellenfunktion der Klinik, wofür sie schlecht ausgerüstet ist. Es gibt keine Ressourcen, um Menschen, die selbst in die Klinik gehen wollen, in Empfang zu nehmen – ausser bei bekannten instabilen Patienten, die man schon kennt. Die Klinik kann sich nicht selbst zuweisen. Mit dem Umbau des Altbaus sollen Massnahmen bezüglich Überfüllung getroffen werden (neue Akutstation).

Von 3334 Klinikeintritten der Jahre 1998 bis 2000 erfolgten 73% notfallmässig, von diesen knapp ein Drittel gegen den Willen des Patienten. Die Zahl der Notfalleintritte stieg in den letzten 3 Jahren um 5%-Punkte von 71 auf 76%. Der Anteil von Notfalleintritten nimmt mit dem Alter der Eingewiesenen ab (deutlicher Einbruch ab 65). Bei Asylbewerbern ist der Anteil notfallmässiger Zuweisungen besonders hoch (87%).

Ein geringer Teil aller Noteintritte erhielten eine Zwangsmedikation (6%) oder musste zwangsisoliert werden (7%).

6.2.5. Hausärzte

In Notfällen, d.h. Situationen, die unmittelbares medizinisches Handeln erfordert, wird von der Ärztin sofortige Handlungskompetenz erwartet. Da die Bestimmung, ob ein Notfall vorliegt oder nicht, oft allein von Patientenseite erfolgt, ist der Patient mit seiner subjektiven Einschätzung besonders auf die empathische Haltung und das psychiatrische Wissen des Arztes angewiesen. Hier wird bereits von Balint ein grosses Defizit bei den Hausärzten festgestellt, welches sich in den vergangenen Jahren kaum verändert haben dürfte (s. Kap. 5.3.1).

Über die Häufigkeit psychiatrischer Notfälle in Hausarztpraxen im Kt. BL fehlen Zahlen. Während akute schwere, psychiatrisch relevante Situationen eher selten sind, suchen häufig Menschen in psychischen Krisen den Hausarzt auf und teilen ihm ihr Leid direkt oder „lariert“ mit. Die Ursachen dieser Krisen sind sehr unterschiedlich, oft aber Ausdruck einer psychiatrisch relevanten Krankheit, die eine entsprechende Therapie erfordert (Alkohol, Süchte, Depressionen, Ängste etc.).

Durch die mangelhaften psychiatrischen und psychosomatischen Fertigkeiten der Hausärztinnen sind die Bedürfnisse dieser Menschen nach einer qualifizierten Behandlung häufig ungenügend abgedeckt und führen zu keiner / zu späten Überweisung oder zu medikamentösen Verlegenheitstherapien.

6.2.6. Notfälle in den somatischen Spitälern

Im Kantonsspital Bruderholz werden wegen Suizidalität meist Patienten mit Medikamentenvergiftung hospitalisiert, diese verbringen dann mindestens 12 Stunden auf der Intensivstation. Bei Überbelegung haben die Ärzte aber keine Zeit für eine weitergehende Exploration. Die meisten der suizidgefährdeten Patienten werden vom EPD gesehen - dies wird auch durch unsere Erhebungen bestätigt. Zwei Drittel davon werden anschliessend ambulant, ein Drittel stationär in der Klinik weiterbehandelt. Der Zeitdruck auf der Intensivstation ist gross, man muss schnell entscheiden: Kann der Patient nach Hause, kann er auf die Abteilung oder muss er in die Klinik verlegt werden? Patienten mit Vergiftungen (meist durch Sedativa) sind auf der Abteilung nicht problematisch, psychotische Patienten hingegen stellen für das Spitalpersonal eine Überforderung dar.

Notfallstationen als Filter

Die Notfallstationen der Spitäler stellen einen guten und zweckmässigen dezentralen Filter dar. Bei der gegebenen Niederschwelligkeit wird hingegen bei Alkoholabhängigen ein follow-up verlangt wird, was ein Minimum an Motivation gewährleisten soll. Hingegen ist die früher nicht seltene Zuweisung auf die Notfallstation zur FFE-Einweisung in die KPK seit dem besseren Funktionieren des psychiatrischen Notfalldienstes erfreulicherweise sehr selten geworden.

Akute Belastungsreaktionen und Konsilien

Gemäss der Erhebung psychiatrischer Konsilien erfolgten 23 von 60 (38%) Anfragen wegen einer akuten Belastungsreaktion. Es ist somit anzunehmen, dass etwa 1.5-3% der Spitaleintritte am somatischen Spital psychiatrische Notfälle sind, die meisten davon Suizidversuche.

In der Erhebung bei Patienten im somatischen Spital wurde bei 23% der Patienten eine relevante psychische Störung diagnostiziert. Davon zeigten 12% eine akute psychische Belastungssituation, hochgerechnet auf ein Jahr sind das rund 200 psychiatrische Notfallpatienten in KSB und KSL zusammen. Diese Zahl wird durch psychiatrische Konsilien bei weitem nicht erreicht.

Behandlungsabläufe im Spital

Grundsätzlich können sich bei psychiatrischen Notfallsituationen im somatischen Spital je nach Notfallpatient und -situation folgende Behandlungsabläufe ergeben:

- Ambulante Beurteilung und evtl. Therapieeinleitung auf Notfallstation durch den Notfallarzt, Entlassung in hausärztliche Behandlung oder Vereinbarung einer ambulanten EPD-Konsultation in den Folgetagen (dies ist häufig bei familiären Konfliktsituationen, die einfach beurteilbar erscheinen).
- Ambulante Beurteilung auf Notfallstation mit Notfallkonsilium der EPD, anschließend entweder ambulante Nachbehandlung in den EPD, Hospitalisation auf der somatischen Klinik mit konsiliarischer EPD-Betreuung oder Verlegung in die KPK (häufig bei agitierten oder schwierig beurteilbaren Patienten).
- Stationäre Aufnahme auf die reguläre somatische Station zur „Abkühlung“ der Situation, EPD-Konsilium an einem der folgenden Tage (häufig bei depressiven oder somatoformen Zustandsbildern).
- Vorübergehende Aufnahme auf die Intensivstation bei fast allen Intoxikationen und anderen Suizidversuchen, ausser in ganz wenigen offensichtlich harmlosen Fällen. EPD-Konsilium in der Regel, sobald der Patient auskunftsfähig ist.

6.2.7. Psychiatrische Poliklinik Basel und KIS

Wie auch im Kanton Baselland weisen die Statistiken der Psychiatrischen Universitätspoliklinik in Basel steigende Zahlen auf, dies obwohl die Anzahl psychiatrischer und psychotherapeutischer Praxen im gleichen Zeitraum erheblich zugenommen hat. Die Behandlungszahlen der Kriseninterventionsstation (KIS) weisen eine nur leicht steigende Tendenz auf, da deren Angebot durch die Bettenzahl begrenzt ist und über die Jahre einen hohen Belegungsgrad aufweist (im Durchschnitt 80%).

Bezüglich der Patientenzahl aus dem Kanton Baselland sind nur ungefähre Zahlen möglich. Im Durchschnitt liegen die Patientenzahlen zwischen 15 – 11 % und die Zahl der Konsultationen zwischen 10 und 12 % (ca. 6 Konsultationen pro Patienten verglichen mit 8 Konsultationen pro Patient im Durchschnitt). Dies bedeutet (als Tendenz), dass die Patienten aus dem Kantons Baselland eher nach ersten Kontakten weiter vermittelt werden und nicht in den Institutionen von BS betreut werden.

Patienten und Konsultationen Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel

	1990	1995	1999
Patienten insgesamt	3016	3579	3517
Patienten BL	442 (14,7%)	423 (11,8%)	(ca. 400 = 11,5%)
Konsultationen insgesamt	23`912	28`293	28`680
Konsultationen BL	2390 (10 %)	3439 (12,2%)	(ca. 2900 = ca. 10%)

Pflegetage und Patienten Kriseninterventionsstation Kantonsspital Basel

	1995	1999
Pflegetage	2166	2665
Pflegetage pro Monat	181	221
Eintritte	616	709

Keine Angaben über Patienten aus BL, welche aber nur in Ausnahmefällen aufgenommen werden.

6.2.8. Statthalteramt

Nach Auskunft der Pikettbeamten bestehen grosse Unterschiede im Wissensstand der Ärzte betreffend Voraussetzungen für die Anordnung eines FFE und die Punkte, welche im Zeugnis aufgeführt werden müssen. Bei Allgemeinärzten oder solchen mit wenig Erfahrung müssen die Pikettbeamten häufig genauer nachfragen, ob die Anordnung einer Zwangsmassnahme wirklich notwendig ist, d.h. welche Diagnose gestellt wird, ob eine akute Gefährdung besteht und nur eine stationäre Behandlung möglich ist. Die Einweisungszeugnisse, welche dann vorgelegt werden, sind in der Regel in Ordnung. Die Zahlen sind in den letzten beiden Jahren stabil geblieben:

Zahlen des Statthalteramtes Arlesheim

	FFE 1999	FFE 2000
Basel	11	14
Psychiater	56	44
EPD und KJPD	49	42
KPK	10	20
Allgemeinärzte	20	26
Bruderholz	1	7
Drogenberatung	1	0
Total (StA Arlesheim)	148	153
Total FFE in KPK	243	249

Statthalteramt Arlesheim: Auskunft von akad. Mitarbeiterin lic.iur. I.Pfeiffer

6.2.9. Krankentransport Käch

In den letzten 15 Jahren gab es eine deutliche Veränderung wie von Seiten der Ärzteschaft mit psychiatrischen Notfällen umgegangen wurde: Früher gab es oft lange Diskussionen mit den Patienten bis dann z.B. ein FFE auch tatsächlich durchgeführt wurde. Heute ist das Prozedere meist kurz. Während es früher vor allem Hausärzte waren, die in psychiatrische Notfälle in-volviert waren, sind es heute meist Psychiater. Die Hausärzte sind in der Regel weniger geübt mit diesen Situationen. Der Umbau der Klinik mit der Abschaffung der Wachsäle und der freundlicheren Atmosphäre macht die Begleitungen für die Ambulanzfahrer einfacher. Als nachteilig wird erwähnt, dass freiwillige Eintritte in die Klinik nicht möglich sind. Obwohl bei Käch ein Psychiatriepfleger arbeitet, der als interne Anlaufstelle für psychiatrische Fälle fungiert, werden zusätzlich Weiterbildungen über psychiatrische Krankheitsbilder gewünscht.

Leistungszahlen 1999: Transporte in die KPK

Ab EPD Bruderholz/KSB	44 liegende in KPK
Ab diverse Spitäler (Ita Wegmann, Dornach)	08 liegende in KPK
Ab Domizil	72 liegende in KPK
Sitzende Transporte, insgesamt	80 sitzende in KPK

6.2.10. Medizinische Notfallzentrale (261 15 15)

Tagsüber ist der Dienstweg immer über die EPD. Dies ist ein Umweg, der ziemlich zeitraubend für die Kunden und auch nicht verständlich ist. So kann manchmal Zeit verlorengehen und die Triage via EPD funktioniert nicht immer gut. Auch gibt es immer wieder Zuständigkeitsprobleme, wenn ein Patient von BS wohnhaft in BL auf Besuch ist und nicht mehr transportfähig ist. Dies ist vorallem bei den anliegenden BS Gemeinden der Fall. Es gab früher vermehrt Anrufe mit Alkoholproblemen, diese sind zurück gegangen. Ansonsten wird die Zusammenarbeit als angenehm empfunden.

6.2.11. Kantonspolizei Baselland

Procedere / Probleme bei Einweisungen

Von Klinikseite wird seit einiger Zeit festgestellt, dass Patientinnen und Patienten öfters unter deutlich restriktiveren Massnahmen (Handsellen, Fixierungen auf Tragbaren) von der Polizei in die Klinik gebracht werden. Für die Betroffenen kann das sehr belastende Auswirkungen haben. Der Strategiewechsel bei der Kantonspolizei beruht auf polizeitaktischen Überlegungen: In den letzten Jahren wurde eine zunehmende Gewaltbereitschaft festgestellt, die auch zu Vorfällen mit Folgen für die Mitarbeiter der Kantonspolizei führte. Auf Grund dieser Erfahrungen bekam der Personen- und Selbstschutz eine grössere Bedeutung. Festnahmen erfolgen aber gegenüber früher gezielter und überlegter und mit deutlich weniger brachialer Gewalt.

Von beiden Seiten wird jedoch erwähnt, dass im allgemeinen die Zusammenarbeit zwischen KPK und Polizei sehr zufriedenstellend verläuft.

Zeitliche Beanspruchung am Notfallort

Eine grosse Schwierigkeit besteht oft in der zeitlichen Beanspruchung der Beamten. Das vor allem an den Wochenenden und in der Nacht, wenn im unteren und im oberen Kantonsteil nur je ein Streifenwagen mit je zwei Beamten unterwegs ist. Es gibt Klagen, dass die freipraktizierenden Psychiater sehr unterschiedlich arbeiten und dass es lange dauert, bis sie an den Notfallort kommen. Die Polizei muss dann lange in der teils sehr schwierigen Krisensituation ausharren.

