

Folgeplanung II
Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Bericht der Untergruppe 4 „Notfälle“ zum SOLL-Zustand ¹

Schlussbericht vom 30. Dezember 2001

an der Arbeitsgruppe haben mitgewirkt:

Andrea Jakobitsch (EPD-Bruderholz)

Ferdinand Martius (Kantonsspital Bruderholz)

Jürg Wanner (EPD-Bruderholz)

Michael Franz (EPD-Bruderholz)

Hanspeter Stutz (KPK Liestal)

Andreas Rhonheimer (Psychiater in Praxis)

Andreas Manz (Psychiater in Praxis)

Es wurden 8 Sitzungen durchgeführt und die KIS besucht

Der Berichtsentswurf wurde am 26.10. in der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie besprochen

¹ Von 1999-2002 leitete ich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie der Folgeplanung 2 zum Psychatriekonzept Baselland. Neben der zentralen Planungsgruppe bildete ich 5 Untergruppen, die ich ebenfalls leitete und deren Texte ich im Wesentlichen auch selber geschrieben habe – als Ergebnis der in den Untergruppen stattgefundenen Diskussionen. Wichtigster Partner in diesem Prozess war Dr. Niklas Baer, der als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Folgeplanung 2 zur Verfügung stand und der eine grosse Zahl von Untersuchungen mit mir durchführte und auswertete.

In einer ersten Phase haben wir den IST-Zustand erhoben und Berichte dazu verfasst. Anschliessend planten wir den Soll-Zustand. Dieser Unterbericht war der Abschluss der Soll-Planung in diesem Themenbereich. Die Ergebnisse flossen via Planungsgruppe und Projektgruppe in stark gekürzter Form in den Schlussbericht ein. Dieser Untergruppen-Bericht zugänglich zu machen ist deswegen lohnenswert, weil in den Teilberichten Materialien enthalten sind, die später aus Platzgründen weggefallen sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess.....	3
2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes.....	4
2.1. Beschreibung der Situation.....	4
2.2. Zusammenfassung.....	6
2.3. Umschreibung der Lücken.....	6
3. Gewichtung der evaluierten Probleme.....	8
4. Übergeordnete Zielvorstellungen.....	9
5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege.....	9
5.1. Problembereich 1: Notfalldienstordnung	9
5.1.1. Beschreibung des Problems.....	9
5.1.2. Beschreibung der Ziele.....	10
5.1.3. Lösungsskizzen.....	10
5.1.3.1. Beschreibung der Massnahmen.....	10
5.1.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	11
5.1.3.3. Aufwand.....	11
5.1.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	11
5.1.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit.....	11
5.2. Problembereich 2: Verbesserung des Notfallnetzes	12
5.2.1. Beschreibung des Problems.....	12
5.2.2. Beschreibung der Ziele.....	12
5.2.3. Lösungsskizzen.....	12
5.2.3.1. Beschreibung der Massnahmen.....	12
5.2.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem.....	13
5.2.3.3. Aufwand.....	13
5.2.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen.....	14
5.2.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit.....	14
6. Kontroversen.....	15
7. Zusammenfassende Bewertung der Lösungsskizzen.....	15
Anhang 1: Berechnungen zur Notfalldienstordnung.....	16
Anhang 2: Patienten, die kürzer als 5 Tage in der KPK sind.....	17
Anhang 3: das ‚Gemeindeteam‘ der EPD seit 1992.....	18
Anhang 4: Kriseninterventionsstation Basel.....	19
Anhang 5: das psychiatrische Spitalteam.....	22
Anhang 6: Vergleich mit Basel-Stadt.....	23

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess

So konkret Notfälle für die Betroffenen erfahrbar sind, so diffus ist das Problem planerisch zu fassen. Zwar wurde in der Evaluationsphase ein grosses Datenmaterial auch nach Parametern untersucht, die mit dem Kriterium ‚Notfall‘ verbunden sind. Dabei blieb letztendlich unklar, ob die grosse Zahl der Notfalleintritte in die KPK ein gutes oder schlechtes Zeichen für die ambulante Versorgung darstellt ²⁾. Notfälle sind auch Ausdruck eines gesellschaftlichen Prozesses, der mit einer weiteren Vereinzelung des Menschen und dem weiteren Abbau von festen Bindungen in ein soziales Netzwerk einhergeht.

Die beschriebene Diffusheit hat den Planungsprozess wesentlich bestimmt. Es gab zum Thema Notfall zwei ‚alte Themen‘ zu besprechen. Beide hängen mit Veränderungen in den EPD zusammen, nämlich die Notfalldienstordnung und die Gewichtung der ‚gemeindepsychiatrischen Kompetenz‘. Beide Themen stellen aber nur ein Element in der Versorgungsgeometrie dar, wie Notfälle ambulant bearbeitet werden. Zur Lage der gemeindepsychiatrischen Kompetenz der EPD gab es eine umfassende Diskussion in der Arbeitsgruppe, da vorerst kontrovers blieb, wie sich die Stellenprofile tatsächlich entwickelt haben und welche Aufgaben von anderen Professionen wahrgenommen werden. Man hat sich dahin geeinigt, dass die EPD ihr gemeindepsychiatrische Kompetenz sehr wichtig nehmen und dass eine diesbezügliche Verstärkung der Kapazitäten dringend notwendig sei.

Der ganze Themenkreis, wie die KPK Notfälle bearbeitet, wurde nur am Rande berührt. Zentrales Anliegen stellt hingegen die verbesserte Netzbildung zu den somatischen Grundversorgern dar. Diesem Thema sind aber wiederum eigene Arbeitsgruppen gewidmet, womit das Thema nur am Rande in diese Arbeitsgruppe einfliessen konnte, obwohl von einer Verbesserung der Netzwerklage am ehesten eine Verbesserung des Erkennens von aufkeimenden Notfällen erwartet werden kann.

Die Arbeitsgruppe hat sich im weiteren vorgenommen, die Thematik der Schaffung einer Kriseninterventionsstation zu prüfen, einem wichtigen möglichen Instrumentarium zu verbesserten Versorgung von Notfällen. Dazu hat sie die KIS Basel besucht und sich eine Meinung über Nutzen und Aufwand eines solchartigen Instrumentariums in der psychiatrischen Versorgung des Kantons Baselland gemacht.

²⁾ Eine gute ambulante Versorgung filtert alle psychiatrischen Probleme heraus, die ambulant angebar sind. Unter den übrigen kommen entsprechend vermehrt unplanbare Situationen oder chaotische Desintegrationen vor. Oder: die ambulante Versorgung konzentriert sich auf sich selber und versagt in ihrem Versorgungsauftrag. Sie kann die Notfälle nicht erkennen und auffangen.

2. Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes

2.1. Beschreibung der Situation

Im IST-Bericht der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie vom 7. Juni 2001 wurde im Kapitel 6.2 die Situation der Notfallangebote, die im Kanton bestehen, dargestellt und gewürdigt. Dabei wurden in unsystematischer Weise auch die Partner einer psychiatrischen Notfallversorgung befragt.

Folgendes wurde festgestellt:

- 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 den oft chronischen Krankheitsverläufen entsteht gegen die auslösende Situation ein Gefühl der Bedrohung. Dies 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.
- 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.
- 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.
- Im Notfalldienst scheinen generell Notfallsituationen zuzunehmen, die sich aus einer allgemeinen chaotischen Lebensführung ergeben. In der Familie und in den ambulanten Institutionen 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 sehr schnell reduziert; man fragt sich dann manchmal, ob die Aufnahme/ Einweisung zwingend war). Die Tendenz, anderen mit einem Suizid zu drohen, scheint zu steigen. 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 sehr hilfreich sein.

