

Folgeplanung II
Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie

Bericht der Untergruppe "Kapazitätsfragen" zum Soll-Zustand¹

Schlussbericht vom 27. November 2001 (von Dr. Theo Cahn)

An dieser Arbeitsgruppe haben mitgewirkt:

Danja Graf (Psychiaterin in Praxis)
Karl Bruder (Psychotherapeut in Praxis)
Jakob Bösch (Chefarzt EPD)
Theodor Cahn (Chefarzt KPK)
Niklas Baer (Projektstab FP II)

Es wurden 7 Sitzungen durchgeführt

¹ Von 1999-2002 leitete ich die Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie der Folgeplanung 2 zum Psychiatriekonzept Baselland. Neben der zentralen Planungsgruppe bildete ich 5 Untergruppen. Die Untergruppe Kapazitäten wurde von Dr. Theo Cahn geleitet. Ich steuerte die Kapazitätenberechnung bei. 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 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. Diese 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. Wichtige Ergebnisse aus der Evaluation des Ist-Zustandes.....	5
2.1. <i>Epidemiologie</i>	5
2.2. <i>Beurteilung der Ursachen und der Bedeutung der steigenden Beanspruchung</i>	6
2.3. <i>Situation der frei praktizierenden nichtärztlichen Psychotherapeuten</i>	8
3. Beurteilung der Situation durch die Untergruppe.....	9
4. Übergeordnete Zielvorstellungen.....	10
5. Problembereiche und Lösungen.....	11
5.1. <i>Anlaufstelle, Notfälle – Krisenintervention</i>	11
5.1.1 <i>Neue, bisher unbetreute Fälle</i>	12
5.1.2 <i>Bekannte, schon betreute Fälle</i>	12
5.2. <i>komplexe sozialpsychiatrische Betreuung – Rehabilitation</i>	13
5.3. <i>Konventionelle Psychotherapien (psychodynamisch, humanistisch)</i>	14
5.4. <i>Spezifische Abklärungen und Therapien (Störungs- und Problembezogen)</i>	15
5.5. <i>Besondere Leistungen für spezielle Bevölkerungsgruppen</i>	16
5.6. <i>Finanzierung von Psychotherapien durch nichtärztliche Therapeutinnen</i>	17
6. Kontroversen.....	17
7. Wirkung der Vorschläge.....	17

1. Allgemeines zur Ausgangslage und zum Planungsprozess

Die gesamte Psychiatrie ist seit Jahren mit einer stetig wachsenden Beanspruchung konfrontiert. Dies zeigt sich in allen grossen Versorgungsbereichen - private Praxis von Psychiatern und von Psychotherapeuten, ambulante Stellen der KPD und in der KPK - und ist kein isoliertes Phänomen, sondern landesweit zu verzeichnen, auch in den Nachbarländern. Vorläufig ist kein Ende dieses Trends abzusehen

Das Problem hat einen quantitativen und einen qualitativen Aspekt: Quantitativ wächst die Zahl der Behandlungsepisoden, die sich gleichzeitig im Durchschnitt verkürzen. Diese Verkürzung kompensiert aber nicht die Steigerung der Fallzahlen, so dass die Gesamtauslastung des Systems steigt². Die Kapazitätserweiterung geschieht einerseits durch Vermehrung der Praxen und andererseits durch Aufstocken der Personalbestände in den KPD (und führt zu grösseren Defiziten).

Qualitativ wird immer mehr Differenzierung des Angebots und Professionalität nachgefragt. Auch dieses qualitative Wachstum brauchte und verlangt weiterhin Ressourcen und angepasste Strukturen.

Besonders die EPD sind Adressat neu aufkommender Bedürfnisse nach bestimmten Therapien und Dienstleistungen. Doch sehen auch sie sich zugleich einer starken quantitativen Zunahme ausgesetzt. Damit lag die Frage im Raum, ob im Bereich der Privatpraxen noch Ressourcen zur besseren Nutzung und Aufgabenteilung zu finden wären.