6.2.12. Frauenhaus / Halt-Gewalt

Gewaltbetroffene Frauen berichten oft, dass es nach ihrer Wahrnehmung viel braucht, bis ein Mann 'versorgt' wird. Für sie ist es in bedrohlichen Situationen wichtig, dass sie mit ihren Ängsten (die sie nur bei einer getrennten Befragung preisgeben) ernstgenommen und vor geschützt werden. Wenn der Notfallpsychiater keinen Handlungsbedarf sieht, könnte die Polizei auch einen Polizeigewahrsam anordnen. Hier braucht es Koordination. Es scheint, dass die Ärzte der Klinik oft nicht mit dem Notfallpsychiater, der die Einweisung veranlasst hat, sprechen, sodass es zu keinem Austausch der verschiedenen Einschätzungen kommt. Was nachts sehr bedrohlich war, wird anderntags verharmlost.

Es kommt hin und wieder vor, dass die Opfer häuslicher Gewalt in der Klinik zum Selbstschutz versorgt werden müssen – anstelle des gewalttätigen Mannes. Die Psychiatrisierung von Gewaltopfern hat eine lange Geschichte und wird insbesondere von den Tätern gefördert. Verschiedentlich wird zudem die Gefährlichkeit eines Mannes zuwenig in die Anamnese einbezogen. Es ist bekannt, dass Gewalttäter im Familienkreis sehr angepasst wirken und in anderen Bereichen sich durchaus gut darstellen können. Wenig Ärzte können sich dann vorstellen, dass solche Männer ihre Frauen malträtieren. Nur durch die Befragung der Frauen können diese Tatsachen ans Licht kommen. Beim Vorgehen ist schliesslich wichtig zu beachten, dass keine Symptombekämpfung bei Gewaltopfern (z.B. mit Medikamenten) vorgenommen wird, sondern eine Intervention, die die Gewalt zuerst beendet, die Sicherheit der Frau wiederherstellt und dann eine Behandlung plant. Paarberatung, die sehr gefährlich sein kann, ist ebenso kontraindiziert, es braucht ein getrenntes Setting bei häuslicher Gewalt.

6.2.13. Die Dargebotene Hand (Tel. 143)

Die Angaben beziehen sich auf Erfahrungen mit Baselland. Zu den erbrachten Leistungen gehören Anrufe von Suizidgefährdeten, die an Krisenstellen weiterverwiesen werden, aber auch Anrufe nach stationären Entlassungen, wo der Fokus mehr auf Überbrückungs- und Entscheidungshilfen (Adressen, Motivation, Informationen etc.) gerichtet ist. Häufig sind auch Anrufe von in psychiatrischer Behandlung stehenden Personen in Krise (wenn behandelnde Stelle nicht erreichbar). Auch Angehörige werden oft beraten.

Die Anrufenden sind (Zahlen von 1999) überwiegend Frauen und überwiegend 41 Jahre und älter. 4% sind manifest suizidal. 11% leiden an Depressionen (16% der Mehrfachanrufer), 21% an einer Schizophrenie, 3% befinden sich in einer Belastungsreaktion. Die Anzahl regelmässiger Anrufe von denselben Leuten (davon sind 44% Schizophrene) in einer längerdau-

ernden Krise haben zugenommen. Die Zahlen illustrieren, wie sehr vor allem bei den Mehrfachanrufer psychisch Kranke Menschen bei der Dargebotenen Hand Hilfe suchen und finden.

Zusammenfassung

Die Notfallversorgung im Kanton Baselland funktioniert trotz der Zunahme von Notfallsituation gut und zweckmässig. Die Psychiater haben die Hausärzten hierbei spürbar entlastet. Abgesehen von umrissenen konkreten Verbesserungsmöglichkeiten besteht ein vielfältiges und gut koordiniertes Angebot. Die Thematik der Notfallsituationen und deren Zunahme geht aber letztlich über die konkrete Notfallversorgung hinaus und wird noch zu diskutieren sein.

7. Bestehende Versorgungsangebote

7.1. Bestehende Strukturen, aufgliedert nach Patienten- und Bedarfsgruppen

In diesem Kapitel erfolgt eine Zusammenfassung der Versorgung nach den vorgegebenen Patientengruppen (Wiederholungen kommen vor).

7.1.1. Notfälle und akute Krisen

Gute Versorgung trotz Zunahme

Notfälle gehören in hohem Masse zum psychiatrischen Krankheitsprozess. Dieser Umstand wird durch den hohen Anteil an notfallmässigen Eintritten in die Kantonale Psychiatrische Klinik dokumentiert, der im Jahre 2000 bei 76% lag und in den letzten Jahren angestiegen ist. Schätzungsweise ein Viertel der EPD-Patienten suchen die Hilfe notfallmässig. Durch den Aufbau des psychiatrischen 24-Stunden-Notfalldienstes von EPD und niedergelassenen Psychiatern hat es eine starke Verlagerung der Notfallversorgung von den Hausärzten zu den Psychiatern gegeben. Dennoch spielen die Hausärzte und zum Teil die Notfallstationen der somatischen Kliniken in der Notfallversorgung eine grosse Rolle. Die Telefonnummern 143 und 261 15 15, die Polizei, das Frauenhaus und weitere Institutionen des allgemeinen Sozialwesens leisten grosse Arbeit beim Auffangen psychiatrischer Notfälle.

Notfälle sind Chancen

Notfälle und akute Krisen sind für den Betroffenen, die Umgebung und die Behandelnden eine grosse Belastung. Sie sind aber auch oft hilfreich und notwendig bei der Umgestaltung des Lebens. So sind auch die 1'300 unbehandelten Patienten der somatischen Kliniken als Notfälle zu betrachten.

Gute Notfallversorgung wirkt präventiv

Notfälle und akute Krisen bringen den geordneten Ablauf der Institutionen und Praxen durcheinander. Die zunehmenden Kapazitäten der psychiatrischen Versorgung bringt gute Verbesserungen in der Notfallhilfe mit sich. Eine gute Notfallversorgung hat ein hohes sekundärpräventives Potential für die Betroffenen und eine hohe primärpräventive Wirkung für die Angehörigen. Dies gilt es in vermehrtem Masse zu nutzen.

Die 'neuen' Notfälle

Die zunehmende Dichte der sozialen und psychiatrischen Versorgung, die Vielzahl der Institutionen, bringt aber auch ein neues Phänomen verstärkt hervor: es gibt eine beträchtliche Anzahl Menschen, die sich über die Verursachung von Notfällen sozialisieren oder die ihre Pathologie durch fortgesetzte Inanspruchnahme von Notfallangeboten abhandeln. Die dargebotene Intervention führt dann zu keinem Ergebnis, der Notfall ist nicht der Beginn einer Lebenswende.

7.1.2. Spezifische Behandlung von sozial Integrierten

Aus der Untersuchung von Manz und Argast 1994 wissen wir, dass 37% aller Patienten der niedergelassenen Psychiater als sozial gut integriert gelten, bei 35% wird die soziale Integri-

on als mittelgradig gefährdet betrachtet, bei 28% als ziemlich bis sehr gefährdet bezeichnet. Da man annehmen kann, dass die Situation bei den niedergelassenen Psychologen nur wenig verschieden aussieht¹⁸⁾ und bei den EPD eher ein höherer Anteil an sozial mittel bis schwer desintegrierten Patienten betreut wird, kann festgestellt werden, dass keine Versorgergruppe spezifisch die Behandlung von sozial Integrierten abdeckt. Vom diagnostischen Gesichtspunkt zeigen sozial gut integrierte Patienten häufiger Störungen aus dem neurotischen Formenkreis. Diese sind auch in der Lage, die in der Stadt, im Birsigtal und in Liestal zentrierten ambulanten und stationären Angebote aufzusuchen. (Vergl. 7.3)

Hutzli und Schneeberger (1995) haben gesamtschweizerisch festgestellt, dass nur 14 % aller TherapeutInnen auf dem Land tätig sind. Dort arbeiten doppelt so viele in Institutionen wie in freier Praxis und 50% sind Frauen. 22% der KlientInnen kommen vom Land, wo 47% der Gesamtbevölkerung lebt.¹⁹⁾

7.1.3. Komplexe Behandlung und Betreuung von sozial teilweise oder völlig ausgegrenzten PatientInnen

Behandlung durch die Psychiater

Bei den niedergelassenen Psychiatern werden 28% der Patienten als ziemlich bis sehr gefährdet bezeichnet²⁰⁾. Es lässt sich hochrechnen, dass bei niedergelassenen Psychologen und Psychiatern im Kanton BS und BL ca. 2'600 Personen aus dem Kanton Baselland in Behandlung stehen, die als sozial teilweise oder völlig ausgegrenzt gelten. Bei den völlig ausgegrenzten Patienten sind die Diagnosen ‚Psychose‘ und ‚Sucht‘ stark übervertreten. In diesen Diagnosekategorien werden besonders oft geteilte Betreuungen (unter Einbezug von Tagesklinik, Wohnheimen, geschütztem Arbeitsplatz, Suchtberatungsstelle, Klinik) praktiziert. Der Grad der sozialen Desintegration korreliert hoch mit der Schwere der psychischen Störung. Die Behandlungsintensität in der psychiatrischen Praxis ist hingegen gleich hoch, unabhängig dem Grad der sozialen Integration / Desintegration der Patienten. Je ausgegrenzter ein Mensch ist, desto dauerhafter ist hingegen seine Beziehung zum niedergelassenen Psychiater.

Behandlung durch die Klinik

Grundsätzlich besteht die Schwierigkeit, aufgrund welcher Kriterien man die soziale Ausgrenztheit der Patienten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik definiert. Bezüglich der Erwerbstätigkeit, einem wichtigen Parameter der sozialen Integrität in unserer Gesellschaft, fällt auf, dass von den eintretenden Patienten in die Klinik zwischen 1998 bis 2000 nur gerade 20 % der Patienten voll erwerbstätig sind. Bei 8,8 % wird eine Teilerwerbstätigkeit angegeben. 71,3 % der eintretenden Patienten sind arbeitslos oder sonst nicht erwerbstätig. Die Rubrik der sonst nicht Erwerbstätigkeit bedeutet, dass es sich bei der Erwerbsunfähigkeit nicht um eine vorübergehende Arbeitslosigkeit handelt, bei der aus gesundheitlichen Gründen eine Vermittelbarkeit gewährleistet wäre. In einer Ausbildung befinden sich gerade 4,7 % der zwischen 1998 und 2000 eintretenden Patienten. Zieht man die Erwerbstätigkeit nach Klinikaustritt zu Rate, ändert sich das Bild kaum. 13 % der austretenden Patienten können eine

¹⁸⁾ Resultate der Umfrage einfügen. Die Untersuchung von Hobi hat eine solche Annahme bereits bestätigt.

¹⁹⁾ Lizenziatsarbeit von Hutzli und Schneeberger 1995

²⁰⁾ Untersuchung von Manz und Argast 1995

volle Erwerbstätigkeit aufnehmen, 10 % eine Teilerwerbstätigkeit. Die grosse Mehrheit der austretenden Patienten, nämlich 68 % gelten wiederum als arbeitslos oder sonst nicht erwerbstätig. Der Prozentsatz der sonst nicht Erwerbstätigen vor Eintritt beträgt 64,6 %, nach Austritt 61,2 %. Bei zwei Drittel der zwischen 1998 und 2000 behandelten Klinikpatienten hat somit ein Ausscheiden aus der freien Wirtschaft bereits vor der Klinikbehandlung stattgefunden. Zusätzlich berücksichtigt werden muss eine wohl statistisch nicht erhobene Zunahme von jüngeren Klinikpatienten, welche nie eine Erwerbstätigkeit in der freien Wirtschaft erlangen werden.

Förderungsfaktoren der Desintegration

Die sich in den letzten 10 Jahren deutlich veränderte Wirtschaftslage führt zu Anforderungen einer höher prozentigen Arbeitsfähigkeit, um im freien Markt einem Erwerb nachgehen zu können. Zusätzlich ist durch die Kostenträgerschiebungen im Gesundheitswesen die Tendenz spürbar, die Sozialversicherungen niederschwelliger mit dem Antrag auf eine Berentung in Anspruch zu nehmen. Es gibt z.B. weniger Möglichkeiten, auf anderem Wege geschützte Wohneinrichtungen oder Beschäftigungsprogramme zu finanzieren. Es ist somit eine zunehmend akzentuierte Trennung zwischen dem freien Arbeitsmarkt und den Beschäftigten im geschützten Rahmen mit faktisch fehlenden Wiedereingliederungsmöglichkeiten festzustellen.

7.1.4. Konsiliarpsychiatrie und indirekte Betreuung

Im somatischen Spital

Die Konsiliarpsychiatrie an den somatischen Spitaler wird gänzlich von den Externen Psychiatrischen Diensten erbracht. 1999 haben die EPD 513 Konsilien durchgeführt und dafür 1049 Konsultationen (2 Konsultationen/Konsilium) erbracht. An den Medizinischen Kliniken Lieetal und Bruderholz wurden dadurch 364 von 1'670 Patienten, bei denen ein relevantes psychisches Problem festgestellt worden ist, konsiliarisch betreut. Es wurden also 22% aller ‚psychiatrischen Patienten‘ im Spital fachpsychiatrisch konsiliarisch untersucht.