- 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 Klinikenbetten hat man über das Ziel hinausgeschossen, da besteht Einigkeit. Es wurden Betten geschlossen und vor allem Langzeitstationen reduziert. Die Dauerpatienten hat man in Wohnheime umplatziert. Die ausgetretenen Patienten kommen aber zum Teil immer wieder in die Klinik und benötigen dann Akutkapazitäten.
- Psychische Prozesse lassen sich zeitlich nicht beliebig komprimieren, auch die Zeit heilt. Es kann daher nicht immer kürzere Hospitalisationen 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. Die Erhaltung des therapeutischen Milieus in der Klinik ist sehr wichtig. Der Patientenwunsch nach längerer Aufenthaltsdauer gilt im übrigen auch für die somatischen Kliniken, nur ein Drittel der Patienten ist bezüglich Aufenthaltsdauer mit den Ärzten kongruent.
- Bei Notfällen 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 Einzelfälle abfangen. Man muss aber in der Lage sein, eventuell jemanden in einer Krise alle zwei Tage zu sehen. Es handelt sich teils um Patientengruppen, die niemand will oder um Gewaltsituationen, die zunehmend psychiatrisiert werden.
- Notfalldienst der EPD und der Psychiater-Fachgruppe: Kantonsweit besteht ein 24-Stunden-Notfalldienst. 1999 gab es von Seiten der EPD und der freipraktizierenden Psychiater 806 Meldungen. Diese verteilen sich wie folgt:

Notfalldienst	1999
Als Notfälle ausgewiesene Patienten der EPD	214
Notfälle im Notfalldienst der Psychiater	592

- Etwa ein Viertel aller EPD-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 stärker als in den pflegerischen und sozialarbeiterischen Teilen ausgebaut.
- 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).
- Ein grosser Qualitätssprung der psychiatrischen Konsilien wurde durch zwei Massnahmen erreicht: die völlige Übertragung der Aufgabe an Ärzte und die schriftliche maschinengeschriebene Berichterstattung innerhalb 24 - 72 Stunden, nachdem zuvor mündlich berichtet wurde. Diese Qualitätsverbesserung wurde innerhalb der bestehenden Strukturen ausgereizt. Eine weitere Verbesserung bedingt neue Strukturen.

2.2. Zusammenfassung

- Notfälle haben in KPK, EPD und im Notfalldienst der Psychiater zugenommen. Vor allem die Notfälle als Ausdruck eines mangelhaften Beziehungsnetzes sind häufiger zu beobachten.
- Die Einführung des Notfalldienstes 1991 hat zu einer Entlastung der Hausärzte und der EPD geführt und die niedergelassenen Psychiater zum wichtigsten Partner der KPK werden lassen.
- Einweisungen in die KPK mittels Fürsorgerischen Freiheitsentzug haben prozentual zugenommen.
- Es soll geprüft werden, welchen Beitrag die Schaffung einer Kriseninterventionsstation zur besseren Handhabung von Notfällen leisten kann.
- Der Notfalldienst ist infolge der Doppelbelastung neben der laufenden Praxis für die niedergelassenen Psychiater vor allem tagsüber mit grossen Stress verbunden. Es gibt zunehmend vermehrt Dispensationen.
- Notfälle sind ein Prüfstein für die Qualität des psychiatrischen Netzwerkes.³⁾

2.3. Umschreibung der Lücken

Folgende Feststellungen können gemacht werden:

- Auf der Notfallstation ist ein rascher Triageentscheid beim Patienten erforderlich, der im Wesentlichen die Frage beantwortet, ob der Patient nach Hause entlassen werden kann, ob eine Zuweisung in die Kantonale Psychiatrische Klinik erforderlich ist oder ob eine Aufnahme im somatischen Spital indiziert ist. Hierbei stellt sich die Frage, ob für alle Zuweisungen an die KPK ein psychiatrisches Konsilium Voraussetzung ist oder ob nicht die besonders eindeutigen Fälle direkt vom somatischen Arzt in die KPK überwiesen werden. Eine solche gestaffelte Regelung würde den Konsiliardienst der EPD entlasten⁴⁾.

³⁾ Dabei ist nicht die prozentuale Zahl der Notfalleintritte in die KPK, sondern die absolute Zahl massgebend. Infolge einer Vergleichsgrösse ist eine Interpretation schwierig.

⁴⁾ Die Frage ist geklärt: Die Frage nach der Notwendigkeit eines Konsiliums ist nicht eine Prinzip sondern eine Indikationsfrage. Die Einweisung kann jederzeit direkt vom Spitalassistenten vorgenommen werden, wenn er sicher ist, dass der psychiatrische Konsiliararzt auch keinen anderen Behandlungsweg weisen könnte. Bei der Einweisung kann aber auch der Psychiater der KPK ein Konsilium durch die EPD vorschlagen.

- Ziel der Notfallversorgung im Spital ist eine rasche Erstbeurteilung und allenfalls die Gewährleistung von notwendigen Folgebeurteilungen und die Organisation von Anschlussbehandlungen.
- Vier Stellen sind in ambulanten psychiatrische Notfälle involviert: Die Hausärzte, der EPD, die Psychiater und die Notfallstationen der somatischen Spitäler. Die Ziele sind:
 - Vereinfachung der Zuständigkeit zwischen niedergelassenen Psychiatern und EPD.
 - Reduktion der Überforderungen der Diensthabenden (Dispensationen reduzieren).
 - Verbesserung der Ausbildungssituation, damit Überforderungen seltener vorkommen.
 - Notfälle sollten rasch und mit hoher Qualität erledigt werden. Notwendige Nachbehandlungen sollten gewährleistet sein.
 - Der Notfalldienst soll für die Beteiligten attraktiv sein, einerseits im Arbeitsablauf, andererseits sollten die finanziellen Ausfälle, die zunehmend sind, besser geregelt werden.
- Hausärzte weisen pro Jahr ca. 1'850 Patienten an frei praktizierende Psychiater und ca. 500 an die EPD. Es besteht die Hypothese, dass Zuweisungen an die EPD vor allem aus der Sprechstunde erfolgen und von Zuweiser genutzt werden, die Sofortlösungen wollen. Die Ziele einer Notfallzusammenarbeit zwischen Hausärzten und psychiatrischen Diensten sind die folgenden:
 - Die Hausärzte benötigen eine rasche und unkomplizierte Übernahme von Patienten zur baldigen Beurteilung. Dazu ist ein Terminangebot in nützlicher Frist, eine schriftliche Berichterstattung und eine mündliche Diskussion des Procedere notwendig.
 - Es ist anzustreben, dass frei Praktizierende in ein solches Prozedere besser involviert werden könnten.
- Notfälle in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik:
 - Ca. 70% aller Eintritte kommen als Notfälle. Wie überall sind auch diese in der KPK zunehmend und führen zu chronischen Überbelegungen. Es gibt zwei Beurteilungspositionen: Die KPK wird dann hauptsächlich angerufen, wenn Notfallsituationen entstanden sind. Die 70%igen Notfalleintritte repräsentieren die wesentliche Funktion der KPK. Zum anderen kann man die Position beziehen, dass die hohe Rate an Notfällen das noch ungenügende Netzwerk der ambulanten Dienste repräsentiert.
 - Die hochfrequent rotierenden Patienten sollten die Akutstationen nicht in dem Masse blockieren, wie dies heute der Fall ist. Die Hospitalisationen von ‚Heavy Usern‘ sollten nicht auf Akutstationen abgewickelt werden, da es sich häufig um Wiederaufnahmen von Langzeitpatienten handelt, die in Rehabilitations- oder Dauerwohnheimen leben und vorübergehend die Unterstützung der Klinik benötigen.
 - Nach Eintritt sollten die Abklärungen rasch und konzentriert erfolgen. Es stellt sich die Frage nach einer spezialisierten Abklärungsstation.
 - Zu rasche Entlassungen präjudizieren einen raschen Wiedereintritt ⁵⁾

⁵⁾ Austritte, die ein Patient gegen den Willen der Behandelnden durchsetzt, führt signifikant häufiger zu einem raschen Wiedereintritt. Ebenso signifikant (wenn auch etwas weniger deutlich) kommt es zu einem rascheren Wiedereintritt, wenn der Patient zum Austritt überredet werden muss, was vor allem bei langen Hospitalisationen vorkommt.