Die Untergruppe hatte sich primär mit dem quantitativen Aspekt zu befassen, konnte aber am Qualitativen nicht vorbei sehen. Ihr Hauptaugenmerk lag, wie angedeutet, auf der *Verteilung der zunehmenden Aufgaben in der ambulanten Versorgung*. Die stationäre Versorgung wurde, obwohl das Problem auch dort sehr akut ist, nur am Rande berührt. Zum einen weil sie nicht einmal 10% der psychiatrischen Fallzahlen betrifft. Zum andern, weil die KPK gegenwärtig bereits Projekte umsetzt, um den gestiegenen Andrang strukturell zu fassen.³

So bewegte sich die Debatte vor allem im Feld EPD – Praxis. Strukturell gesehen geht es um die Schnittstellen sehr ungleicher Partner: Ein einheitlich geleiteter öffentlicher Dienst steht einer grossen Zahl Selbständiger gegenüber, die wohl in Fachgruppen organisiert sind, aber für bestimmte übergreifende Organisationen erst gewonnen werden müssen (dekretieren kann man ihnen kaum etwas). Dieser Pol teilt sich nun wieder in die Psychiater und die nichtärztlichen Psychotherapeuten⁴. Die beiden Gruppen unterscheiden sich besonders in der Behandlungsfinanzierung: Die nichtärztliche Psychotherapie ist bekanntlich nach wie vor ohne Kassentarif, was für die Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung entscheidende strukturelle Konsequenzen hat⁵.

² Gilt für die KPK erst seit 1999.

³ Aktuell Einrichtung einer vierten Akutstation. Das Sanierungsprojekt Haus 5 passierte den Landrat am 8.11.01.

⁴ Der Kürze halber hier meist als "Psychologen" bezeichnet

⁵ Die Debatte ist eidgenössisch offenbar aufs Eis gelegt.

Bei der Lösung der Probleme stiessen wir daher wiederholt an enge Grenzen der "Rahmenbedingungen", welche durch diese Planung nicht zu ändern sind. Sie konnte aber durchaus die vorhandenen Spielräume ausleuchten und einige kreative Vorschläge entwickeln.

Eine weiterer Hemmschuh in der Diskussion waren nicht seltene Erfahrungen mit dem Scheitern von einzelnen Vorstössen zu Koordination und Kooperation; bspw. versuchte der EPD mehrfach, die Überweisung von sozialpsychiatrischen Patienten an die Praxis institutionell zu regeln. Der systematische Planungsprozess eröffnet hier aber neue Chancen.

2. Wichtige Ergebnisse aus der Evaluation des IST-Zustandes

2.1. Epidemiologie

Laut IST-Bericht sind folgende Steigerungsraten festzustellen:

- Freipraktizierende Psychiater: Verdreifachung der wöchentlich behandelten Patienten zwischen 1988 und 2001⁶
- EPD: Verdoppelung der Fallzahlen zwischen 1992 und 1999⁷
- KPK: Zunahme der Eintritte um gut 50% im gleichen Zeitraum⁸

Im IST-Bericht wird folgende Verteilung zusammengestellt⁹:

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 etc.) 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
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%

⁶ Bericht der Planungsgruppe Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie zum IST-Zustand, S. 59

⁷ aao. S. 67

⁸ aao. S. 71

⁹ aao. S. 28

Ergänzungen

a) Die aktuellen Zahlen für das Jahr 2000 zeigen einen weiteren Anstieg gegenüber dieser Tabelle.

- EPD 3'270 Fälle (+ 13%)
- KPK 1'140 Eintritte (+ 6,5%)

b) Von den ca. 9500 psychiatrischen BL- Patienten, die in der Region ambulant in Praxen behandelt werden, fallen etwa 5600 auf 75 psychiatrische Praxen¹⁰ und etwa 1000 auf die 47 Psychologen-Praxen¹¹ in unserem Kantonsgebiet.

Es ist bei den steigenden Ziffern festzuhalten, dass sie die anzunehmende psychiatrische Gesamt-Morbidität der Bevölkerung bei weitem nicht erreichen:

"Wesentlich sind die Erkenntnisse der psychiatrischen Epidemiologie der letzten 20 Jahre, die sich auch in unseren eigenen Erhebungen in den Kantonsspitalern, Alters- und Pflegeheimen sowie bei Hausärzten jeweils bestätigt haben: Man muss aufgrund einer Vielzahl grosser Studien davon ausgehen, dass pro Jahr 20-30% der Wohnbevölkerung einmal an einer behandlungswürdigen (mehrheitlich jedoch leichteren und vorübergehenden) psychischen Störung mit Krankheitswert leiden, 5-10% bedürfen einer spezialisierten Behandlung. Das sind im Kanton Baselland 13'000 bis 26'000 Menschen. Effektiv psychiatrisch behandelt werden davon in Baselland und Basel-Stadt geschätzt rund 12'500 in Baselland wohnhafte Patienten jährlich. *Auch wenn man vom (sehr konservativ geschätzten) Minimalbedarf ausgeht, besteht heute keine Überversorgung.*"¹²

Aus der diesen epidemiologischen Befunden geht eindeutig hervor, dass es – nur einmal marktmässig betrachtet – noch viel Platz für eine Expansion gibt.