In den privaten Institutionen

Von einzelnen niedergelassenen Psychiatern wird eine konsiliarische Tätigkeit gegenüber privaten psychosozialen und therapeutischen Institutionen (Alkoholberatungsstellen, Therapeutische Gemeinschaften im Suchtbereich, Arbeitserziehungsanstalt Arxhof, u.a.m.) unterhalten. Private stationäre Einrichtungen (Dauerwohnheime, Übergangswohnheime, therapeutische Wohnheime, u.a.m.) kennen zum Teil die Form der indirekten Betreuung mittels Liaison-Psychiatrie oder Team- und/oder Fallsupervision, die oft ebenfalls von niedergelassenen Psychiatern und Psychologen oder speziell geschulten Fachleuten (Supervisoren) erbracht werden.

Durch Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie kann der Erfahrungshintergrund der Fachkräfte, die in den Praxen sich niedergelassen haben, in Institutionen zurückfliessen. Umgekehrt befruchten die Eindrücke aus den Institutionen den eher rhythmischen Praxisalltag. Die Einbindung von Psychiatern in einen Spitalkonsiliardienst wäre fachlich wünschenswert. Es sind aber grössere logistische Probleme zu überwinden, um diese Ressourcen vermehrt zu nutzen.

7.2. Bestehende Strukturen, aufgegliedert nach den institutionellen Dimensionen

In diesem Kapitel werden die institutionellen Nöte und Probleme abgehandelt werden, aber auch die funktionierenden Elemente beschrieben.

7.2.1. Hausärzte (ambulant, nicht spezialisiert)

Die Hausärzte/innen resp. die sie vertretenden Gesellschaften, insbesondere auch das neu gegründete Kollegium für Hausarztmedizin, setzen sich mit Fragen der ganzheitlichen Betreuung kranker Menschen auseinander. Darunter fallen auch die langfristige Betreuung psychisch Kranker und die Interventionen in Krisensituationen. Die Psychotherapie ist kein erklärtes Angebot der Hausarzt-Medizin, wohl aber die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte und die Diagnostik psychischer Störungen, die eine fachärztliche Behandlung erfordern. Jedem Hausarzt ist zudem klar, dass seine Aufgabe ohne die Berücksichtigung der „kleinen Psychiatrie“ nicht erfüllbar ist.

Diesen Bestrebungen läuft die heute noch gültige Haltung der Medizin zuwider, den Menschen aus somatischer oder aus psychologischer Sicht zu betrachten. Insbesondere an Weiterbildungsstätten besteht noch zuwenig Interesse, diesen Graben zu überwinden, was zur Folge hat, dass zukünftige Hausärzte ungenügend auf ihre spätere Tätigkeit vorbereitet sind und sie sich psychosoziale Kompetenzen autodidaktisch erwerben müssen, falls sie daran interessiert sind.

7.2.2. Sozialdienste (ambulant, nicht spezialisiert)

Die Sozialdienste betreuen und beraten unter ihrer Klientel einen grossen Anteil psychisch Kranker. Man muss davon ausgehen, dass knapp ein Drittel der Sozialdienstklientel an einer deutlichen psychischen Störung erkrankt ist. Wie weit hier die Betreuungsaufgabe der Sozialdienste gehen muss und wieviel Kapazitäten sie dafür haben, ist nicht ganz klar. Klar ist hingegen, dass sie unter Kapazitätsproblemen leiden. Oft ist gerade auch in der Sozialberatung von (chronisch) psychisch Kranken viel know-how nötig, welches bei den Sozialdiensten nicht von vornherein vorausgesetzt werden kann. Die Sozialdienste möchten gerne in einen Gesamtbehandlungsplan miteinbezogen werden. An den Übergängen der Versorgung passiert es immer wieder, dass sie nicht informiert werden (bspw. Klinikaustritt). Hierbei spielen divergierende Interessen (Schweigepflicht versus Zweckmässigkeit) eine Rolle.

7.2.3. Psychiater (ambulant, spezialisiert)

Erreichbarkeit

Das alles dominierende Thema in der Zusammenarbeit der psychiatrisch / psychotherapeutischen Versorgung ist die Erreichbarkeit der niedergelassenen Psychiater. Von fast allen übrigen Versorgungsgruppen und teilweise auch von den Patienten wird diese Klage erhoben. Der Grossteil der Psychiater definiert Telefon-Zeiten (meist 2x eine halbe Stunde pro Tag), in denen er sagt, erreichbar zu sein. Diese Struktur entspricht gut dem Arbeitsablauf in der psychiatrischen Praxis, widerspricht aber vor allem dem viel rascheren Zeittakt des Hausarztes und der Institutionen. Einige Praxen sind daher zu einer Diversifizierung des Kommunikationsan-

gebotes durch Fax, Natel und sogar direkter Erreichbarkeit während der Sprechstunde übergegangen. Zumindest teilweise wurde die Erreichbarkeit deutlich verbessert.

Fallkostendurchschnitt

Die Psychiater haben, wie andere ärztliche Fachgruppen, immer wieder mit dem Problem des sog. Fallkostendurchschnittes zu kämpfen. Dieses Instrument wird vom Konkordat der Schweizer Krankenkassen zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eingesetzt, zu der die Ärzte vom Krankenversicherungsgesetz verpflichtet sind. Das Instrument der Fallkostenberechnung penalisiert aus Systemgründen stets einen Teil jeder Fachgruppe. Durch Unterschiede in der Zusammensetzung der Patienten in den einzelnen Praxen, aber auch durch Unterschiede im Ausbildungsstand und therapeutischer Ausrichtung der einzelnen ärztlichen Psychotherapeuten bilden die Fallkostendurchschnitte der einzelnen Praxen in der kantonalen Zusammenstellung die Form einer Gaus'schen Kurve. Da die Praxen, die jenseits der 120% Marke liegen (also deren Fallkostendurchschnitt mehr als 20% vom kantonalen Durchschnitt abweicht), potentiell mit dem Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit konfrontiert sind (und mit Geldrückforderungen in grosser Höhe zu rechnen haben), löst dieses Messinstrument immer wieder grosse Verunsicherungen aus.

Patienten und Methoden

In heute etwas mehr als 70 Psychiatriepraxen werden über 5'000 Patienten jährlich betreut.

Ein Drittel der Patienten stammen aus der ausserkantonalen Region ²¹⁾.

19% der Psychiater sind Frauen. 85% aller Praxen bestehen seit längstens 12 Jahren. 95% der Psychiater praktizieren einen tiefenpsychologisch begründeten Arbeitsansatz. Keiner der Psychiater bezeichnet sich als Verhaltenstherapeut (bei den Psychologen sind es 22%). 37% nennen sich ‚Psychoanalytiker‘, 34% ‚Psychotherapeut‘ und 15% ‚System-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapeut‘ ²²⁾.

Administration

Nicht nur die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch diese, erstickt immer mehr unter den administrativen Anforderungen, die zum grossen Teil als unsinnig erlebt werden und als Ausdruck einer immer tiefergreifenden Kommunikationsproblematik in unserer Gesellschaft interpretiert werden muss. Mit schriftlichen Berichten und Rechtfertigungen aller Art versuchen die Vielzahl von Kontrollinstanzen, ihrer Aufgabe nachzukommen, ohne einen echten Kontakt zur Materie herstellen zu müssen und aus vertiefter Kenntnis heraus zu gestalten und kontrollieren. Im institutionellen psychosozialen Bereich ist diese Problematik noch gravierender. Wir sind daran, kafkaeske Schlösser zu bauen, in denen sich auch gut strukturierte Menschen nicht mehr zurecht finden können.

7.2.4. Psychologen (ambulant, spezialisiert)

Die Versorgungsschwerpunkte der freipraktizierenden Psychologen sind sehr heterogen. Die Tätigkeiten umfassen u.a.: Suchtbehandlung, Altersbetreuung, Kinder- und Erwachsenenpsy-

²¹⁾ Untersuchung von Manz/Argast 1995

²²⁾ Untersuchung von Hobi 1998

chotherapie, Therapie und Betreuung in einer Fremdsprache, Prävention, Polizei- und Krisenarbeit, Ausbildung, Straftäterbehandlung, etc..

Resultate der Folgeplanung I

Die Psychologen wurden in der Folgeplanung I kaum beachtet. Im Bericht werden an verschiedenen Stellen Absichtserklärungen festgehalten, beispielsweise: "Es werden Wege gesucht, um den privaten Praxen noch mehr Übernahmen von sozial schwierigen Patienten zu ermöglichen." Mit den psychologischen Psychotherapieverbänden fand keine Koordination statt. Die Datei der Therapieplatzvermittlung des VPB weist Spezialitäten wie Sucht-, Kinder-, Jugend- und Altersbehandlungen, sowie Behandlung von Psychiatriepatienten aus. Das vorgeschlagene Lösungsmodell (Kostenübernahme durch den EPD), das auch für Suchtpatienten in Betracht gezogen wurde, wurde nicht verfolgt. Das in der Folgeplanung I vorgeschlagene Lösungsmodell der Kostenübernahme durch die Institutionen ist immer noch prüfenswert, hat sich doch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen noch eher verschlechtert.

Patienten und Methoden

In heute etwas mehr als 45 Psychologenpraxen werden über 1'900 Patienten jährlich betreut. Ein Drittel der Patienten stammen aus der ausserkantonalen Region. 51% der Psychologen sind Frauen. 70% aller Praxen bestehen seit längstens 12 Jahren. 54% der Psychologen sind in einem tiefenpsychologisch begründeten Arbeitsansatz ausgebildet, 28% in einem solchen aus dem Gebiet der Gesprächs- und Gestalttherapie und 11% in einem verhaltenstherapeutischen / kognitiven Ansatz. 22% der Psychologen bezeichnen sich als Verhaltenstherapeuten, 33% nennen sich ‚Psychoanalytiker‘, 30% ‚Psychotherapeut‘ und 5% ‚System-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapeut‘²³⁾.

7.2.5. EPD (ambulant, spezialisiert)

Schwerpunkte und Komplementarität

Die Grundphilosophie der EPD ist es, ein Betreuungs- und Beratungsangebot zu bieten, das komplementär ist zu demjenigen der psychiatrischen Praxen. Die Versorgungsschwerpunkte der EPD sind Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, therapeutische Angebote, die in den Praxen zu wenig oder gar nicht angeboten werden (Paar- und Familientherapie, kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze, Debriefing und Psychotraumatologie, Sexualtherapie, körperorientierte Therapieformen, Gruppentherapien, Angebote für Patienten, die eine komplexe Behandlung unter Einbezug mehrerer Berufsgruppen brauchen, komplementärmedizinische Angebote), Konsiliar- und Liaisondienst in den Spitälern und Altersheimen sowie Gutachten. Weitere Schwerpunkte der EPD sind: Die Betreuung von chronischen Patienten, die v.a. in den Gemeindepsychiatrieteams erfolgt, bestehend aus langjährigen erfahrenen MitarbeiterInnen aus Pflege und Sozialarbeit und die halbstationären Angebote in Form der Tageskliniken mit rehabilitativer Zielsetzung und des Tageszentrums in Liestal für die Vermittlung einer gewissen Tagesstruktur.

²³⁾ Untersuchung von Hobi 1998

Schnittstellenfunktion

Die EPD als Schnittstelle aller an der psychiatrischen Versorgung Erwachsener beteiligten Institutionen haben eine wichtige Funktion als Koordinations- und Triagestelle. Dazu gehört: Triage und Übernahme von Notfällen, Verteilung von Patienten intern oder an andere Institutionen wie niedergelassene Psychiater und Psychologen, Alkoholberatungsstellen oder andere Beratungsstellen, Beratung von Angehörigen, Hausärzten, Amtsstellen, anderen Beratungsstellen etc..

Kapazitäten

Obwohl die Kapazitäten der EPD sowohl qualitativ als auch quantitativ (1990:1130 Patienten; 1999:2896 Patienten) laufend ausgebaut wurden bei gleichzeitiger Steigerung des Kostendeckungsgrades von 27% 1992 auf 54% 1999, konnten seit ca. 1995 nicht mehr alle Patienten, die eine Behandlung wünschten, an den EPD behandelt werden. Sie wurden an niedergelassene TherapeutInnen weitergeleitet.

Tagesklinik

Mit der Eröffnung der Tagesklinik Münchenstein 1998 ergänzt durch ein kleines ambulantes Angebot und der Erweiterung der Beratungsstelle Bruderholz um ein Stockwerk mit der entsprechenden personellen Aufstockung auf 1.1.2000 hat eine gewisse Anpassung der Versorgungsstrukturen an die bevölkerungsmässige Verteilung zwischen dem oberen und dem unteren Kantonsteil stattgefunden (oberer Kantonsteil ca. 96000 Einwohner, unterer Kantonsteil ca. 176000 Einwohner).