- Notfälle und EPD:
 - Zu den 214 ‚offiziellen‘ Notfällen kommen etwa weitere 500 Patienten, deren Aufnahme dringlich erfolgen muss. Auch die meisten der 514 Konsilien an den Spitälern haben Notfallcharakter.
 - Die EPD sollten bei schwerkranken Patienten mehr hochfrequente Betreuungsangebote machen können, um Dekompensationen aufzufangen. Dies wünscht sich die KPK, um gewisse drohende Einweisungen abfedern zu können. ⁶⁾
 - Schwer bedürftige/kranke Personen brauchen ein verbindliches psychiatrisches Netzwerk. Das Netzwerk soll den Lebensschwerpunkt von chronisch Kranken von der Klinik übernehmen und in einen halbambulantem oder ambulanten Lebensraum übertragen. Hier besteht die Beobachtung, dass trotz besser ausgebauter Versorgung das Netzwerk es häufig nicht schafft, dass chronisch Kranke in ihrer Regression den Schutz nicht in der Klinik suchen.
- Notfälle und niedergelassene Psychiater:
 - Niedergelassene Psychiater sollten zeitlich flexibler ihr Platzangebot definieren, damit kurzfristige Beurteilungen als auch Nachbetreuungen nach Notfalldienst und Krisenintervention trotz ausgelasteter Praxis möglich sind.
- Es wird festgestellt, dass die Beziehungsverarmung innerhalb der Gesellschaft ein wichtiger Grund für die Nutzung von Akut- und Notfallkapazitäten darstellt.

3. Gewichtung der evaluierten Probleme

Zusammenfassend bestehen zweierlei Lücken:

Notfalldienstordnung

- + Die heutige Verteilung des ambulanten psychiatrischen Notfalldienstes ⁷⁾ befriedigt in verschiedener Hinsicht ⁸⁾ nicht.

Lücken im Notfallnetz

- + Notfälle haben stark zugenommen. Trotz besser ausgebauter ambulanter Psychiatrie sind die Notfalleinweisungen in die KPK nicht zurückgegangen. Die Notfallangebote ausserhalb der Klinik sollten verbessert werden. Aus diesem Grunde wurde die Möglichkeiten, die eine Kriseninterventionsstation in einem somatischen Spital bietet, geprüft. Es ist im

⁶⁾ Siehe dazu Anhang 3

⁷⁾ Die heutige Notfalldienstordnung sieht folgendermassen aus:

- In erster Linie ist der behandelnde Psychiater / EPD für die Notfälle seiner Patienten selber zuständig, auch wenn er ausrücken muss und auch im Falle eines FFE.
- Ist dieser nicht erreichbar oder hat der Patient keinen Psychiater oder sprechen inhaltliche Gründe dafür ist tagsüber von Mo – FR von 08:00 bis 18:00 der EPD zuständig, in der übrigen Zeit die freipraktizierenden Psychiater.
- Ist ein Ausrücken vom EPD erforderlich, bietet der EPD-Arzt den freipraktizierenden Psychiater telefonisch via Pager auf (Ausnahme sind die EPD-eigenen Patienten)
- Für die Notfallstationen und die Spitäler sind die EPD immer zuständig.

⁸⁾ Für die Nutzer ist die Verschachtelung der Tages-Zuständigkeit zu kompliziert, was öfters zu Pannen führt. Für die Praktiker ist die Notfalldienstplicht während des Praxisbetriebes eine grosse Doppelbelastung. Ein ausrückender Notfalldienst ist für die Assistenzarztausbildung von grosser Bedeutung, die daher nicht aus dem Pflichtenheft der EPD eliminiert werden sollte.

Weiteren zu prüfen, welche Anbieter welche Angebote verbessern können, damit das Netzwerk für das Auffangen oder Verhindern von Notfällen verbessert werden kann.

4. Übergeordnete Zielvorstellungen

- ✚ Die psychiatrische Versorgung ist in der Lage, Notfälle rasch entgegenzunehmen und adäquate Nachbehandlungen einzuleiten.
- ✚ Der ambulante psychiatrische Notfalldienst ist für alle Nutzer transparent.⁹⁾
- ✚ Die Kompetenzen der freipraktizierenden Diensthabenden in Notfallsituationen ist durch Fortbildung gewährleistet. Die Abgeltung der im Notfalldienst erbrachten Leistungen sind so geregelt, dass es zu keinen finanziellen Ausfällen kommt.¹⁰⁾
- ✚ Die EPD bieten bei Patienten mit einem grossen strukturellen Defizit eine genügend intensive, und zeitlich nicht befristete Betreuung an.
- ✚ Niedergelassene Psychiater und Psychologen definieren ihr Platzangebot zeitlich flexibel, womit vermehrt kurzfristige Beurteilungen als auch Nachbetreuungen im Notfalldienst möglich sind. Sie sind auch bereit, die Zuweisungsinitiativen des medizinischen Systems aufzunehmen und helfen mit bei der Therapieplatzsuche.¹¹⁾

5. Problembereiche, Zielbeschreibungen und Lösungswege

Für die Erreichung dieser Ziele sind folgende Massnahmen und Unterziele notwendig:

5.1. Problembereich 1: Notfalldienstordnung

5.1.1. Beschreibung des Problems

Die heutige Verteilung des ambulanten psychiatrischen Notfalldienstes befriedigt in verschiedener Hinsicht nicht. Für die Nutzer ist die Verschachtelung der Tages-Zuständigkeit zu kompliziert, was öfters zu Pannen führt. Für die Praktiker ist die Notfalldienstplicht während des Praxisbetriebes eine grosse Doppelbelastung. Die starke Zunahme der Dispensgesuche illustriert diese Zunahme der Belastung. Für die Ausbildung der EPD-Assistenten ist ein ausrückender Notfalldienst von grosser Bedeutung, da es die Zeit ist, in der der spätere freipraktizierende Psychiater die Bewältigung solche Notfälle lernt und er das nötige Selbstvertrauen finden kann. Auch der praktizierende Psychiater kann durch Fortbildung zusätzliches Selbstvertrauen gewinnen, was seine Überforderung verkleinert.

⁹⁾ Die Zuständigkeit ist einfach und klar geregelt.

¹⁰⁾ Durch eine vertragliche Regelung mit den Krankenkassen, dass Honorarrechnungen des Notfalldienstes direkt durch die Kasse an den Arzt beglichen werden. Das verhindert, dass bis zu 50% der Notfallpatienten ihre Honorarrechnungen nicht bezahlen.

¹¹⁾ Es wird angeregt, Fortbildungsveranstaltungen zur Thematik ‚Dogmen und Überzeugungen in der psychotherapeutischen Praxis‘ durchzuführen. Es sollte auch untersucht werden, ob Therapien, die durch dritte initiiert werden öfter scheitern als solche, die vom Patienten selber ausgehen.

5.1.2. Beschreibung der Ziele

- + *Der ambulante psychiatrische Notfalldienst ist für alle Nutzer transparent.* ¹²⁾
- + *Die Kompetenzen der freipraktizierenden Diensthabenden in Notfallsituationen ist durch Fortbildung gewährleistet.* ¹³⁾
- + *Die Abgeltung der im Notfalldienst erbrachten Leistungen sind so geregelt, dass es zu keinen finanziellen Ausfällen kommt.* ¹⁴⁾
- + *Die geografischen Grenzen des Notfalldienstes sind geklärt* ¹⁵⁾

5.1.3. Lösungsskizzen

5.1.3.1. Beschreibung der Massnahmen

- **Notfalldienst:** Das Ziel einer besseren Übersicht und einer Entlastung ist durch die ‚alte‘ Aufteilung zu erreichen: die EPD sind tagsüber von MO – FR auch für die Notfälle zuständig, die mit einem Ausrücken verbunden sind. Die notwendige Aufstockung der ärztlichen Kapazitäten ist zu berechnen und umzusetzen. Wenn heute die freipraktizierenden Psychiater für die Notfallwoche ihre Praxis schliessen müssen, ist das eine unzumutbare Belastung und ein ökonomischer Verhältnisblödsinn. Zudem sind auch von anderen Seiten dringende Wünsche an die EPD umzusetzen, die mit einer Kapazitätsausweitung verbunden sein werden (Gutachten / Konsilien durch Oberärzte), sodass in deren Summe ein genügender Bereitschaftsdienst durch je einen Assistenzarzt und einen Oberarzt für Neuaufnahmen, Konsilien und Notfälle verantwortbar ist.
- **Fortbildung:** Das heutige Angebot, das vom Forum für Psychotherapie, einem Organ der psychiatrischen Fachgesellschaften beider Basel angeboten wird, soll dauerhaft bestehen, damit alle KollegInnen der Region stetig ihre Kompetenzen auffrischen können und neue KollegInnen die nötige Unterstützung erhalten können.
- **Zahlungsausfälle:** Mit den Krankenkassen wird eine vertragliche Regelung definiert, dass Honorarrechnungen des Notfalldienstes direkt durch die Kasse an den Arzt beglichen werden. Das verhindert, dass bis zu 50% der Notfallpatienten ihre Honorarrechnungen nicht bezahlen.
- **geografische Grenzen:** Die Notfallzuständigkeit von EPD, freipraktizierenden Psychiater und allgemeinem somatischen Notfalldienst sind geografisch deckungsgleich. Sie richten sich nach der Zuständigkeit der KPD sowie der somatischen Notfallkreise und enthalten insbesondere auch Dorneck und Thierstein sowie die Gemeinde Kaiseraugst. ¹⁶⁾

¹²⁾ Die Zuständigkeit ist einfach und klar geregelt.