2.2. Beurteilung der Ursachen und der Bedeutung der steigenden Beanspruchung

Die Frage nach Ursachen und Bedeutung dieser Entwicklung wurde im Plenum der Planungsgruppe Allgemeinpsychiatrie eingehend diskutiert (Auszüge)¹³. Diskutiert wurden folgende Thesen:

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

¹⁰ aao. S. 59

¹¹ aao. S. 66

¹² Zusammenfassung der Evaluation des IST-Zustandes, S. 3

¹³ aao. S. 128 ff

- 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)“.

Diese wurden folgendermassen beurteilt:

„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. ...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.

- **Allgemeine gesundheitspolitische Veränderungen** (...die gesamte Gesundheitsversorgung nimmt zu...).
- Die **Alterszusammensetzung** spielt (gerade im somatischen Spital) eine grosse Rolle hinsichtlich Demenzen. Generell haben alte Menschen häufig psychische Probleme...
- **Angebotserweiterung** (Zunahme der freipraktizierenden Psychotherapeuten und Psychiater führt zu Patientenzunahme)...
- 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. ..Angesichts der Prävalenz (auch in Anbe-

tracht der Folgen von psychischen Störungen) sollte die Psychiatrie viel mehr abdecken...

- Die Erfolge in der somatischen Medizin führen auch dazu, dass „das Psychische“ übrigbleibt und sich mehr zeigt...
- Die **Zweidrittelgesellschaft** 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 Problem wurde auch von der Untergruppe nochmals durchgegangen. Sie kam zum Schluss, dass sich in der Bedarfssteigerung global gesehen echte Bedürfnisse ausdrücken und es nicht in nennenswertem Ausmass um Fehlgebrauch, Modekonsum oder Ähnliches handelt.

2.3. Situation der frei praktizierenden nichtärztlichen Psychotherapeuten

Die ausgewertete Umfrage bei den Psychologen lag im Juni 2001, nach der Redaktionsschluss des IST-Berichtes vor. Resultate dazu:

- Befragt wurden 48 psychologische Psychotherapeuten mit BL-Praxisbewilligung. Retourniert wurden 26 Fragebogen (54%), davon 10 Männer, 14 arbeiten in Delegation, 10 hätten gerne mehr Patienten, 13 haben Ressourcen für 2 bis max. 3 schwer (auch sozial) Beeinträchtigte, generell hätten 17 Therapeuten aktuell 38 freie Therapieplätze (dies ist sehr wahrscheinlich keine fixe Grösse; wenn die Rahmenbedingungen anders wären, würden sich die Ressourcen ändern).
- 50% haben mehr als 2 Jahre Berufserfahrung in der psychiatrischen Versorgung. Die Anzahl Patienten pro Jahr streut sehr stark, der Durchschnitt liegt bei 37 im Jahr 1998 und 44 im Jahr 1999. Davon waren 1998 durchschnittlich 7 Kinder/ Jugendliche, im Jahr 1999 9 Kinder/ Jugendliche.
- Von den 441 erfassten Patienten einer Erhebungswoche wohnen knapp zwei Drittel in BL, knapp ein Drittel in BS und 8% anderswo.
- 5% sind IV-berentet ohne Arbeit, weitere 5% arbeitslos, weitere ca. 2% an einem geschützten Arbeitsplatz. 40% sind voll erwerbstätig, etwa ein Viertel ist in Ausbildung, ca. ein Viertel ist teilerwerbstätig oder im Haushalt tätig. Nur 2% sind älter als 65 Jahre. Hauptdiagnosen F4 (165 Patienten), F9 (94), F6 (72) und F3 (68) überwiegen. Kaum F2 (12).
- Psychologen erhalten Patienten v.a. durch Selbstzuweisung (119 von 441 Patienten in der Erhebungswoche), durch den Hausarzt (103 von 441) und durch andere Psychologen (80 von 441). Nur 5% kommen von der KPK, 2% von den EPD. *Die Vernetzung mit der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung ist in dieser Hinsicht sehr schwach.*

- Bezüglich Patientenselektion werden als Einschränkungen genannt (d.h. werden nur reduziert in Behandlung genommen): Suchtproblematik, Psychose.