Spezifische Angebote

Psychosomatische Angebote und Zusammenarbeit bestehen bei Essstörungen/ Ernährungsberatung und bei chronischen Schmerzstörungen. Nicht oder nur teilweise beantwortet werden konnten Anfragen bezüglich Psycho-Onkologie, Diabetikerberatung, Orthopädie (komplizierte Verläufe), Abhängigkeitsprobleme. Die EPD sehen ihre Aufgabe wie seit jeher und in den letzten Jahren noch verstärkt in einem komplementären Angebot zu den niedergelassenen Ärzten. Das Schwergewicht verlagert sich zunehmend auf Krisen und Notfallpsychiatrie, Migranten-Psychiatrie (ca. 30%), Gutachtenwesen, Betreuungen in Gefängnissen und Altersheimen, Demenzabklärungen und Betreuungen inkl. Angehörigenunterstützung, Substanzabhängigenbetreuung, Betreuung chronisch Psychischkranker und Behinderter. Entsprechend ist auch das Therapieangebot der EPD insgesamt komplementär ausgerichtet: Zahlreiche Gruppentherapieangebote für klassisch-psychiatrische Störungen, psychosomatische Krankheiten und insbesondere für Migranten, Sexual-, Paar- und Familientherapie, Psychotraumatologie, Komplementärmedizin.

Probleme: Angebotsvielfalt

Zu den Problemfeldern aus EPD-Sicht gehören: Zunehmender Bedarf psychiatrischer Leistungen bei knappen finanziellen Ressourcen. Zunehmende Forderung nach spezifischen therapeutischen Angeboten für Essstörungen, in der Psychotraumatologie, Sexualtherapie, Schmerzpatienten, Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus, Betreuung von onkologischen Patienten etc., was einen hohen professionellen Standard

erfordert und was oft im Widerspruch steht zur Situation als Institution mit Ausbildungsaufgaben und damit einem grossen Anteil an unerfahrenen Mitarbeitern, die sich zuerst basale Kenntnisse erwerben müssen, bevor sie mit den schwierigsten Situation konfrontiert werden können.

Probleme: Burn-out

Der Widerspruch zwischen schwierigem Patientengut mit breiter Problempalette und hohen Forderungen an therapeutische Standards einerseits und dem hohen Anteil an unerfahrenen MitarbeiterInnen in Ausbildung andererseits an die Institution ist mit der Gefahr des Burn-out für die Kaderleute verbunden. Hier muss darauf geachtet werden, dass das Verhältnis von Auszubildenden und Festangestellten in einem ausgewogenen Verhältnis steht.

Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Traumatisierung durch Unfälle und Katastrophen aber auch durch Gewalterfahrungen im Alltag und in Kriegsgebieten). Auch professionelle Helfer sind solchen Erfahrungen ausgesetzt und brauchen Unterstützung. Die EPD kamen in den letzten zwei Jahren verschiedentlich in solchen Situationen zum Einsatz z.B. auch beim Cliques-Unfall am Gempfen im Herbst 1999. Mittlerweile wurden die EPD ins Katastrophendispositiv des kantonalen Krisenstabes einbezogen und haben bereits eine erste Alarmübung hinter sich. Ein entsprechendes Konzept ist praktisch fertiggestellt.

7.2.6. Tageskliniken (teilstationär, spezialisiert)

Trotz Eröffnung einer Tagesklinik im unteren Kantonsteil und Eröffnung eines Tageszentrums in Liestal sind die halbstationären Einrichtungen chronisch überbelegt. Vor allem Munchenstein hat eine Warteliste; die Aufnahmekapazität gegenüber der Klinik ist nicht immer befriedigend. Ein weiterer Ausbau ist notwendig.

7.2.7. somatische Kliniken (stationär, nicht spezialisiert)

Häufigkeit psychischer Störungen

In den somatischen Kliniken werden regelmässig Patienten mit psychiatrischen Problemen aufgenommen. In den letzten 5 Jahren hatten 4-7% der Patienten, welche in die Medizinische Universitätsklinik Liestal eingetreten sind, die Hauptdiagnose "Psychische und Verhaltensstörung". In der Medizinischen Klinik des Bruderholzspitals waren wurden 7-8% aller Patienten 1999 und 2000 mit der Hauptdiagnose 'Psychiatrische und psychogene Störung' erfasst. Um die Zahl der Patienten und deren psychiatrische Leiden besser abschätzen zu können, führten wir an den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Bruderholz und Liestal eine systematische Patientenerhebung bei insgesamt 748 konsekutiven Patienten durch. Gemäss dieser Erhebung durch die medizinischen Oberärzte war bei 8.7% der Patienteneintritte die psychische Störung das Hauptproblem und bei 14.2% ein relevantes Nebenproblem.

Diagnosenspektrum

An beiden Kliniken waren depressive Störungen die häufigste Diagnose (28.4% der Patienten mit psychischem Leiden). Die zweithäufigste Diagnose am KSB war die Alkoholabhängigkeit (23.1%) und am KSL die Demenz (23.4%).

Bedarf und Anzahl Konsilien

Extrapoliert auf ein ganzes Jahr hatten 1670 Patienten (KSL und KSB) ein relevantes psychisches Leiden. Erstaunlicherweise wurden nur 18% von diesen Patienten (306/1670) durch den EPD fachärztlich konsiliarisch beurteilt. Ob dies auf die grosse Eigeninitiative der Internisten bei der Behandlung von psychiatrischen Leiden, oder auf eine beschränkte Verfügbarkeit der EPD zurückzuführen ist, bleibt offen. Tatsache ist, dass erfahrene internistische Oberärzte dem jungen unerfahrenen Psychiatrieassistenten nicht immer zutrauen, eine kompetente diagnostische Beurteilung und differenzierte therapeutische Vorschläge zu machen. Aus der Sicht einiger Internisten wird eine Beurteilung der Patienten durch einen Facharzt (Oberarzt) gewünscht. Dies könnte durch eine Supervision der Konsiliarassistenten am Krankenbett durch den Psychiatrie-Oberarzt geschehen.

Gleichzeitige psychische und somatische Erkrankung

Unbefriedigend ist auch die häufige Verschiebung von Patienten zwischen der Kantonalen Psychiatrischen Klinik und der Medizinischen Klinik. Diese Situation könnte durch einen medizinischen Konsiliararzt an der KPK verbessert werden. Patienten mit gleichzeitig relevantem somatischem und psychischem Leiden (Beispiel: Pneumonie und akute paranoide Psychose) sind selten, stellen jedoch ein grosses Problem dar. Vor Stabilisation ihrer somatischen Krankheit können sie nicht in die KPK verlegt werden. Die EPD stehen zwar beratend zur Seite, das notorisch niedrig dotierte Pflegepersonal ohne Spezialausbildung ist aber schon mit einem unruhigen oder suizidalen Patienten, vor allem nachts, überfordert. Für solche Situationen sollte die Möglichkeit einer Anforderung von spezialisiertem Pflegepersonal aus einem Pool geprüft werden, analog dem Nachtwachenpool.

Suchtpatienten

Für die auf den somatischen Kliniken überwiegenden Patienten mit Suchtproblemen, welche häufig notfallmässig wegen einer somatischen Krise eintreten, sind unbedingt vernetzte Therapieangebote mit frühzeitiger Planung der Nachbetreuung angezeigt. Für diese Gruppe wie auch für Patienten mit Depressionen oder somatoformen Störungen sollten strukturierte Tagesprogramme mit Einbezug von Physiotherapie und Ergotherapie geplant werden.

Unübersichtlichkeit des Versorgungsangebotes

Assistenzärzte und Oberärzte der somatischen Kliniken wechseln im Rahmen ihrer Ausbildung häufig ihre Stelle. Das grosse Angebot an ambulanten und stationären Programmen für die verschiedenen psychiatrischen Patientengruppen ist daher für den somatisch tätigen Arzt nicht überschaubar, auch wenn ihm ein Kompendium in Buchform zur Verfügung gestellt wird. Dasselbe gilt für den EPD-Assistenten in Ausbildung. Auch die Sozialdienste kennen nur Teile des Angebots aus eigener Erfahrung. Damit der einzelne Patient der optimalen Nachbetreuung zugeführt wird, braucht es erfahrene Konsiliarpsychiater, welche über längere

Zeit die lokalen Verhältnisse und Angebote aus eigener Erfahrung kennen und somit optimal triagieren können.

7.2.8. Kantonale Psychiatrische Klinik (stationär, spezialisiert)

Leistungsauftrag

Die KPK ist laut Leistungsauftrag für die stationäre psychiatrische Versorgung der gesamten Kantonsbevölkerung zuständig. Dank einem Spitalvertrag ist sie auch allgemein für Einwohner des Kantons Solothurn zugänglich, was von den nahegelegenen Gebieten dieses Kantons recht rege benutzt wird. Sonst erreichen die ausserkantonalen Patienten keine nennenswerten Zahlen, denn der erhöhte Tagessatz wird nur bei Zusatzversicherungen vergütet.

Aufnahmepflicht

Die Klinik hat die Verpflichtung, alle Patientinnen und Patienten aufzunehmen, bei denen eine stationäre psychiatrische Behandlung indiziert ist und für diese alle nötigen Behandlungen anzubieten, bestimmte Spezialisierungen ausgenommen (z.B. längere Entwöhnungsbehandlungen oder spezifische Programme für erwachsene Patientinnen mit Essstörungen).

Klinikangebote

Dafür stehen zur Zeit (März 2001) 186 Betten zur Verfügung (ohne Wohngruppe des KJPD). Die Klinik ist in drei Bereiche eingeteilt, welche im Leistungsauftrag auch eigene Aufgaben zugewiesen bekommen.

- Akutpsychiatrie mit 57 Betten in drei Abteilungen
- Alterspsychiatrie mit 72 Betten einer Aufnahmeabteilung, welche auch allgemeinspsychiatrische Akutaufgaben übernimmt (inkl. Entzugsbehandlungen von Alkoholabhängigen) und zwei Langzeitabteilungen
- Rehabilitation mit 57 Betten in drei Abteilungen

Problem Bettenbelegung

Von Bundesseite wird den psychiatrischen Kliniken als Standard eine Bettenauslastung von mindestens 95% vorgegeben. Diese Schwelle hat die KPK in den letzten Jahren überschritten. Bei genauerem hinsehen ist jedoch diese Vorgabe für eine Institution mit Akutabteilungen deutlich zu hoch gegriffen: Wegen der Fluktuation der Aufnahmen impliziert diese Schwelle, dass längere Zeiten mit Belegungen über 100% durchlaufen werden müssen. Das bedeutet schlechte Milieubedingungen für die Patienten und Verschleiss beim Personal. Es war unter anderem diese Vorgabe, welche 1999 die Klinik bei sinkender Belegung im Altersbereich zu einer raschen Aktion zwang, um eine von drei Langzeitabteilungen zu schliessen. Seither ist die Klinik fast ständig überbelegt.

Notfälle und FFE

Die Klinik nimmt jederzeit Notfälle auf und übernimmt fürsorgliche Freiheitsentziehungen. Der Anteil von FFE-Zuweisungen bewegt sich, nach zunehmenden Ziffern vor einem Jahrzehnt, jetzt um 22%. Die Zahlen der Zwangseinweisungen gemäss FFE streuen im interkantonalen Bereich recht weit. Der Kanton BL scheint im Mittelfeld zu liegen. Ein wesentlicher Teil der Unterschiede liegt in der juristischen Prozedur und in der Terminologie: Kantone, die

eine vorläufige ärztliche Zwangseinweisung kennen, zählen eine FFE erst, wenn eine behördlichen Verfügung notwendig wurde, und haben dann bedeutend geringere Zahlen.

Aufnahmepflicht und therapeutisches Milieu

Die Aufnahmeverpflichtung bestimmt die Struktur und die Anforderungen an das Milieu in hohem Masse: Die Klinik muss durchgehende Aufnahmebereitschaft gewährleisten. Nur knapp 30% der Eintritte kann regulär erfolgen. Regulär bedeutet, dass die Aufnahme nach Anmeldung des Patienten mit einem Aufschub von einem halben Tag bis zu einem Tag, selten länger, geplant werden konnte. Die Mehrzahl der Eintritte – über 70% - kommt notfallmässig, muss vom Tagesarzt aufgenommen und später an die reguläre Behandlungsequipe der Abteilung weitergegeben werden. Es gibt in dieser Notsituation kaum Vorabklärungen über das Behandlungsart und -Ziel, viele Patienten sind in dieser Situation nicht in der Lage, Absprachen zu treffen. Da psychische Krisen eher selten von einem Moment zum andern ausbrechen, sondern sich meistens in gewisser Zeit entwickeln und sich über mehrere Stufen "aufheizen", muss hier ein Problem gesehen werden: Kann effiziente fachliche Hilfe im Schnitt schon in früheren Stadien von Krisenentwicklungen einsetzen? Wäre also mehr Prävention von oft sehr belastenden Einweisungen, nach destruktivem Agieren, möglich?