¹³⁾ Qualität wird erhöht und Stress reduziert, wenn eine gute Fortbildung besteht. Diese wird gegenwärtig durch das Forum für Psychotherapie beider Fachgesellschaften und Manuel Rupp angeboten. Eine gute Dokumentation hilft, die Entwicklungen zu objektivieren und auf solche mittels Strukturanpassungen reagieren zu können. Es sollte die heutige Strichzählung der freipraktizierenden Psychiater durch eine fallbezogene Datenerhebung ersetzt werden, die sich an die Datenstruktur der EPD angleicht. Die Heavy User des NFD sollten entdeckt werden und ein Reaktionsweg weitergegeben werden.

¹⁴⁾ Durch eine vertragliche Regelung mit den Krankenkassen, dass Honorarrechnungen des Notfalldienstes direkt durch die Kasse an den Arzt beglichen werden. Das verhindert, dass bis zu 50% der Notfallpatienten ihre Honorarrechnungen nicht bezahlen.

¹⁵⁾ KPD, freipraktizierenden Psychiater / AeG-BL haben andere Zuständigkeitsgebiete. KPD sind ebenfalls für Dorneck/Thierstein zuständig, AeG-BL nur soweit diese Gemeinden zu Notfallkreisen gehören, dafür auch für Kaiseraugst.

¹⁶⁾ Bei Kaiseraugst bleibt eine Zuständigkeitsproblematik im Tage-NFD der EPD. Wir schlagen vor, Anfragen aus Kaiseraugst grosszügig entgegenzunehmen. Einweisungen zur stationären psychiatrischen Behandlung müssen aber nach Brugg erfolgen, sofern eine entsprechende Transportfähigkeit des Patienten gegeben ist. Es soll-

5.1.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Die Entlastung der freipraktizierenden Psychiater sollte sich in einer Reduktion der Dispensgesuche niederschlagen, was wiederum die Belastung zusätzlich reduziert. Die Ausbildung der Assistenzärzte gewinnt an Qualität und stellt in diesem Punkt eine bessere Vorbereitung auf die Praxis dar. Sollte die Arbeitsbelastung der niedergelassenen Psychiater in Zukunft abnehmen, könnte die Pflichtverteilung neu gestaltet werden. Im heutigen Zeitpunkt sind die Kapazitäten der Praxen effizienter für die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und die Übernahme von austretenden Spital- und Klinikpatienten nutzbar.

5.1.3.3. Aufwand

Die Übertragung der ganzen Zuständigkeit für die Tagesnotfälle von MO bis FR ist mit einem Aufwand von ca. 450 Jahresstunden oder einem Arztpensum von 20% verbunden. Das erzeugt Kosten von 40'000 Franken pro Jahr. Die freipraktizierenden Psychiater können andere Aufgaben (z.B. vermehrt Abklärungen für Hausärzte durchzuführen) besser erfüllen.¹⁷⁾

5.1.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Die Massnahmen können nach der Bereitstellung der notwendigen EPD-Stellen rasch umgesetzt werden. Da in der EPD-Beratungsstelle durch die Zuteilung ihrer Konsiliardienstpflicht an den Kantonsspitaler an den neu zu schaffenden psychiatrischen Spitaldienst Kapazitäten frei werden, sollte diese Umverteilung mit keinen zusätzlichen Kosten verbunden sein.

5.1.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit

Bei der Schaffung der EPD war den Politikern eine schwergewichtige Realteilung zwischen ambulanten Praxen und kantonalem Dienst wegweisend. Die externen Dienste sollten vor allem diejenigen Aufgaben übernehmen, die entweder von der Praxis her kaum durchführbar sind (wegen mangelnder Interdisziplinarität) oder die den Praxisbetrieb zu stark stören. Die EPD mussten vor einigen Jahren wegen akutem Personalmangel aus dieser Grundordnung der psychiatrischer Arbeitsteilung aussteigen, was seither den Praxen ein unwirtschaftliches Opfer abverlangt. Diese Fehlentwicklung ist zu korrigieren und entspricht dem ursprünglichen sozial-psychiatrischen Aufgabenspektrum der EPD bei deren Schaffung. Die Massnahme ist sinnvoll, entspricht dem ursprünglichen politischen Willen, ist ökonomisch mit kleinem Mehraufwand der EPD zu leisten, entlastet die Praxen aber wesentlich, sodass deren Kapazitäten für Aufgaben frei werden, die besser in den Arbeitsablauf einer Praxis passen.¹⁸⁾

te ständige Usanz werden, dass die NF-Diensthabenden jährlich schriftlich über das FFE-Procedere im Kanton Baselland (mit Pikettnummern der Statthalterämter und der Einsatzzentrale), des Kantons Aargau und des Kantons Solothurn informiert werden. Bestehende FFE-Einweisungsformulare sollen ebenfalls jährlich dazugelegt werden. Der NFD-Verantwortliche der Psychiaterfachgruppe übernimmt diese repetitive Aufgabe und kann für den Versand die Dienste der KPD in Anspruch nehmen.

¹⁷⁾ Die Details der Berechnung finden sich in Anhang 1

¹⁸⁾ zB Abklärungs- und Kriseninterventionsangebote für die Hausärzte, was wiederum die EPD entlastet.

5.2. Problembereich 2: Verbesserung des Notfallnetzes

5.2.1. Beschreibung des Problems

Notfälle haben stark zugenommen. Trotz besser ausgebauter ambulanter Psychiatrie sind die Notfalleinweisungen in die KPK nicht zurückgegangen. Die Notfallangebote ausserhalb der Klinik sollten verbessert werden. Aus diesem Grunde wurde die Möglichkeiten, die eine Kriseninterventionsstation in einem somatischen Spital bietet, geprüft. Es ist im Weiteren zu prüfen, welche Anbieter welche Angebote verbessern können, damit das Netzwerk für das Auffangen oder Verhindern von Notfällen verbessert werden kann.

5.2.2. Beschreibung der Ziele

Die psychiatrische Versorgung ist in der Lage, Notfälle rasch entgegenzunehmen und adäquate Nachbehandlungen einzuleiten. Das Netz ist so ausgerichtet, dass Dekompensationen aufgefangen oder vermieden werden. Die Notfalleintritte in die KPK nehmen ab.

5.2.3. Lösungsskizzen

5.2.3.1. Beschreibung der Massnahmen

- Der Nutzen einer Kriseninterventionsstation ist zu bejahen. Da die Führung einer solchen Station sehr viele finanzielle Ressourcen bindet, wird nach Lösungen gesucht, die mit kleineren Ressourcen auskommen oder die Ressourcen breiter nutzen.
- Die *Früherfassung* psychischer Störungen steht dabei im Vordergrund. Früherfassungsorte sind die Hausarztpraxis, die Gemeindesozialdienste, die Allgemeinspitäler und der Notfalldienst. Für alle diese Orte sollen Konzepte bestehen, die mit einer Verbesserung der Früherfassung von relevanten psychischen Störungen und einer Verbesserung der Zuführung zu spezialisierten Behandlungen einhergehen.
- *Früherfassungsort Allgemeinspital*: im Bericht der Arbeitsgruppe ‚Spital‘ ist die Massnahme der Schaffung eines psychiatrischen Spitalteams genauer erläutert. Im Anhang 5 sind die entsprechenden Berechnungen zu finden. Mit dieser Massnahme will man die Erfassung seelischer Leiden insgesamt verbessern und hofft, durch eine Früherfassung unter anderem späteren Notfällen vorzubeugen.
- *Früherfassungsort Hausarztpraxis*: im Bericht der Arbeitsgruppe ‚Hausarzt‘ wird auf dieses Thema eingegangen, wie die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und ambulanter Psychiatrie (inkl. Psychologen) verbessert werden kann. Auch damit sollte Zuspitzungen von seelischen Konflikten rechtzeitig erkannt und aufgefangen werden.
- *Sozialpsychiatrische Leistungsfähigkeit der EPD*: Die EPD sind personell und organisatorisch in der Lage ¹⁹⁾, Patienten mit einem starken Strukturdefizit ²⁰⁾ sehr engmaschig zu betreuen. Damit werden Klinikeintritte vorgebeugt. ²¹⁾ Die EPD können so auch vermehrt von

¹⁹⁾ Damit muss das interdisziplinäre Team personell aufgestockt werden. (Berechnungen siehe Anhang 3)

²⁰⁾ Zum Beispiel aufgrund einer Zuweisung durch die KPK, die einen Drehtüreffekt ihrer Patienten verhindern will.