3. Beurteilung der Situation durch die Untergruppe

a) Ein Anhalten des Trends zur Steigerung der Beanspruchung psychiatrischer Leistungen ist wahrscheinlich, da die oben (Abschnitt 2.2.) herausgestellten Faktoren wahrscheinlich weiter wirksam bleiben. Es ist aber unmöglich, eine Aussage über das Ausmass (Steilheit) des Anstiegs zu machen, noch darüber, wann in einer spontanen Entwicklung eine Stabilisierung, d.h. eine Sättigung eintreten könnte.

b) Die zunehmende Beanspruchung haben KPK und EPD in einem Masse unter Druck gesetzt, dass die Qualität der Institution bedroht erscheint. Diese Erfahrung zeigt: Es ist nötig, dass bei einer durchschnittlichen Auslastung des Versorgungssystems gewisse Kapazitätsreserven bestehen und ohne Schwierigkeiten nutzbar sind.

b) Es erscheint gesamthaft gesehen sinnvoll, diesem Bedarf entgegenzukommen. Die Untergruppe ist der Auffassung, dass eine vermehrte Professionalisierung und Spezialisierung in der Versorgung angesichts des epidemiologischen Gewichtes psychischer Erkrankungen sinnvoll und anzustreben ist, da den Patienten bessere Hilfe zuteil wird. *Daher wird insgesamt ein weiterer Ausbau der Kapazitäten erfolgen müssen.* Dies gilt umso mehr, als weitere Differenzierungen in der Angebotspalette gefordert und realisiert werden. Der Ausbau ist nach einzelnen Feldern zu differenzieren ist (siehe Abschnitt 5.1 ff).

c) Der Zusatzbedarf manifestiert sich nachweislich in hohem Masse in Form von "Krisen"¹⁴. Dabei sollte man auch den Hintergrund beachten, denn psychiatrisch relevante Krisen entstehen auf einem bestimmten Boden: Chronische Krankheit, psychosozialer Druck, Lebensführung, Vulnerabilität bestimmter Gruppen. Es ist ein wesentliches Problem, auch auf dieser eher latenten Ebene zu besser (konstanter, vorzeitiger) zu intervenieren.

d) Psychotherapien: Für deutschsprachige Patientinnen und Patienten in geordneten Verhältnissen ist ein quantitativ ausreichendes Angebot in nützlicher Frist erreichbar, sofern keine besonderen zusätzlichen Kriterien erfüllt werden müssen - so besteht z.B. noch ein Mangel an Plätzen bei Therapeutinnen. Grosse Schwierigkeiten bestehen bei sozial und/oder sprachlich Handicaperten (siehe Bericht Untergruppe Migration).

e) Die KPD-Dienste sind überlastet und sehen sich gezwungen, Ressourcen zuzulegen. Die privaten Psychiatriepraxen schufen eine markante Angebotsvermehrung durch immer neue Praxiseröffnungen. Der grosse Boom scheint aber vorüber zu sein. Die einzelnen männlichen Psychiater haben teilweise freie Plätze. Bei praktizierenden Psychologen liegen Ressourcen brach, wegen der bekannten Probleme mit der Kassenvergütung. Allerdings haben diese mangels zahlender Kundschaft teilweise therapiefremde Tätigkeiten angenommen und

¹⁴ Bericht der Planungsgruppe Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie zum IST-Zustand, S. 102f

damit eigene Kapazitäten besetzt, die unter besseren Rahmenbedingungen für die Therapie zur Verfügung stände.

f) Doch bleiben den Rahmenbedingungen für die Finanzierung und damit für die vermehrte Versorgungsbeteiligung der nichtärztlichen Psychotherapeuten vorläufig ungünstig. Da es sich um eine Regelung auf eidgenössischer Ebene handelt, ist sie von uns direkt nicht zu beeinflussen. Hingegen lohnt es sich, kompensatorische Organisationsformen und Hilfestellungen ins Auge zu fassen. *Man wird aber gegen ein Gefälle arbeiten müssen.* Ferner ist festzustellen, dass als Kehrseite der schlechten Beteiligung an der psychiatrischen Versorgung die *schlechte Vernetzung* der Psychologen und Psychotherapeuten in die lokalen Versorgungsstrukturen imponiert. Sie sind in zwei regionalen bzw. schweizerischen Fachvereinigungen organisiert, aber es besteht keine der Fachgruppe der Psychiater entsprechende einheitliche Organisation auf Kantonsebene. Im Gegensatz zu den Psychiatern haben sie keinen institutionalisierten Austausch mit den Diensten der KPD. Ihr Angebot und ihre Leistungen sind im medizinischen Milieu weitgehend unbekannt. Daraus ergibt sich teilweise ein *circulus vitiosus* der Nichtbeteiligung.