Die Heavy-User

Unter ‚Heavy-Usern‘ bezeichnen wir diejenigen Patienten, die 10 mal und öfters in die KPK eingetreten sind. Sie setzten sich im Zeitabschnitt 94-97 fast ausschliesslich aus den Diagnosegruppen F2 (Schizophrenie), F3 (affektive Störungen) und F6 (Persönlichkeitsstörungen) zusammen. Im Zeitabschnitt 98-2000 sind die affektiven Störungen aus dieser Gruppe ausgeschieden. Eine Erklärung für dieses Phänomen haben wir bisher nicht gefunden.

Selbstredend sind ‚Heavy-User‘ grösstenteils nicht erwerbstätig. Immerhin jeder Sechste geht aber immer noch einer Arbeit nach (Messintervall 98-2000). Insofern hat sich die Arbeitssituation der ‚Heavy-User‘ zwischen 94/97 und 98/2000 deutlich verbessert, waren doch 94/97 lediglich jeder Zwölfte teil- oder voll erwerbstätig.

Schweizer sind übervertreten, die Patienten ausländischer Herkunft haben hingegen zwischen 94/97 und 98/2000 deutlich aufgeholt (Faktor 6!). Das Geschlecht ist im Zeitabschnitt 98-2000 kein Qualifikationsmerkmal, hingegen finden sich in den Jahren 94-97 signifikant häufiger Frauen unter der ‚Heavy-User‘. ‚Heavy-User‘ sind überwiegend ledig oder geschieden, mehr als die Hälfte hat eine IV-Rente, sie werden seltener per FFE eingewiesen, kommen aber häufiger als ‚Notfall‘ zum Eintritt. Die Aufenthaltsdauer pro Klinikeintritt dauert überdurchschnittlich lange. Demzufolge ist das ‚klinikfreie Intervall‘ kürzer. Die ‚Heavy-User‘ sind überdurchschnittlich oft bebeiständet oder bevormundet, auch wenn zwei Drittel mündig geblieben ist. Zwangsmedikationen und –isolationen kommen nicht signifikant häufiger vor. Auch bei den ‚Heavy-User‘ haben die Behandelnden bei Klinikaustritt in mehr als der Hälfte der Fälle den Eindruck einer guten Besserung der Symptome. Der Austritt erfolgte 94-97 überdurchschnittlich oft durch den Patienten forciert. Dies hat sich 98-2000 normalisiert.

‘Heavy-User’ sind gehäuft im Altersinterwall 40 bis 60 anzutreffen, vorher und nachher sind sie untervertreten. Dies ist zum Teil ein Artefakt der Tatsache, dass es selbstredend einige Jahre braucht, bis man häufiger als neun Mal in die KPK eingetreten ist. Psychische Störungen ‚brennen‘ mit dem Alter häufig ‚aus‘. Dies ist neben dem Umstand, dass nach 65 die Alters- und Pflegeheime ältere Chronischkranke übernehmen ein Grund des prozentualen Rückganges der ‘Heavy-User’ über 60.

Die Zahl der ‘Heavy-User’, die in einer Institution ausserhalb der KPK wohnen, hat zwischen 94-97 und 98-2000 deutlich zugenommen. Der prozentuale Anteil der Heavy Users an den Eintritten in die Kantonale Psychiatrische Klinik zwischen 1998 und 2000 beträgt 12,7 %.

Ambulante Nachbehandlung der Heavy Users

Auch bei den Heavy Users kommen die Behandelnden bei Klinikaustritt in mehr als der Hälfte der Fälle zur Einschätzung einer guten Besserung der zur Klinikeinweisung führenden der Symptome. Damit stellt sich die Frage, ob eine Veränderung der ambulanten Nachbehandlung ggf. die Intervalle zwischen den Hospitalisationen verlängern könnten und vorbeugend erneute Hospitalisationen verhindert könnten. Es besteht der Eindruck, dass eine zunehmende Zahl von über 10 Mal hospitalisierten Patienten in eine Nachbehandlung an einen niedergelassenen Kollegen vermittelt werden, obwohl sich die Externen Psychiatrischen Dienste als Institution mit ihrem multidisziplinären Mitarbeiterteam und ihren manigfaltigen Vernetzungsmöglichkeiten anbieten, entsprechende Nachbehandlungskonzepte zu entwickeln. Es fragt sich, wie weit bei den bestehenden Ressourcen und den aktuellen Schwerpunkten der Externen Psychiatrischen Dienste, eine längerfristige engmaschige Betreuung der Heavy Users durchführbar ist.

Schutz, Sicherheit und Zwang

Die Klinik muss gemäss ihrem Auftrag nicht nur Behandlung sondern auch Schutz und Sicherheit gewährleisten und notfalls mit Zwang vorgehen. Laut neueren Bundesgerichtsurteilen bietet die FFE keine hinreichende gesetzliche Grundlage für Zwangsbehandlungen (eine FFE-Verfügung ist nur die Grundlage für den Zwangsaufenthalt). Hier besteht eine Gesetzeslücke, die der Kanton mit gewisser Dringlichkeit noch füllen muss. Die Erwartungen an den Umgang mit dieser Aufgabe sind von Seite der Öffentlichkeit wie von fachlicher Seite deutlich gestiegen.

Situation auf den Akutabteilungen

Die genannten Umstände lenken im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Fragestellungen die Aufmerksamkeit auf den Akutbereich der Klinik. Deren Stationen müssen vor allem die Patienten in ständig steigender Zahl entgegennehmen. Bei den Eintrittszahlen in den Akutbereich der KPK ist zwischen 1990 und 2000 eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Wurden 1990 530 Patienten aufgenommen, waren es im Jahre 2000 907, was einer Zunahme von 71% entspricht. Die Bettenkapazität hingegen blieb praktisch unverändert. Gerade ein Bett (von 56 auf 57) konnte bei der Eröffnung der 3. Akutstation im Jahre 1999 dazu gewonnen werden, denn bei der Festlegung der Planungsprinzipien, die Anfang der letzten Dekade noch auf der Folgeplanung I basierten, hatte man keine nennenswerte Bedarfsteigerung mehr erwartet. Die

mittlere Aufenthaltsdauer im Akutbereich ist von 32,4 Tagen im Jahre 1990 auf 21 Tage im 2000 gesunken.

Interne Verlegungen

1990 sind noch 89 % der Patienten direkt vom Akutbereich wieder aus der Klinik ausgetreten – bei kurz- und mittelfristigen Aufenthalten gab es, um die Kontinuität zu halten, praktisch keine Verlegungen. Im Jahre 2000 waren es noch 83 % Direktaustritte. Verlegungen aus Kapazitätsgründen sind seither zum Alltag geworden. Durch eine strukturelle Veränderung der offen geführten Altersakutabteilung mit deutlicher Senkung des Aufnahmealters und einer stetig kürzeren Verweildauer konnten mehr Patienten der Akutstationen oft nur nach wenigen Tagen auf diese Altersakutabteilung verlegt werden. Diese Akutabteilung des Altersbereichs ist zunehmend in der Lage, auch PatientInnen direkt aufzunehmen (siehe entsprechender Abschnitt im IST-Bericht des Altersbereiches). Auch Verlegungen von mittelfristig hospitalisierten Patienten in den Rehabilitationsbereich sind deutlich häufiger. Die angegebenen Faktoren zwingen dem Akutbereich eine auf Kurzfristigkeit angelegte Arbeitsweise auf, in welcher wesentliche Qualitätsmerkmale - Beziehungsarbeit, Kontinuität, Vernetzung, therapeutisches Verständnis, Lernen im Milieu – immer schwerer zu halten sind. Hier sind strukturelle Korrekturen auf die Dauer notwendig.

Geschlossene Abteilungen

Die geschlossenen Zonen sind in der Klinik kleiner geworden: Zur Zeit sind dies vor allem noch die Intensivpflege-Gruppen (IPG) der drei Akutabteilungen (27 Betten), sowie eine Langzeitabteilung des Altersbereichs (21 Betten). insgesamt etwa $\frac{1}{4}$ der Klinikplätze sind geschlossen. Schutz ergibt sich aber nicht allein und nicht in erster Linie durch geschlossene Türen, sondern vor allem durch ein intensives Beziehungsangebot und professioneller Beobachtung und Beurteilung, sowie durch ein tragendes therapeutisches Milieu.

Aufhebung der Wachsäle

Dank des im August 1999 abgeschlossenen Projektes "Dritte Akutstation" mit Umbau des neueres Gebäudes Haus B (Haus 7) – ein erfülltes Postulat der ersten Folgeplanung - wurde der Akutbereich von vor dem 2 Abteilungen mit je 28 Betten auf drei Abteilungen mit je 19 Betten verteilt. Dabei konnten die Wachsäle aufgehoben werden. Die umgebauten Räume haben die Situation im Akutbereich grundsätzlich sehr verbessert. Das Hauptproblem liegt heute in der Zunahme der Eintritte. Sie führte seit der Eröffnung der umgebauten Abteilungen 1999 zu chronischer Überbelegung, welche man trotz verschiedener Massnahmen zur Erweiterung der Aufnahmen im Alters- und Rehabilitationsbereich nicht vollständig auffangen konnte. So konnten die erhofften neuen Raumqualitäten bisher nur teilweise gelebt werden.

Therapeutisches Milieu

Wesentliche Ressource und Basis der stationäre Therapie ist eine angemessene Organisation der Abteilungen, um welche es ein ständiges Bemühen gibt. Die Prinzipien des therapeutischen Milieus sind grundsätzlich dieselben, wie sie im Psychiatriekonzept angegeben und in der Folgeplanung bestätigt wurden. Natürlich braucht es ausreichend personelle Kräfte, um in Beziehungsprozessen arbeiten zu können. Die professionellen Anforderungen und administra-

tiven Belastungen steigen. Personal konnte im Akutbereich mit der steigenden Belegung auch aufgestockt werden, dennoch bleibt die Drucksituation bestehen.

Schwerpunkte der Akutabteilungen

Die Strukturen der stationären Behandlung der KPK haben sich in den letzten Jahren, namentlich mit dem Umbau des Akutbereiches, der eine gemischtgeschlechtliche Führung der Abteilungen ermöglichte, wesentlich differenziert. Dies geschah für die Akutabteilungen, inkl. Aufnahmeabteilung des Altersbereiches durch eine Bildung von unterschiedlichen Schwerpunkten. Mit diesem Begriff ist eine Aufnahmepriorität für PatientInnen mit dem Schwerpunktmerkmal auf der betreffenden Abteilung gemeint, welche im übrigen mehrheitlich unselektierte allgemeinspsychiatrische PatientInnen übernimmt. Es wurden folgende Schwerpunkte gebildet:

- Sucht allgemein, Selbstgefährdete und Notfälle (B3)
- Sucht: legale Suchtmittel (B4).

Dank dieser Suchtschwerpunkte wurden die Kompetenz der Klinik und die Zusammenarbeit mit den ambulanten Suchtberatungsstellen deutlich intensiviert und vertieft.

- Jugendliche. Diese werden im Abteilungsrahmen unter der Leitung des KJPD behandelt. Damit wurde ein Postulat der ersten Folgeplanung erfüllt.
- Halbprivate und private PatientInnen (B1). Auf derselben Station werden auch gezielt Komplementärmethoden in der Pflege entwickelt und eingesetzt. Das Angebot richtet sich an KantonseinwohnerInnen mit Zusatzversicherung und nicht etwa an ein exklusives Publikum. Im Gegensatz zu Privatkliniken sind Aufnahmen von Notfällen und von besonders Gefährdeten möglich.

Das Zusammentreffen von spezifischen mit allgemeinspsychiatrischen Patientengruppen auf der selben Abteilung erweist sich als ein anspruchsvolles Problem in der Führung der Station, welches aber mit den zur Verfügung stehenden und eingespielten milieutherapeutischen Mitteln, namentlich den Gruppen, recht gut angegangen werden konnte. Auch im Bereich der Rehabilitation und der Alterspsychiatrie konnten bestimmte, in diesem Bericht nicht näher zu beschreibende Differenzierungen eingeführt werden. (siehe Berichte der jeweiligen Planungsgruppen)

Sanierungsprojekt

Für die im alten Haus A (Haus 5) untergebrachten Abteilungen ist die räumliche Situation sehr unbefriedigend. Es bestehen teilweise noch Schlagsäle, die Zimmer haben keine Nasszellen, die Abteilungen sind entlang dunkler abweisender Gänge angeordnet, die Installationen inkl. Brandschutz veraltet und sanierungsbedürftig. Deshalb sieht das Bauprojekt "Haus 5" eine umfassende Sanierung vor (zur Zeit vom Regierungsrat an den Landrat überwiesen.). Nach der Sanierung wird das Haus polyvalent nutzbar sein, also auch für eine Erweiterung der Akutpsychiatrie. Aus diesem Projekt ergibt sich die – zeitweise nicht unumstrittene -

strukturelle Vorgabe, dass der Schwerpunkt der stationären psychiatrischen Behandlungsangebote in der KPK Liestal bleibt.