²¹⁾ Auch wenn mittels einer engmaschigen Betreuung viele Klinikeintritte in Einzelfällen verhindert werden können, so soll nicht der Illusion Vorschub geleistet werden, dass alle oder die meisten Eintritte vermieden werden können. Hierbei gibt es versorgungsökonomische und menschliche Aspekte zu berücksichtigen. Manchmal ist eine Einweisung in die Klinik ökonomisch sinnvoller, da der ambulante Betreuungsaufwand sehr gross wird. Aber auch hierbei ist zu bedenken, dass viele psychiatrische Hospitalisationen von den Patienten traumatisierend erlebt werden, auch dann, wenn sie infolge ihrer chronifizierten Krankheit die Klinik schon sehr gut kennen.

psychotherapeutischen Praxen zu einer Teilung von Betreuungsaufgaben beigezogen werden.

- *Sozialpsychiatrische Leistungsfähigkeit der freipraktizierenden Psychiater*: Niedergelassene Psychiater definieren ihr Platzangebot zeitlich flexibel, womit vermehrt kurzfristige Beurteilungen als auch Nachbetreuungen im Notfalldienst möglich sind. Sie lassen sich vermehrt in Zusammenarbeitsvereinbarungen ²²⁾ mit Hausärzten einbinden. Durch eine vermehrte Nutzungsmöglichkeit von sozialhelferischen Kompetenzen der EPD lassen sich in vermehrtem Masse auch schwierige Patienten durch niedergelassene Psychotherapeuten betreuen.
- *Niedergelassene Psychologen* sind vermehrt in die Langzeitbetreuung von Chronischkranken einzubinden. Dieses Ziel ist nur mit gegenseitigen Anstrengungen ²³⁾ erreichbar.

5.2.3.2. Wirkung und Nebeneffekte im Versorgungssystem

Mit einer verbesserten ambulanten psychiatrischen Versorgung können viele Patienten ausserhalb der Klinik behandelt werden, die früher eingewiesen werden mussten. Das führt zu einer weiteren Konzentration der stationären Klientel auf die besonders ‚schweren Fälle‘. Diese neigen in höherem Masse zu notfallmässigem Dekompensieren. Sie haben auch eine geringere Fähigkeit, sich im ambulanten Netz sinnvoll zu positionieren. Das heisst, dass eine Zunahme der Notfalleintritte in die KPK sowohl als Indikator für die hohe Qualität des ambulanten Netzes als auch als Zeichen eines relativen Versagens dieses Netzes angesehen werden kann. Die Zunahme der psychiatrischen Inanspruchnahme ist ein international zu beobachtendes Phänomen und hat ganz verschiedene – grösstenteils unbekannte – Ursachen. Einige davon haben sicherlich mit der weiteren Zunahme der Anomisierung unserer Gesellschaftsstruktur zu tun.

5.2.3.3. Aufwand

Die Errichtung einer KIS wäre mit Kosten von 2.6 Mio Franken jährlich verbunden. Die Schaffung von zwei psychiatrischen Spitalteams erzeugt Jahreskosten von ca.1.5 Mio. Franken. Zur Bewältigung der im Anhang 5 umrissenen Pflichtenhefte sind pro Kantonsspital 4.5 Stellen notwendig. Die EPD werden um 0.5 Arztstelle entlastet.

Für die Verstärkung der ‚gemeindepsychiatrischen‘ Kompetenz der EPD sind mindestens 2 Krankenpflege und 1 Sozialarbeiterstelle notwendig. Damit erlangt der EPD wieder die diesbezügliche Leistungsfähigkeit von 1992. Diese Massnahme ist mit Kosten von 320'000 Franken pro Jahr verbunden. ²⁴⁾ Will man die interdisziplinäre Verteilung der EPD proportional zum Jahr 1992 gestalten, müssen 5.5 Krankenpflege und 2.5 Sozialarbeiterstellen geschaffen werden und dafür jährlich 850'000 Franken investiert werden. Mit einer solchen Aufstockung wäre sehr viel Sozialpsychiatrie zu bewirken.

²²⁾ Siehe Bericht der Arbeitsgruppe ‚Hausarzt‘

²³⁾ Zuweiser müssen mehr Kontakt zu Psychologen suchen, Psychologen müssen mehr dafür besorgt sein, dass Zuweisungen auch ankommen und die notwendigen Behandlungen auch durchgeführt werden können (Klärung der Finanzierung und der Medikation).

²⁴⁾ Berechnungen dazu siehe Anhang 3

5.2.3.4. Zeithorizont für die Umsetzung der Massnahmen

Die Umsetzung sollte möglichst rasch und in Koordination mit den anderen Massnahmen erfolgen, die die EPD betreffen. ²⁵⁾ Die Massnahmen, die die Psychiater und Psychologen betreffen, sind durch meinungsbildende Massnahmen umzusetzen

5.2.3.5. Institutionelle und politische Machbarkeit

Für alle hier getätigten Vorschläge gibt es bereits jahrzehntelange Postulate und politisch bestätigte Konzepte. Bereits bei der Schaffung der EPD wurde deren gemeindepsychiatrische Kompetenz in den Vordergrund gestellt. Dieser Umstand fand in der Auswahl der ersten Chefarztes ihren wesentlichen Ausdruck. Seither wurde diese grundlegende Konzeption nicht nur nicht revidiert, sondern mehrfach bestätigt. Aus Kapazitätsengpässen ist es seit 1992 zu einer schleichenden Umstrukturierung gekommen, die korrigiert werden sollte.

Die Verstärkung der psychiatrischen Präsenz in den Spitälern war schon eine der Hauptpostulate der Folgeplanung I, die land- und regierungsrätlichen Segen erhielt. Weil andere Prioritäten an die Hand genommen wurden, blieb die Weiterarbeit an den Postulaten liegen. Mit den heutigen konkreteren Vorschlägen wird nachgeholt, was schon lange politisch und fachlich als Notwendig erkannt worden ist.

Die Tatsache, dass nach der letzten Folgeplanung die schon damals bekannten Mängel in der psychiatrischen Versorgung der Patienten an den Kantonsspitalern zu keinen namhaften Verbesserungen geführt haben, ist wohl weitgehend der fehlenden konkreten Ausarbeitung der Aufgabenhefte und der Kosten zuzuschreiben. Da es sich um eine grosse Patientengruppe handelt, sind die Aufwendungen, die für eine adäquate Betreuung aufzuwenden sind, beträchtlich. Der gleichzeitige Verzicht auf eine ebenfalls sehr notwendige und hilfreiche Kriseninterventionsstation lässt uns hoffen, dass der politische Wille besteht, die wichtige und substanzielle Versorgungslücke zu schliessen.

Die Früherfassung von psychischen Krankheiten und Problemstellungen ist auch volkswirtschaftlich sinnvoll, stellen doch die psychischen Leiden heute die Grösste Gruppe bei den Ursachen einer Berentung infolge Invalidität dar.

²⁵⁾ Therapiestellen für Migranten, Verstärkung ‚Gemeindeteam‘, Notfalldienstordnung, psychiatrisches Spitalteam

6. Kontroversen

In der Arbeitsgruppe wurde der Stellenwert der sozialhelferischen Kompetenz kontrovers diskutiert. Die EPD-Vertreter gaben zu bedenken, dass heute Sozialpsychiatrie vom ganzen Team wahrgenommen werde und somit vermehrt auch Ärzte und Psychologen Aufgaben erfüllen, die man an Psychiatriepfleger und Sozialarbeiter delegieren könne. Dem wurde entgegen gehalten, dass durch eine längere Verweildauer von Psychiatriepfleger und Sozialarbeiter besonders die Langzeitbetreuung von Chronischkranken besser abgedeckt werden könne, als dies durch den Einsatz von Assistenzärzten und PG-Psychologen möglich ist. Als augenfälliges Indiz der erfolgten beruflichen Umgewichtung sei der Rückgang der Präsenz der EPD in sozialpsychiatrischen Vereinen und Vernetzungsgruppen.

In der Planungsgruppe wurde kontrovers diskutiert, ob die Kriseninterventionsstation eine verhältnismässige und sinnvolle Behandlungsmassnahme sei und im Verhältnis zum Aufwand tatsächlich so viel Nutzen für die psychiatrische Akutversorgung bieten könne. Die Verstärkung der Zusammenarbeit mit der KIS Basel wäre vermutlich kostengünstiger. Dagegen sprechen die Argumente, dass die KIS-Basel das psychiatrische Netzwerk in Baselland zu wenig kenne und die Nachhaltigkeit der dort abgewickelten Kriseninterventionen oft zu wünschen lasse. Die KIS in einem Allgemeinspital hat natürlich auch einen indirekten Nutzen fürs ganze Spital, indem die Psychiatrie eigenständig präsent ist und auch rasch genutzt werden kann. Wollte man aber diesen Nutzen haben, bräuchten wir in Baselland zwei KIS, für Liestal und Bruderholz je eine. Die Installierung der Psychiatrie ins Allgemeinspital ist auch mittels einem spitalpsychiatrischen Dienst zu bewerkstelligen. Hat dieser keine eigenen Betten, aber doch klare Handlungskompetenzen, ist dessen Nutzen fürs Spital deutlich grösser, als dies eine KIS sein kann, die in erster Linie ihre eigenen Aufgaben zu erfüllen hat.

7. Zusammenfassende Bewertung der Lösungsskizzen

Die Behandlung von Notfällen, die präventive Vermeidung der Notfalldynamik und die therapeutische Versorgung von Notfällen benötigen ein gut funktionierendes Netzwerk. Das Resultat unserer Diskussionen lässt Verbesserungen an vier Netzpunkten erhoffen:

- + Bessere Verbindung zu den Hausarztpraxen (siehe Bericht der AG ‚Hausarzt‘)
- + Verstärkte Einbindung der psychiatrischen Kompetenz in die Spitäler (siehe Bericht der AG ‚Spital‘)
- + Vereinfachung der Notfalldienstordnung
- + Verstärkung der gemeindepsychiatrischen Kompetenz der EPD
- + Verbesserung sozialpsychiatrischer Hilfestellungen durch psychiatrischen und psychologischen Praxen

Anhang 1: Berechnungen zur Notfalldienstordnung

Die nötigen Zahlen sind die folgenden (siehe IST-Bericht S.102)

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

Aus den Erhebungen der Fachgruppe lassen sich bei den Tages- und Nachtbeanspruchungen Telefone nicht von Hausbesuchen unterscheiden. Da aber die aufbietende Stelle der EPD ist, sollten grundsätzlich alle Beanspruchungen zu Bürozeiten Hausbesuche sein, was aber in Wirklichkeit nicht ganz der Fall ist, da die Abmachung oft nicht eingehalten wird. Ich schlage vor, dass wir etwa von 100/130/150 Tageshausbesuchen ausgehen und pro Hausbesuch im Durchschnitt drei Stunden incl. Schreibarbeiten und allfälligen FFE berechnen. Damit ergibt sich eine Jahresbeanspruchung per 2000 von $3 \times 150h = 450h$, was einer 20%-Stelle entspricht und einem Wochenarbeitsbedarf von 8.6 Std. Damit werden Aufwand-Kosten von 40'000.- erzeugt (mit entsprechenden Einnahmen auf der Ertragsseite).

Rechnet man nun die Entlastung vom Konsiliardienst ein, so ist auf folgenden Zahlen (Bericht S. 103) aufzubauen:

„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). „

Die 927 Konsultationen enthalten wohl nicht die Besprechungen mit dem OA und auch keine schriftlichen Arbeiten. Rechnen wir dazu erneut ca. eine Std. für Besprechung und Aufzeichnungen, landen wir bei 1'440 Stunden.

Wir wissen aber umgekehrt auch nicht, ob eine Konsultation im Durchschnitt 60' dauert. Gehen wir daher von einem Brutto-Zeitbedarf pro Konsilium von 3 Stunden aus, ergibt sich daraus ein Total von ca. 1'500 Stunden.

Daraus folgt, dass der Mehraufwand für den Tagesnotfalldienst bei weitem durch den Minderaufwand durch das Wegfallen des Konsiliardienstes wettgeschlagen wird (Minus 1'000 Stunden, was ca. einer halben Arztstelle entspricht) Auch die Präsenzart von Notfalldienst und Konsiliardienst ist durchaus vergleichbar, womit gesagt werden kann, dass nicht Äpfel mit Birnen verglichen wurden.

Die Kosten auf Seiten der niedergelassenen Psychiater präsentieren sich wie folgt:

Ausfall pro Woche: 7'000, Honorarertrag 4'000.-, davon Hälfte nicht eintreibbar. Ausfallkosten netto = 5'000.-. Fürs ganze Jahr = $52 \times 5'000.- = 260'000.-$ Wenn mit KK Vertrag über Direktzahlung von Notfallrechnungen möglich wäre: Jahresausfall reduziert sich auf $52 \times 3'000.- = 156'000.-$

Anhang 2: Patienten, die kürzer als 5 Tage in der KPK sind

Die Frage war zu prüfen, welche Charakteristiken Patienten aufweisen, die im Zeitraum von 1998 bis 2000 kürzer als 5 Tage in der KPK waren?

Antwort:

1. Es handelt sich überdurchschnittlich oft um Ersteintritte
2. Männer sind übervertreten
3. Altersklasse 20 bis 40 ist übervertreten, Ältere sind untervertreten
4. CH sind untervertreten
5. (Teil-)Erwerbstätige (bei Eintritt und Austritt) sind übervertreten
6. Selbsteinweisung ist häufiger
7. FFE-Quote ist etwa gleich, eher weniger
8. Notfalleintritte sind deutlich häufiger
9. Schwere der Krankheit ist etwa gleich, leicht weniger Schwerkranke
10. Tendenziell weniger Zwangsmedikation und Zwangsisolation
11. "Wichtigste Behandlung" ist überwältigend häufig "Krisenintervention" (doppelt so häufig wie bei allen anderen), liegt ja in der Natur der Sache
12. Der Zustand bei Austritt ist (verständlicherweise) viel häufiger "unverändert"
13. Diagnostisch sind Drogensüchtige, F4 und F6 übervertreten, F0, F2, F3 untervertreten. F2 sind aber immer noch 20%.
14. Heavy User-Anteil ist leicht untervertreten

Diese Kurzaufenthalter sind also eher integrierte Personen (deutlich häufiger noch erwerbstätig, auch bei Austritt, ein Vorteil dieser Kurzhospitalisation liegt wohl darin, dass man in so kurzer Zeit die Stelle nicht verliert), die selbst notfallmässig kommen, praktisch ausschliesslich in Krisensituationen und häufig "unverändert" (aber wahrscheinlich beruhigter) wieder austreten.