Die Klinik wird im Rahmen des Sanierungsprojektes den Altbau leeren und 2002 auf etwa zwei Jahre Provisorien im Martin-Birmann-Spital und im Personalhaus Goldbrunnen beziehen. Danach stehen gemäss Projekt sechs moderne Stationen mit 13 – 16 Betten, Therapieräume und Büros zur Verfügung, total 107 Betten, gegenüber rund 120 Betten bisher. Die Kapazität ist also knapp bemessen. Es wird Ende des Jahres 2000 das lange geplante Wohnheim für psychische Behinderte in Reinach eröffnet und etwa 10 LangzeitpatientInnen der Klinik aufnehmen. Es werden voraussichtlich weitere stationären Kapazitäten für psychisch Kranke bzw. Behinderte ausserhalb der KPK benötigt. Das genaue Profil der Abteilungen im sanierten Haus muss, nachdem vorläufige Modelle für das Bauprojekt bestehen, nochmals genau erarbeitet und festgelegt werden - auf Basis und als Teil dieser Folgeplanung.

7.2.9. Weitere Psychiatrische Kliniken (stationär, spezialisiert)

Als weitere stationäre Angebote stehen Patienten aus dem Kanton Baselland folgende stationäre, meist private psychiatrische Kliniken zur Verfügung:

- Ita-Wegmann-Klinik in Arlesheim
- Klinik Sonnalde in Riehen
- Klinik Schützen in Rheinfelden
- Klinik Wyss in Münchenbuchsee
- Klinik Littenheid
- Kriseninterventionszentrum Basel

Es ist uns leider nicht gelungen, uns ein Bild über die Benutzungszahlen durch Baselbieter Patienten zu machen.

7.3. Geographische Verteilung im Kanton (in der Region)

Zwischen 1982 und 1998 hat sich die Praxisdichte zwischen den beiden Halbkantonen „zu Gunsten“ von Baselland verschoben: 1998 befanden sich 31% aller Psychiatriepraxen (1982 14%) und 23% aller Psychologiepraxen (1982 10%) in Baselland. Die Psychiatriepraxen in Baselland behandeln 22% PatientInnen aus Basel-Stadt und 11% aus der Region (inkl. Ausland). Die Psychologiepraxen in Baselland behandeln 30% PatientInnen aus Basel-Stadt und 14% aus der Region. Demgegenüber wohnt ein gutes Viertel der PatientInnen der Basel-Stadt-Praxen in Baselland. Etwa ein Fünftel der PatientInnen aller Praxen in Basel-Stadt und in Baselland wohnt in der Region.

Untenstehende Tabellen zeigen eine Differenz der Praxisdichte zwischen Stadt und Land.

	Baselland						Region		
	1998		1988		1982		1998	1988	1982
Psychiater	65	31%	20	22%	7	14%	210	92	49
Psychologen	41	23%	12	16%	5	10%	179	72	53
Total	106		32		12		389	164	102
Einwohner pro Psychiater	3'992						2'151		
Einwohner pro Psychologe	6'329						2'523		
Einwohner in der Region	85	259'4					1'606		45

Aufgrund der Untersuchungen von Hobi (1988) und Manz/Argast (1994) lassen sich die jährlichen Patientenströme zwischen Stadt und Land hochrechnen. Hier zeigt sich noch ein markanter Unterschied der Einwohnerzahl pro Psychiaterpraxis von ca. 3'000 im Kanton Baselland gegenüber ca. 1'750 im Kanton Basel-Stadt. Die Einwohnerzahl pro Psychologenpraxis ist im Kanton Baselland ca. 4'400 und in der Stadt ca. 1'860. Markant ist dabei die fast annähernd gleich grosse Dichte der Psychologen und Psychiaterpraxen im Kanton Basel-Stadt. Auch Hutzli und Schneeberger (1995) haben festgestellt, dass 64% aller TherapeutInnen in den Agglomerationen von Zürich, Basel und Bern arbeiten. Dort leben 34% der Gesamtbevölkerung und 47% der PatientInnen.

Einwohner pro Praxis, Patientenwanderung ins Zentrum

Rechnet man die Einwohnerzahl pro Praxis in Stadt und Land ohne Bereinigung der Patientenströme, ergibt es eine hohe Differenz zwischen Stadt und Land. Die Stadt nimmt auch in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Versorgung eine Zentrumsfunktion war. Bereinigt man die Patientenströme in der Berechnung, geht man also von den regionalen Patientenbedürfnissen aus, wird die Differenz kleiner:

Praxen bei bereinigter Patientenwanderung

	Psychiater		Psychologen	
	BL	BS	BL	BS
Patienten pro Praxis	75		40	
Anzahl BL-Patienten/Jahr	3'713	3'200	982	1'517
in BL & BS-Praxen	6'912		2'499	
Praxisbedarf	92		62	
BL Einwohner / Praxis	2'930		4'342	
Anzahl BS-Patienten/Jahr	1'238	6'755	567	3'458
in BL & BS-Praxen	7'992		4'025	
Praxisbedarf	107		100	
BS Einwohner / Praxis	1'736		1'847	

Ohne Wanderungsbereinigung weist Baselland eine Praxisdichte bei Psychiatern von 4'000 Personen/Praxis auf, wanderungsbereinigt sind es 2'930 Personen pro Psychiaterpraxis. Bei den Psychologen sind es 6'300 ohne Bereinigung der Patientenwanderung resp. 4'300 Personen pro Psychologenpraxis wanderungsbereinigt.

7.3.1. Versorgung der oberen Baselbietes

Im Bezirk Sissach, Waldenburg und Liestal existieren 21 Psychiater- und 16 Psychologenpraxen (in Liestal 14 Psychiater- und 12 Psychologenpraxen). Umgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies eine Dichte von 4'820 Einwohner auf eine Psychiater- und 6'325 Einwohner auf eine Psychologenpraxis. Die regionale Bereinigung der Patientenströme ist uns nicht möglich.

7.3.2. Versorgung des unteren Kantonsteils

Im Bezirk Arlesheim existieren 52 Psychiater- und 29 Psychologenpraxen (in Binningen 18 Psychiater- und 9 Psychologenpraxen). Umgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies eine Dichte von 2'745 Einwohner auf eine Psychiater- und 4'920 Einwohner auf eine Psychologenpraxis. Die regionale Bereinigung der Patientenströme ist uns nicht möglich.

7.3.3. Versorgung des Laufentals

Im Bezirk Laufen existieren 2 Psychiater- und 2 Psychologenpraxen. Umgerechnet auf die Bevölkerung ergibt dies eine Dichte von 8'700 Einwohner auf eine Psychiater- oder eine Psychologenpraxis. Die regionale Bereinigung der Patientenströme ist uns nicht möglich.

7.3.4. Versorgung des Schwarzbubenlandes

Die genaue Versorgungssituation im Schwarzbubenland ist noch nicht erhoben.

Zusammenfassung

Auch innerhalb des Kantons Baselland kann eine Verdichtung der psychiatrischen und psychologischen Versorgung in Stadtnähe beobachtet werden. Die ländlichen Regionen weisen eine geringere Versorgungsdichte auf, insbesondere das Laufental.

7.4 Schnittstellen, Koordination, Vernetzung

7.4.1. Schnittstelle ambulant – stationär

Zahlenmässig ist an dieser Schnittstelle als markanteste Veränderung der letzten 10 Jahre die verbesserte Stellung der freipraktizierenden Psychiater zu erwähnen. Die Gründe sind rasch aufgezählt: die Einführung eines flächendeckenden psychiatrischen Notfalldienstes, deren Hauptlast die niedergelassenen Psychiater tragen, hat dazu geführt, dass die Psychiater viel stärker in die sozialpsychiatrische Erstbetreuung eingebunden sind und hier vor allem eine Last den Hausärzten abgenommen haben.

Die grosse Zunahme der Anzahl Psychiatriepraxen hat diese Entwicklung erst möglich gemacht. Trotzdem hat auch die Beanspruchung der EPD stark zugenommen. Beide ambulanten Hauptversorger werden noch weiter wachsen müssen, um allen Anforderungen nachkommen zu können und in Zukunft auch potenter mithelfen zu können, dass einige Klinkleintritte nicht mehr notwendig werden, weil die Krise ambulant aufgefangen werden kann. Hier ist noch einiges zu tun, wofür erst langsam dazu notwendige Kapazitäten sichtbar werden.

7.4.2. Schnittstelle unter den ambulanten Anbietern

Die Schnittstelle zwischen Psychiatern und Psychologen funktioniert durch das Delegationssystem recht gut, auch wenn die Situation für die meist sehr gut ausgebildeten Psychologen einer disqualifizierenden Zumutung gleich kommt. Die Verbindung der EPD zu den Psychiatern und Psychologen ist nicht optimal. Die drei ambulanten spezialisierten Versorger könnten ihre spezifischen Ressourcen optimaler vernetzen und aufeinander abstimmen. Hierbei ist neben dem Notfalldienst auch Vernetzungsarbeit nach Konsilien und nach Anmeldungen durch Hausärzten zu nennen. Die EPD beklagen hierbei auch einen zu grossen Aufwand, der bei der Suche eines Therapieplatzes bei einem niedergelassenen Psychiater oder Psychologen betrieben werden muss. Trotzdem erscheint dieses Problem mit der Vielzahl moderner Kommunikationsmittel langsam lösbar zu sein. Für die Psychiater und Psychologen ist umgekehrt der Sozialdienst der EPD zu wenig einsetzbar, da dessen Kapazitäten stark begrenzt sind und für die eigene Klientele ausreichen muss. Auch hier wäre eine bessere Nutzung der spezifischen Kompetenzen wünschenswert.

7.4.3. Schnittstelle nichtspezialisiert – spezialisiert

An dieser Schnittstelle bestehen heute noch die deutlichsten Mängel innerhalb der psychiatrischen Versorgung, nicht nur in unserem Kanton. Mit unseren Untersuchungen konnten wir für unseren Kanton bestätigt finden, was aus der Literatur bestens bekannt ist: die somatischen Grundversorger (Hausärzte, Spitäler), aber auch die Sozialdienste betreuen die meisten Patienten mit relevanten psychischen Problemen, ohne für diese Aufgabe besonders gut gerüstet zu sein. Die Zuweisungsschnittstelle wird noch immer zu spärlich genutzt. Die Gründe sind ebenfalls bekannt: noch immer zu wenig Spezialisten, obwohl diese Zahl stetig anwächst und heute bereits für Zuweisungen ein recht gutes Abnahmepotential besteht.

Der Arbeitsrhythmus von Spital und Hausarztpraxis ist sehr unterschiedlich zu demjenigen der Psychotherapiepraxis. Dieser Umstand trägt letzteren den Ruf einer schlechten Erreichbarkeit ein. Grundversorger haben von ihrem Selbstverständnis her oft das Gefühl, alles selber machen zu müssen. Es wurde ihnen auch über Jahrzehnte – damals der Not gehorchend – eingeredet, dass es keine Alternative zur kleinen Psychotherapie in der Hausarztpraxis gäbe. Psychotherapeuten zeigen sich zu spärlich in vorhandenen Treffpunkten der Hausärzte. Das notwendige gegenseitige Kennenlernen findet zu wenig statt, was Voraussetzung für eine gute Schnittstelle darstellt.

7.4.4. Schnittstellen regional

Die stationäre Psychiatrie ist noch immer strikte kantonal ausgerichtet, was heute als überholt beklagt werden muss, da damit nur in Einzelfällen die Ressourcen beider Kantone gezielt einsetzbar sind. Auch die institutionelle ambulante Psychiatrie kennt nur eine recht spärliche Regionalität. Anders ist die Situation bei den Patienten der niedergelassenen Psychiatern und Psychologen, wo kaum eine Kantonsgrenze wahrnehmbar ist. Die nachstehende Tabelle aus der Studie von Hobi 1998 veranschaulicht dies deutlich:

Herkunft der Patienten

	Psychiater		Psychologen	
	BL	BS	BL	BS
Patient aus BL	66%	27%	52%	25%
Patient aus BS	22%	57%	30%	57%
Patient aus übrig. Region	9%	9%	13%	12%
Patient aus Ausland	2%	3%	1%	6%

Die psychiatrisch-psychosoziale Versorgung der Migranten stellt ein anerkanntes Problem in beiden Kantonen Basel dar. Es ist nur sinnvoll und seriös mit einer diesbezüglichen regionalen Planung lösbar. Damit stellt die Lösung dieser gravierenden Versorgungslücke ein Testfall für das Funktionieren der regionalen Vernetzung und der damit aktiven diversen Schnittstellen auf den verschiedensten Ebenen dar. Gleiches gilt für die Verbesserung der rehabilitativen Tätigkeiten, die ebenfalls sinnvollerweise regional ausgerichtet sein sollten. Hier hat die Invalidenstelle in den letzten Jahren einen umgekehrten Weg eingeschlagen, weg von der IV-Regionalstelle hin zur Kantonalisierung, was wir sehr bedauern.

7.5. Beurteilung

7.5.1. Kapazität der psychiatrischen Versorgung

Obwohl die Kapazität der psychiatrischen Versorgung in den letzten 20 Jahren stark ausgebaut worden ist, ist die Nachfrage nach psychiatrischer und psychotherapeutischen Leistungen im Kanton nach wie vor stark steigend und übertrifft die vorhandenen Angebote. Dabei handelt es sich um ein Phänomen, das national und international in gleicher Weise zu beobachten ist (siehe dazu auch Kapitel 5.1. über die primäre Epidemiologie).