Die detaillierte Auswertung kann bei Niklas Baer angefordert werden.
(niklas.baer@kpd.ch)

Anhang 3: das ‚Gemeindeteam‘ der EPD seit 1992

Betrachtet man die Entwicklung der EPD seit 1992, fällt eine deutliche Umgewichtung der Stellenprofile auf:

Die Entwicklung der EPD ohne Tageskliniken

	1992	2001	Differenz	
OA + Chef	5.00	7.80	2.80	56%
Assistenzärzte	4.88	9.70	4.82	99%
Psychologen	5.45	7.87	2.42	44%
Krankenpfleger	4.20	3.29	-0.91	-22%
Sozialarbeiter	1.70	2.50	0.80	47%
andere	3.60	7.30	3.70	103%
total o.TK	24.83	38.46	13.63	55%

Die Tabelle veranschaulicht, dass vor allem die Psychiatriekrankenpflege im EPD nicht weiterentwickelt worden ist. Auch die Sozialarbeiter wurden von 3.3 Stellen 1991 auf 2.5 Stellen 2001 reduziert. Beide Berufsgruppen als Einheit betrachtet hat sich das Stellenvolumen von 6.9 1991 auf 5.8 im Jahre 2001 reduziert. Berücksichtigt man die allgemeine Vergrößerung der EPD in den betrachteten 10 Jahren ergibt sich ein Stellendefizit von 71% in der Berufsgruppe Sozialarbeit & Krankenpflege.

Wollte man beide Berufsprofile auf das Niveau von 1991 anheben, müssten 4.1 neue Krankenpflege- und Sozialarbeiterstellen geschaffen werden.

Wenigstens die Hälfte davon (2 Stellen) muss realisiert werden, damit obiges Ziel ²⁶⁾ auch eingehalten werden kann. Dies ist mit Kosten von **260'000 Franken pro Jahr** verbunden.

Die Störungsbilder der EPD-Patienten haben sich statistisch seit 1992 nicht verändert. Es werden noch immer die selben Patientengruppen wie damals betreut. Allerdings wurde die Netzwerkarbeit in den Gemeinden, mit Behörden und Institutionen zugunsten der direkten Arbeit am Patienten reduziert. Damit ging eine gewisse Führerschaft in der Sozialpsychiatrie der EPD verloren.

²⁶⁾ Die EPD bieten bei Patienten mit einem grossen strukturellen Defizit eine genügend intensive, und zeitlich nicht befristete Betreuung an.

Anhang 4: Kriseninterventionsstation Basel

Am 6. September 2001 hat die Arbeitsgruppe die KIS Basel besucht. Am 11.9. wurde der Besuch analysiert. Nachfolgend seien die zusammengetragenen Leitzahlen der KIS Basel und die Würdigung durch die Arbeitsgruppe wiedergegeben:

1. Struktur der KIS

8 Betten, offen, 4. Stock, max. 4 Tage, Aufnahmen rund um die Uhr via PUPER oder Notfallstation, Teil der psychiatrischen Poliklinik²⁷⁾ und des Allgemeinspitals, 2x Visite täglich, 4 Doppelzimmer, 2 Stationsbüros, 1 Teilzeitaufenthaltsraum, keine Abgrenzungen gegen nächste somatische Station.

2. Stellen-Etat

100% Oberarzt, 100% Assistenzarzt, 950% Pflege (verteilt auf 14 Personen), 50% Sozialarbeit. Benutzte Ressourcen von PUPER und NFS für Triage und Aufnahme umfassen zusätzlich ca 100% Stelle. Total: 1300% Betreuungsstellen. Dazu kommen eine unbekannte Zahl von zentralen Leistungen (Essen, Putzen, Sekretariat, Buchhaltung, Haustechnik etc.) sodass ein Gesamtstellenetat von 20 Vollstellen geschätzt werden muss. Damit schätzen wir die Kosten der KIS incl. Betriebsaufwand auf 2.6 Mio. Franken jährlich. (2 Mio. Personalaufwand, 30% Betriebsaufwand)

3. Belegung 2000

- + 471 Patienten
- + 651 Eintritte (davon 113 Übertritte in eine andere Klinik, haupts. PUK und KPK)
- + 2602 Pflage tage (4 Pflage tage pro Eintritt)
- + Auslastung = 89%

4. Aufnahmeanlass

- + 63% Probleme in Ehe, Familie, Beziehungen, Arbeitsplatz
- + 32% Exacerbation einer psychiatrischen Krankheit
- + 5% wegen somatischer Krankheit

5. Alter

- + Gipfel der Alterspyramide bei 30

6. Hospitalisationsdauer

- + 60% der Eintritte bleiben 4 Tage
- + 7% der Eintritte bleiben 5 Tage (v.a. Mutter-Kind-Projekt, das mit längeren Aufenthaltszeiten verbunden ist).
- + Rest bleibt weniger als 4 Tage

7. Haupt-Diagnosen

- + 41% Depressionen
- + 23% Suizidalität (11%) und Status nach Suizidversuch (12%)
- + 12% Angst
- + 11% Psychose
- + 9.5% Sucht (7% Aethyl, 1.7% Medikamente, 0.7% Drogen)

Persönlichkeitsstörungen sind die wichtigste Zweitdiagnose.

8. Nationalität

- + 78% CH

²⁷⁾) 3'000 Patienten pro Jahr, 28'000 Konsultationen = 9.3 Konsultationen / Patient und Jahr

- + 12% Türkei (Bevölkerungsanteil 4.4%): *Probleme in Ehe und Familie*
- + 9% EU (Bevölkerungsanteil 12.7%)
- + 1.1% Ex-Jugoslawien (Bevölkerungsanteil 5.5%)

9. Wohnort

- + 84% BS ²⁸⁾
- + 13% BL (61 Patienten, 85 Eintritte, 338 Pflage tage, 340'000 Fr. Vollkosten)
- + 3% AG u.a.

10. Weiterbehandlung

- + 16% stationär psychiatrisch (PUK und KPK)
- + 2% stationär somatisch
- + 82% ambulant

11. Wiedereintritte

- + 74% der Eintritte sind einmalig im Jahr
- + 20% der Eintritte sind Zeiteintritte

12. Indikation

Minimale Kooperationsfähigkeit und –bereitschaft des Patienten
Zieldefinition in gegebenem zeitlichen Rahmen

13. Zuweiser

- + Hausarzt 15 %
- + Notfallpsychiater 4,6 %
- + Psychiater 12 %
- + PUK 4,2 %
- + PUP 31,2 %
- + Notfall KBS 16,4 %
- + Übriges KBS 2,5 %
- + Gepl. Wiederaufnahme 6 %
- + andere 8,1 % ²⁹⁾

14. Feststellungen

- + Aus den 74% Einmaleintritten pro Jahr kann nicht abgeleitet werden, dass Ersterkrankungen mittels KIS aufgefangen werden können, da die Eintrittszahl insgesamt nicht bekannt ist und viele chronische Patienten nur eine Hospitalisation pro Jahr aufweisen.
- + Auf der KIS werden ca. zwei somatische Konsilien pro Tag bestellt. Der KIS-Aufenthalt dient auch zur somatischen Nebendiagnostik.
- + Krisenpatienten sind anders als somatisch-psychiatrische comorbide Patienten.
- + Die telefonische Nachbetreuung musste aus Kapazitätsgründen aufgegeben werden.
- + Die KIS (neben PUPER und Psychosomatik) führt auch zu einer Ausstrahlung auf das Allgemeinspital: alle Notfallärzte erhalten vier Ausbildungseinheiten in Psychiatrie; Einflussnahme auf die psychopharmakologische Spitalapotheke; 900 Konsilien pro Jahr exkl. den Tätigkeiten der psychosomatischen Abteilung; eine psychiatrische Abteilung im Allgemeinkrankenhaus verändert das Bild der Psychiatrie
- + KIS hat auch eine virtuelle Bedeutung für niedergelassene Psychiater, die den Patienten durch eine Voranmeldung stabilisieren können, auch wenn er dann nicht auf einen Eintritt angewiesen ist.
- + Ein Ausbau auf 12 Betten wäre betrieblich ideal.

²⁸⁾ Bevölkerung BS = 185'000, BL = 265'000

²⁹⁾ Die Zahlen stammen aus einer Stichprobe aus dem Jahr 2000.

- + Eine KIS in dieser Form (starre 4 Tage-Regelung, keine eigenen Nachbetreuungen) ist nur in einer Agglomeration mit einer hohen psychiatrisch/psychotherapeutischen Praxisdichte möglich, da innerhalb vier Tage eine Nachbehandlung gefunden werden muss.

Frage der Wirtschaftlichkeit: verhindert eine KIS nur einige wenige Suizide, dann haben sich die hohen Ausgaben auch volkswirtschaftlich gelohnt.