In der Arbeitsgruppe sind wir daher der Frage nachgegangen, welche Faktoren für diesen starken Nachfragezuwachs definiert werden können und haben innerhalb der Arbeitsgruppe eine Gewichtung der postulierten Faktoren vorgenommen:

Diskutiert wurden folgende Thesen

Es handelt sich um effektive epidemiologische Veränderungen, das heisst psychische Störungen nehmen zu:

- Veränderung der Alterszusammensetzung (bspw. stärkere Jahrgänge mit erhöhtem Krankheitsrisiko)
- Veränderung in der Lebenserwartung (bspw. mit Zunahme alter Menschen und über

- proportionaler Zunahme von Demenzen)
- Veränderung in der Zusammensetzung der Gesellschaft (bspw. Veränderte Risikobevölkerung)
- Verhaltens- und Umweltfaktoren
- Veränderung der Erkrankungsrisiken
- Durch wirtschaftliche Faktoren
- Unsicherheit/Stress am Arbeitsplatz
- Zunahme der Arbeitsentfremdung und der allg. Entfremdungsentwicklung
- Anomie der Gesellschaft
- Veränderung der Krankheitsverläufe (bspw. durch neue Therapien und Behandlungsansichten, ambulant statt stationär, Behindertenrechte)

Es handelt sich um einen echten Nachholbedarf der Psychiatrie, psychisch Kranke waren stark unterversorgt. Viele Nöte/familiäre Probleme werden beim Hausarzt somatisch abgehandelt. In Ermangelung von genügend Psychotherapeuten wurden psychosomatische Probleme quantitativ und qualitativ nicht adäquat behandelt etc.

Es handelt sich um Veränderungen im Delegationsverhalten der Gesellschaft und des Einzelnen.

- Die diagnostischen und therapeutischen Gewohnheiten der Ärzte haben sich verändert.
- Die gesellschaftlichen Zuschreibungsgrenzen von krank und behindert haben sich geändert. Die Problemdefinition und das Hilfesuchverhalten des Einzelnen haben sich verändert, die Bereitschaft, Lebensprobleme und körperliche Beschwerden psychologisch zu interpretieren, ist gestiegen. Im Zusammenhang damit: Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie werden enttabuisiert.
- Die herkömmlichen Unterstützungsstrukturen (Familie, Religion) haben an Bedeutung verloren.
- Zunehmende Inanspruchnahme des Gesundheitswesens generell.
- Soziale Probleme werden medikalisiert, um Kostenträger (Sozialversicherung) einzubinden.

Die Arbeitsgruppenmitglieder sind der Meinung, dass in erster Linie ein verändertes Delegationsverhalten der Gesellschaft und des Einzelnen (vor allem die zunehmende Bereitschaft, Probleme psychologisch zu interpretieren), sowie ein echter Nachholbedarf für den international zu beobachtenden Anstieg der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistung verantwortlich sei. Effektive epidemiologische Veränderungen, insbesondere was Alter und Folgen der gestiegenen Lebenserwartung betrifft, werden als wenig bedeutend eingestuft.

Diskussion der vorliegenden Hypothesen

Die oben dargestellte Liste möglicher Ursachenkategorien mit je den prominentesten Thesen zur zunehmenden Inanspruchnahme wird nachfolgend ergänzt und diskutiert. Da die Diskussion wichtig ist, eine eindeutige Antwort aber nicht gegeben werden kann, sind hier verschiedene Argumente und Stichworte zur weiteren Diskussion aufgelistet:

- Allgemeine gesundheitspolitische Veränderungen (Psychiatrie nimmt eventuell gar nicht überproportional zu, die gesamte Gesundheitsversorgung nimmt zu: Ist die Psychiatriezunahme wirklich überproportional?). Bei der Zunahme der Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen handelt es sich auch um ein allgemeines Phänomen des Gesundheitswesens: die Orthopädie beispielsweise hat ebenso stark zugenommen (das liegt aber auch an der Alterszusammensetzung, gerade die Orthopädie ist bei alten Menschen ein riesiges Segment geworden).
- Die Alterszusammensetzung spielt (gerade im somatischen Spital) eine grosse Rolle hinsichtlich Demenzen. Generell haben alte Menschen häufig psychische Probleme, bleiben hingegen eher beim Hausarzt und gelangen kaum in die psychiatrische Versorgung. Demenzen werden im übrigen auch nicht immer als spezifisch psychiatrisches Problem wahrgenommen (siehe Anzahl psychiatrische Konsilien). Zudem übernehmen die (vermehrten) Pflegeheime heute mehr Demenzpatienten als früher, dies entlastet die Klinik. Die Inanspruchnahme der Psychiatrie durch Demenzpatienten hängt vom bestehenden Angebot ab und gleichzeitig ist die Psychiatrie in der jetzigen Generation alter Menschen noch mehr stigmatisiert als bei jüngeren. Ein Drittel der freien Praxen behandeln nie psychisch kranke alte Menschen. 80% der schweren Demenzen werden zuhause gepflegt werden, 15% in Heimen und nur 5% in der Psychiatrie. Wenn von diesen 80% nur ein kleiner Teil in die psychiatrische Versorgung gelangt, dann ist wegen den verschiedenen Grössenordnungen sofort stark spürbar. Die Heimversorgung hat sich stark verändert. Ende der 80er Jahre konnten psychisch kranke Alte kaum verlegt werden, anfangs der 90er Jahre hat sich das sehr entspannt, nun zieht es wieder an. Es ist heute selbstverständlich geworden, mit alten Menschen therapeutisch zu arbeiten. Es ist auch ein neuer Spezialtitel der Gesellschaft für Gerontopsychiatrie geschaffen worden.
- Junge Menschen kommen häufig im Zusammenhang mit Krisensituationen (v.a. Männer) in Beruf und Beziehung in die Behandlung. Unzufriedenheit mit der Arbeit; fehlender Sinngehalt der Arbeit. Die berufliche Situation ist oft sehr anforderungsreich, allerdings hatte man früher teils überhaupt keine Arbeit, die Gewichtung dieses Faktors ist unklar.
- Der Selbsterfahrungsaspekt (Psycho-Boom) hat spürbar abgenommen – daran liegt die Zunahme nicht.
- Angebotserweiterung (Zunahme der freipraktizierenden Psychotherapeuten und Psychiater führt zu Patientenzunahme).
- Die epidemiologischen Zahlen ändern sich bei der Schizophrenie wohl nicht, hier wird ubiquitär von einer Lebenszeitprävalenz von 0.5-1% ausgegangen. Die Vulnerabilitätsforschung zeigt kleinere Unterschiede, Häufung in unteren sozialen Schichten.
- Zu erwähnen ist das (breit anerkannte) Filtermodell der Behandlungsprävalenz psychisch Kranker nach Goldberg u. Huxley. Eine schon geringe Kompetenzsteigerung der Grundversorger (Schwelle 1./2. Filter) würde zu einer grossen Steigerung bei der Nachfrage der Spezialisten führen. Es wirkt sich überdimensional aus, dies könnte ein Hauptgrund für die

Zunahme sein. Ob das Zuweisungsverhalten hingegen effektiv gut ist, ist eine andere Frage. Aber bezüglich Behandlungslatenz (2-4 Jahre bei schizophrener Erstmanifestation bis zur allgemeinen resp. spezialisierten Behandlung) haben vielfältige Bemühungen eingesetzt. Möglich ist auch, dass heute mehr Personen direkt in fachpsychiatrische Behandlung kommen – ohne Grundversorgerfilter.

- Eine wichtige Variable ist der systemische Charakter: Je grösser das Versorgungssystem ist, umso mehr gegenseitige Zuweisungen geschehen, das System nährt sich selbst. Die sogenannten „heavy users“, gibt es auch in der Psychiatrie.
- Angesichts der Epidemiologie handelt es sich um einen effektiven Nachholbedarf, der noch länger so andauern wird. Dies ist der Grund, dass man schon lange bemüht ist, in die entsprechende Ausbildung der Grundversorger zu investieren. Seit 1980 gibt es eine psychosoziale Medizin in der Schweiz, das Zuweisungsverhalten hat sich verändert. Eine solche differenziertere Wahrnehmung steigert natürlich die psychiatrische Inanspruchnahme. Angesichts der Prävalenz (auch in Anbetracht der Folgen von psychischen Störungen) sollte die Psychiatrie viel mehr abdecken. Im Gegensatz bspw. zum Diabetes ist dieser Gedanke aber in der Psychiatrie noch nicht verwirklicht.
- Die Erfolge in der somatischen Medizin führen auch dazu, dass „das Psychische“ übrigbleibt und sich mehr zeigt.
- Evtl. spielen auch die Medien eine Rolle.
- Die Psychiatrie beschränkt sich vornehmlich auf Einzelbehandlung, schenkt den soziologischen Phänomenen zu wenig Beachtung. Die Theorie unter dem Stichwort „Emargination“ sieht die Psychiatrie als Ausschlussinstitution. Dies hat sich heute mit der Deinstitutionalisierung stark verändert. Heute gibt es generell weniger Zugehörigkeiten. Die Zweitrittgesellschaft führt dazu, dass der Anteil der Vollintegrierten abnimmt und der Teil der Teilausgestossenen zunimmt. Im Bereich dieser Teilintegrierten wird sehr häufig nach psychiatrischer Kompetenz verlangt. Ausschlüsse gehen immer einher mit psychischer Belastung/Stress/Leiden, das gilt für die Migranten wie für die Rechtsextremen. Die Frage ist, ob dies wirklich ein psychiatrischer Bedarf ist.
- Zur These der Medikalisierung sozialer Probleme: Dies ist nicht nur negativ, es ist auch eine Entlastung und repräsentiert eine bessere Akzeptanz dieser Probleme. Es ist ein unspezifisches Phänomen, die Invalidisierung spielt hier eine grosse Rolle mit der Berentung älterer Arbeitnehmer. Die Psychiatrie ist naturgemäss immer am Schluss, das ist nicht zu umgehen. Aber auch unspezifische Entwicklungen wie die berufliche Desintegration führen zu sehr spezifischen psychischen Störungen wie Depressionen etc.. Die Invalidisierung/Psychiatisierung kann man verschieden bewerten: Die Psychiatrie wird als Alibi benutzt einerseits, andererseits hat die Psychiatrie spezielle Kompetenzen, um Menschen in solchen (sozial bedingten) Krisensituationen zu behandeln.
- Die auslösenden Momente sind natürlich oft soziale und berufliche Situationen. Auch bei den Schmerzstörungen stellt sich die Frage, ob es sich um somatische oder psychische Probleme handelt. Wenn man aber an die Psychiatrie delegiert, dann hat das klare Konsequenzen: Wenn man will, dass der Service weiterhin gemacht wird, dann muss man die entsprechenden Mittel zur Verfügung stellen. Sonst muss man dazu stehen, dass nicht alle in nützlicher Frist behandelt werden, was dann wiederum das Zuweisungsverhalten nachhaltig ändern kann. Es ist wichtig, dass die Psychiatrie sich dort positioniert (und für die angespro-

chenen Gruppen zuständig fühlt). Die Arbeitswelt kann nicht beeinflusst werden, ein Teil der Veränderungen führt halt zu einer Inanspruchnahme der Psychiatrie, was früher mangels Angebot nicht möglich gewesen wäre.

Grosse Kapazitätsengpässe bestehen heute in der stationären Akutpsychiatrie, die trotz verbessertem Angebot über viele Überbetten auf allen Akutstationen klagen muss. Im weiteren sehen sich die Externen Psychiatrischen Dienste einer starken Zunahme der Aufgaben gegenüber, die sie nicht alle bewältigen können. Auch die amtlichen rehabilitativen Einrichtungen (IV-Stelle) ist vollkommen überfordert.

Demgegenüber vermuten wir grössere freie Kapazitäten bei den niedergelassenen Psychologen, einer Berufsgruppe, die allermeist einen hohen Ausbildungsstand aufweisen, aber wegen mangelhafter Vernetzung mit der psychiatrischen Standardversorgung und Problemen mit der Kostenübernahme durch die Sozialversicherung bislang zuwenig genutzt wird.

7.5.2. Qualität der psychiatrischen Versorgung

Die Qualität der kantonalen psychiatrischen Versorgung hat auch in den vergangenen zehn Jahren stark zugenommen. Die grösseren Kapazitäten im ambulanten Bereich führen zu einem vielfältigeren Angebot. Wer heute einen Therapieplatz sucht, findet ihn in nützlicher Frist.

Die Notfallversorgung konnte stark ausgebaut werden, weist aber noch immer grosse Mängel auf.

Die kantonalen Institutionen (Psychiatrische Klinik und EPD) sind zu stark frequentiert, was zu grossen Kapazitätsproblemen und dadurch auch zu Qualitätseinbussen führt.

Die intermediäre Versorgung der Langzeitpatienten konnte weiter ausgebaut werden und hat heute einen hohen Stand erreicht. Das weitgehende Fehlen eines eigentlichen rehabilitativen Netzwerkes hat auch negative Folgen für die Langzeitbetreuung, die resignativer dasteht, als sie eigentlich müsste.

Die Lücken der Versorgung werden im nächsten Kapitel aufgelistet.

7.5.3. Festgestellte Mängel der psychiatrischen Versorgung

Die Lücken in der gegenwärtigen allgemeinpsychiatrischen Versorgung lassen sich auf sechs Problemfelder eingrenzen:

1. Betreuung der Patienten mit einem relevanten psychischen Problem an den Medizinischen Kliniken

Von 1670 Patienten mit einem relevanten psychischen Problem werden 364 konsiliarisch psychiatrisch exploriert. Neuzuweisungen an psychiatrische Spezialisten sind selten: praktisch keine in psychiatrische und psychologische Praxen, ca. 100 an EPD. Im Sinne einer Früherfassung relevante psychische Probleme ist zu diskutieren, wie eine grössere Zahl von Patienten einer spezialisierten Behandlung zugeführt werden können

2. Betreuung der Patienten mit einem relevanten psychischen Problem in der Hausarztpraxis

Hausärzte sind durch den psychiatrischen Notfalldienst in den letzten Jahren wesentlich davon befreit worden, die Hauptlast der psychiatrischen Notfallversorgung wahrnehmen zu müssen. Hausärzte stellen noch immer die Hauptversorger psychischer Leiden dar. Da sich die Kapazitäten der spezialisierten psychotherapeutischen Versorgung wesentlich erweitert haben, sollten heute notwendige Zuweisungen besser möglich sein. Die Hausärzte stellen denn heute auch die Hauptzuweiser von Patienten in die psychiatrischen Praxen dar. Trotzdem halten sich Klagen wegen mangelhafter Erreichbarkeit. Es ist zu diskutieren, wie die Zusammenarbeit weiter zu verbessern ist und ob Zuweisungskriterien entwickelt werden können.

3. Betreuung der fremdsprachigen Patienten mit einer Sprachbarriere (Migranten)

Die Unterversorgung der ausländischen Bevölkerung mit einer Sprachbarriere ist seit langem bekannt. Die EPD haben begonnen, spezialisierte Angebote zu machen. Diese zeigen guten Erfolg. Die EPD-Initiative ist auf eine breitere, vermutlich regionale Basis zu stellen und mit einem entsprechenden Auftrag zu versehen, damit zufällige Stellenwechsel aufgebautes nicht wieder einstürzen lässt. Das Angebot muss regional sein, weil ansonsten Wanderungsströme zur sofortigen Überforderung führen. Eine Planungsgruppe muss daher auf regionaler Basis gebildet werden.

4. Notfälle und Krisenintervention

Obwohl sich die Notfallversorgung in den letzten 10 Jahren wesentlich verbessert hat, stehen hier eine Vielzahl von Problemstellungen an:

Die KPK wird von Notfalleintritten überflutet. Stellen sich die ambulanten Angebote zur Vermeidung eines Teils der Notfälle zu wenig oder zu träge zur Verfügung? Braucht es ein intermediäres stationäres Zusatzangebot (psych. Notfallstation, Kriseninterventionsstation)? Der Notfalldienst überfordert manche niedergelassene Psychiater. Die Realteilung mit den EPD ist nochmals zu diskutieren. Notfallpatienten zahlen oft ihre Rechnung nicht.

Notfallkapazitäten der EPD: kann sie verbessert und vergrössert werden?

Im Weiteren ist konkret zu diskutieren, ob unser Kanton eine Kriseninterventionsstation benötigt und/oder eine psychiatrische Notfallstation geführt werden sollte. Die Entlastung der KPK von den allzu vielen Notfällen tut dringend Not.

5. Patientenüberschwemmung in KPK und EPD / ungenutzte Kapazitäten in der psychiatrischen Versorgung

Zum einen platzen EPD und KPK aus allen Nähten, zum anderen haben qualifizierte Psychotherapeuten Kapazitäten frei. Wie kann eine bessere Lastenverteilung erfolgen?

Was ist – Angesicht der Vielzahl der Bedürfnisse – das Kerngeschäft der EPD, was lässt sich auf andere Träger der Versorgung mit welchen Mitteln verschieben?

6. Patienten, die sich in einem Desintegrationsprozess befinden: primäre Rehabilitation

Die Planungsgruppe Rehabilitation hat nicht unerwartet festgestellt, dass Patienten mit einer realistischen vollständigen oder teilweisen Reintegrationschancen im Kanton kaum auf institutionelle Unterstützung zählen können. Die IV ist überlastet, Arbeitgeber, die willig wären, jemanden vorübergehend zu tragen, sind alleine gelassen, sie sind auch mit ihren eigenen ‚Problemfällen‘ überfordert oder produzieren mit Restrukturierungsmassnahmen psychische Einbrüche von langer Dauer. Die Last liegt auf den Einzeltherapeuten. Sie engagieren sich oft stark für ihre Einzelfälle, sind aber darin sehr alleine.

Da die Verbesserung der Rehabilitationskraft in unserem Kanton weit in die allgemeinpsychiatrische Versorgung hineinragt, sollte sich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie in Zusammenarbeit mit der Planungsgruppe Rehabilitation darum bemühen, Verbesserungsvorschläge für ein Rehabilitations-Netzwerk auszuarbeiten.

8. Zusammenfassung zum Stand der Versorgung

8.1. Quantitativ: Bedarf und bestehende Angebote sowie Lücken

Entwicklungstendenzen

Im stationären Akutbereich ist eine Zunahme der Beanspruchung festzustellen. Der verstärkte Verteilungskampf um Ressourcen birgt die Gefahr einer Marginalisierung bestimmter Bereiche der Psychiatrie in sich. Es gibt eine Verunsicherung der beruflichen und wirtschaftlichen Perspektiven der nicht ärztlichen Psychotherapeuten und der frei praktizierenden Psychiater. Es ist davon auszugehen, dass zum aktuellen Zeitpunkt viele nicht-ärztliche Psychotherapeuten über freie Kapazitäten verfügen.

Wir gehen von einer weiteren Zunahme der psychiatrisch / psychotherapeutischen Leistungen aus, von einer weiteren Annäherung zwischen somatischer Medizin und Psychiatrie / Psychotherapie, einer weiteren Akzentuierung der Menschenrechte und des Selbstbestimmungsrechtes auch psychisch Kranker, einer weitergehenden Dezentralisierung und Öffnung der stationären psychiatrischen Versorgung, einer weiteren Zunahme der migration- und integrationsspezifischen Gesundheitsversorgung, einer grösseren Öffnung für regionale, interkantonale Zusammenarbeit und einer Zunahme an psychotraumatologischen Behandlungen.

Problemfelder

Neben den 6 Kernpunkten, die künftig zu verbessern sind und die unter 7.5.3. aufgelistet sind, verdienen folgende Problemfelder und Themen einer besonderen Beachtung:

Interkantonale, regionale Zusammenarbeit: eine halbe Million Einwohner stellt an sich eine gute Planungsgrösse sowohl für eine Grundversorgung wie für Spezialeinrichtungen dar. In diesem Zusammenhang ist auch die Stellung der Psychiatrischen Klinik bzw. der Psychiatrischen Kliniken zu diskutieren. Soll ähnlich wie bei den somatischen Spitälern ein näherer Zusammenschluss auch bezüglich Lehrbetrieb angestrebt werden?

- Eine sehr wichtige Aufgabe bildet die Sicherung der Behandlungskontinuität.
- Die gemeindenahе, dezentrale stationäre Versorgung.
- Die Lokalisierung niederschwelliger Notfallzugänge (Notfallstationen), wie bisher an den Kantonsspitälern oder auch an der Psychiatrischen Klinik / den Kliniken.
- Die Entwicklung psychosomatischer und komplementärmedizinischer Angebote.
- Stationäre Angebote für besondere Problemgruppen, z. B. Schmerzpatienten, Essstörungen, Stellung der Forensik usw..
- Der Einbezug der Kompetenzen der freipraktizierenden Psychologen und die Koordination der Zusammenarbeit soll im Sinne der Ressourcenerschliessung verstärkt gesucht werden. Dies kann auf verschiedenen Ebenen sinnvoll sein: Notfalldienst in einem interdisziplinären Team (siehe Holland), Krisenstab, langfristige Therapien in der Rehabilitation von sozial integrierten Psychiatriepatienten, aber auch von weniger integrierten, wenn koordiniert mit institutionellen Hilfen, Weiterbildung und Supervision von öffentlichen und privaten Institutionen, Ausbildung der Fachpersonen, etc..
- Fehlen einer Regionalen Beratungs- und Therapiestelle für ausländische Patienten, die fähig ist, die Menschen in ihrer Muttersprache und in Kenntnis der jeweiligen Kultur zu behandeln (analog der MUSUB im Suchtbereich).

8.2. Stand der Koordination und Vernetzung

Mit dem starken Ausbau der psychiatrischen Versorgung innerhalb der letzten 20 Jahren ist auch die Koordination und Vernetzung sehr komplex und zum Teil unübersichtlich geworden. Eine gute Vernetzungsarbeit ist Voraussetzung für ein sozialpsychiatrisches Arbeiten. Für viele Problemstellungen findet sich ein kompetenter Anbieter. Es wird aber für die einzelnen Fachleute immer schwieriger, die richtigen Wege zu kennen, den rechten Anbieter zu finden und dessen Sprache und Eigenheiten einschätzen zu können. Die beteiligten Fachleute brauchen sehr viel praktischen Verstand, um sich im komplexen psychosozialen Netz zurecht zu finden.

8.3. Qualitative Beurteilung der Versorgungsstrukturen

Staatlich und privat

Über die Qualität der Versorgungsstrukturen lassen sich keine einheitlichen Urteile fällen. Das Nebeneinander zwischen staatlichen und privaten Versorgungsstrukturen hat sich bewährt, haben doch beide Strukturen ihre Stärken. Dass heute beide Teile annähernd gleich bedeutsam sind, sorgt für ein gutes Gleichgewicht. Der Patient hat heute eine gute Chance, das zu finden, was er benötigt.

Gesamturteile und Lücken

Überall dort, wo in unseren Befragungen qualitative Urteile zu Versorgungspartnern erhoben wurden, sind die Beurteilungen überwiegend positiv ausgefallen. Kritisch ist die chronische Überbelegung der Psychiatrischen Klinik, die noch ungenügende Erreichbarkeit der Psychiater und Psychologen, die mangelhafte Integration der Psychologen in die Grundversorgung und die Lücken in den psychiatrischen Dienstleistungen für Migranten hervorzuheben.

Früherfassung an den Schnittstellen

Die Früherfassung psychischer Leiden ist noch ungenügend und stellt eines der Hauptthemen der weiteren Planungsarbeit dar. Die Erstwahrnehmer relevanter psychischer Problemstellungen sind meist Hausärzte, Spitäler, Sozialdienste, Schulen, Justiz und Polizei. Die Notlagen werden zwar erkannt. Teilweise wird mit eigenen Mitteln versucht, eine Hilfestellung zu bieten. Die Zuweisungen an die spezialisierte Versorgung oder die gemeinsame Bearbeitung der Situation muss sich aber noch weiter verbessern lassen.

8.4. Perspektiven und Risiken der gegenwärtigen Strukturen

Die Struktur der gegenwärtigen allgemeinspsychiatrischen Versorgung ist geprägt durch eine zentrale Klinik, von dezentralem sozialpsychiatrischen Diensten, von diversen Spezialeinrichtungen, die vornehmlich in der Langzeitbetreuung tätig sind. Das Nebeneinander von staatlichen und privaten Versorgern hat sich gut bewährt und garantiert einen hohen Versorgungsstandard.

Zentralisierung / Dezentralisierung

Der Hauptdiskussionspunkt bei der Würdigung von Stärken und Risiken der gegenwärtigen Versorgung stellt die zentrale Klinikversorgung dar. Diese ist vornehmlich aus baulichen Gegebenheiten gewachsen. Der Kanton ist aber für eine sektorierte Versorgung eher an der unteren Grössen-Grenze. Eine verstärkte Integration der Psychiatrie in die somatischen Spitäler bringt Vor- und Nachteile mit sich. An eine solche Aufgabe hat sich in unserem Kanton noch niemand herangewagt, weil dies für Psychiatrie wie für die Spitäler mit enormen Anstrengungen verbunden wäre. Eine auf die Optimierung der Klinikversorgung ausgerichtete Psychiatrieplanung läuft zudem stets Gefahr, zu viele Ressourcen in die Unterstruktur stationäre Versorgung zu investieren, die dann für einen Ausbau der ambulanten Hilfestellungen fehlen.

Trotzdem sollte in der Planungsphase die Entlastung der Klinik diskutiert werden. Diese Entlastung sollte wenn immer möglich mittels ambulanten Strukturen und solchen, welche in die somatischen Spitäler einzubauen sind, gesucht werden. Damit wird der Gefahr einer Ressourcenballung in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik entgegen gewirkt.