15. Bemerkungen der Arbeitsgruppe

- + Die KIS entlastet vor allem die ambulante Notfall- und Krisenversorgung sowie die Notfallstation.
- + Eine Entlastung für die KPK wird sie nur in wenigen Fällen darstellen.
- + Die KIS stelle eine klientenfreundliche stationäre Sofortintervention dar.
- + Die Qualität der Arbeit der KIS wird durch bestimmte Parameter gewährleistet: keine Überbetten (wenn die 8 besetzt sind, sind sie besetzt), genügend Personal, sie stellt in gewissem Sinne eine ‚Rosinenpicker‘-Station dar (?)
- + Was geschieht mit den ca. 500-600 BL-Patienten, die in BS in die KIS gehen? Sie werden vom Notfalldienst, vom EPD, von den somatischen Notfallstationen getragen oder melden sich gar nicht.
- + In der Suizidprophylaxe stellt die KIS ein sehr wertvolles Instrument dar.
- + Die KIS ist aber mit ca. 2,6 Mio. / 1'000 Fr./Patienten-Tag ein teures Instrument.
- + Der Nutzen für das somatische Spital soll nicht unterschätzt werden.

16. Fazit der Arbeitsgruppe

- + Die KIS ist eine schöne Sache, die wir auch gerne hätten.
- + Die KIS bindet viele finanzielle Mittel und es soll der Versuch unternommen werden, ergänzende Vorschläge auszuarbeiten, die weniger kosten und die breiter als eine KIS einsetzbar sind.
- + Eine stationäre Psychiatrie im somatischen Spital ist dann ein ernsthaftes Thema, wenn zu bildende Kapazitäten in der KPK damit ins Spital verlagert werden können. (Semiakut-Station mit der Gefahr der Zwei-Klassen-Psychiatrie)
- + Die Schaffung von vermehrten Psychatriebetten im somatischen Spital, integriert in die Allgemeinmedizinischen, Chirurgischen oder Gynäkologischen Abteilungen mit starken Liaisonpräsenz der Psychiatrie steht gegenwärtig im Vordergrund der zu machenden Lösungsvorschläge.³⁰⁾
- + Die verstärkte Nutzung der KIS BS mittels Leistungsvereinbarung ist als eine flankierende Massnahme zu betrachten. Mittels einer Leistungsvereinbarung könnte diese Nutzung ausgebaut werden.

17. Fazit der Planungsgruppe

- + Die Präsenz der Psychiatrie im Allgemeinspital ist mit einem spitalpsychiatrischen Dienst effektiver zu gewährleisten.
- + Eine Leistungsvereinbarung mit Basel-Stadt zur Nutzung ihrer KIS dient für die patientengerechten Indikationsstellungen für eine KIS-Hospitalisation.
- + Wenn eine Spital-Psychiatrische-Station konzipiert werden soll, dann sollte es eine Multiindikationsstation sein. (hier besteht wiederum die Gefahr der Zweiklassen-Psychiatrie)
- + 15% aller KPK-Hospitalisationen sind kürzer als fünf Tage. Nur einen Teil davon könnte in eine KIS übernommen werden. Die Patienten, die weniger als 5 Tage hospitalisiert sind, zeigen charakteristische Merkmale, die in *Anhang 2* abgebildet sind.

³⁰⁾) Die Personalisierung der Konsiliumsarbeit als auch die Liaisonstätigkeit am Allgemeinspital können durch ein kleines Team bewältigt werden, das je an einem der grossen Kantonsspitäler domiziliert ist und fachlich/organisatorisch der EPD unterstellt ist. Z.B: 2 Oberärzte, 1 Psychologe, 1 Sozialarbeiter, 1 Psychiatriseschwester (Standort Notfallstation) bring Kosten von ca. 2x750'000 Fr. mit sich. Mit den halben Kosten einer KIS kann vermutlich in der Früherfassung psychischer Störungen wesentlich mehr bewirkt werden.

Anhang 5: das psychiatrische Spitalteam

nachfolgend sollen die Aufgaben / Stellenprofile der Mitglieder des psychiatrischen Spitalteams umschrieben werden:

Kaderärzte:

- Konsilien und Folgekonsilien (ca. 500 pro Spital = 1'500 Stunden / Jahr)
- Liaisonbetreuung der Hauptdiagnose-Patienten (320 Patienten auf Med. Bruderholz = 2'000 Stunden / Jahr)
- Teaching des Personals am Einzelfall (300 Stunden / Jahr)
- Weiter- und Fortbildung im Spital (200 Stunden / Jahr)
- Sonderaufgabe: Sucht in Schwangerschaft: Prävention der Alkoholembryopathie und Betreuungsaufgaben nach Geburt bei Drogenabhängigkeit der Mutter (100 Std)
- Vermittlung und Begleitung der Suchtkonsilien (150 Std.)³¹⁾
- Ausbildung von EPD-Assistenzärzten in der Durchführung von Konsilien³²⁾
- Definition gewisser "Standards of care" (verbindliche Medikamentenliste: für uns und für die Konsiliarii, Merkblätter für gewisse häufige Situationen: Suizid/Suizidalität, akute Erregungszustände, etc.)
- Ergibt Arbeitspensum von 4'250 Stunden (= **zwei Stellen à 100%**)

Krankenschwester

- Teaching des Pflege-Personals am Einzelfall (600 Stunden / Jahr)
 - Teilweise praktische Unterstützung in der Pflege von psych. Patienten (900 Std.)
 - Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 100%**

Psychologe

- Unterstützung der Kaderärzte in deren gesamten Pensum
- Insbesondere Durchführung der Kommunikationstrainings
- Einführung von standardisierten Beurteilungsinstrumenten
- Wissenschaftliche Evaluation der psychiatrischen Arbeitstätigkeiten
- Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 100%**

Sozialarbeiter

- Vermittlung der Weiterbehandlung
- Evaluation von sozialen Begleit- / Hintergrundproblemen und Einleitung einer entsprechenden Lösung: Vermittlung an die zuständige Stelle
- Ergibt Arbeitspensum von **einer Stelle à 50%**

Kosten incl. Anteil Betriebskosten

2 Stellen à 210'000.- = 420'000.-

1 Stelle à 170'000.- = 170'000.-

0.5 Stellen à 120'000.- = 60'000.-

1 Stelle à 100'000.- = 100'000.-

Total 4 Stellen = 750'000.- pro Kantonsspital

Ergibt Gesamtkosten von 1.5 Mio / Jahr

³¹⁾ Steigerung auf ca. 200 Erfassungen pro Jahr und Kantonsspital

³²⁾ Assistenten fallen mit der Schaffung des spitalpsychiatrischen Dienstes, der bewusst durch Oberärzte besetzt sein soll, aus der Schaffung des spitalpsychiatrischen Dienstes heraus. Diese stellt aber ein Ausbildungspunkt in den FMH-Anforderungen dar. Da auch nachts und an Wochenenden Konsilien durchgeführt werden müssen, ist eine Nutzung von EPD-Assistenzärzten durch die Oberärzte des spitalpsychiatrischen Dienstes erwünscht und sinnvoll. Die Konsilien sollen aber einzeln kontrolliert werden und Gegenstand einer Ausbildungssituation sein.

Anhang 6: Vergleich mit Basel-Stadt

Lediglich zur Information: Vergleich der ambulanten poliklinisch-psychiatrischen Versorgung im Kanton Baselland und Basel-Stadt:

	EPD	PUPER	Psychosomatik	Psychosomatik	Total	Differenz	
			KS-Basel	Frauenspital			
OA + Chef	7.80	7.00	4.00	2.00	13.00	5.20	67%
Assistenzärzte	9.70	11.00	2.00	2.00	15.00	5.30	55%
Psychologen	7.87	2.00	2.50	0.40	4.90	-2.97	-38%
Krankenpfleger	3.29	7.00			7.00	3.71	113%
Sozialarbeiter	2.50	4.00		0.80	4.80	2.30	92%
	31.16	31.00	8.50	5.20	44.70	13.54	43%

Die psychiatrische Versorgung im BS ist nicht für den gefängnispsychiatrischen Dienst und nicht für forensische Gutachten zuständig. Trotzdem stehen den einzelnen Abteilungen bei einem bevölkerungsmässig kleineren Einzugsgebiet 43% mehr Stellen zu Verfügung. In der Stellenberechnung Basel-Stadt ist die KIS nicht enthalten.