g) Die privaten Psychiater arbeiten viel weniger als vor einigen Jahren als reine Psychotherapeuten, sondern beteiligen sich vermehrt an der psychiatrischen Akutversorgung und an der Langzeit-Betreuung (intensivere Nutzung des NFD; Zuweisungen in die / von der KPK)¹⁵, welche man allerdings nicht mit Psychotherapie gleichsetzen darf. Diese Ressource kann aber noch vermehrt genutzt werden.

h). Eine effektive, verbindliche Steuerung von "Patientenströmen" von den EPD zu den privaten Praxen ist problematisch, da die Partner eine grosse Zahl von "Einzelunternehmen" sind, die ihre Praxisstruktur anpassen müssten. Das ist aber schwierig, wenn jemand seine Praxis gut etabliert hat. Hingegen beeinflussen die Marktverhältnisse und gesamtschweizerische Rahmenbedingungen das Angebotsverhalten stark. Dennoch werden hier bestimmte Steuerungsmassnahmen vorgeschlagen. Diese müssen vor allem als Anreize (z.B. via bestimmte Modell-Projekte) und Förderungen wirken und können zumeist nicht den Anspruch fixer allgemein verbindlicher Regelungen erheben.

4. Übergeordnete Zielvorstellungen

4.1. Die auf absehbare Zeit vorauszusehende weitere Bedarfszunahme nach psychiatrischer Leistung wird versorgungspolitisch im Grundsatz akzeptiert. Die Entwicklung muss in regelmässigen Abständen evaluiert werden.

4.2. Es stehen in allen Versorgungsbereichen ausreichende, für Patienten und Zuweiser gut erreichbare Kapazitäten für spezialisierte psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen zur Verfügung. Dabei ist, was die Aufnahmezeiten betrifft, nach Bedarfsgruppen zu differenzieren.

¹⁵ aao. S. 65 und 80.

4.3. Die Kapazitäten sind idealerweise so bemessen, dass bei durchschnittlicher Auslastung eine geringe Reserve besteht. Nur so können Differenzierungen und gute Arbeitsbedingungen aufrecht erhalten werden.

4.4. Die Verteilung im Versorgungssystem funktioniert so, dass Unterschiede in der Auslastung ausgeglichen werden. Das gilt bezüglich Ausgleich kürzerfristiger Schwankungen innerhalb der gegebenen Strukturen, wie für die längerfristigen Perspektiven der Planung und Aufgabenzuteilung.

4.5 Die EPD dienen als zentrale Drehscheibe im allgemeinspsychiatrischen Versorgungssystem und garantieren ausreichende Ressourcen für diese Funktion. Sie nehmen neue Bedürfnisse und fachliche Anforderungen wahr und beurteilen ihre Bedeutung für die psychiatrische Versorgung. Sie übergeben Aufgaben, die daraus erwachsen, nach Möglichkeit (ganz oder teilweise) an andere Instanzen.

5. Problembereiche und Lösungen

Gliederung

Es erscheint günstig, die Kapazitätsfrage differenziert nach einer Reihe von *Bedarfsbereichen* zu unterteilen, wobei es in praxi natürlich zu vielen Überschneidungen kommt. Es wird jeweils abgehandelt, welche Aufgaben den Praxen von Psychiatern und von Psychologinnen und den EPD zukommen sollen

5.1. Anlaufstelle, Notfälle – Krisenintervention

Beanspruchungstrend: Tendenz deutlich steigend

Zuweisungsanforderungen: Es zählen: kurzfristige, zuverlässige, für alle Nutzer (Patienten, Angehörige, zuweisende Ärzte, Tel. Notfallzentrale) ohne weiteres transparente Erreichbarkeit: Gute Wegweisung, klare Struktur des Angebots. *Jede via falsa, jede Rückweisung führt zu einer Vertiefung der Regression und folglich zur Eskalation der Krise. Jede absehbare Übernahme durch eine Person / Instanz, die Vertrauen erweckt, möglichst in der Nähe, führt zu einer Entlastung!*

Ziel: Die Übernahme muss auf möglichst direkten Wegen, in nützlicher Frist geschehen, aber in frühen Stadien der Krise ist im Rahmen einiger Tage oft noch Aufschub möglich, wenn die Betroffenen ohne Komplikationen einen klaren Konsultationstermin erhalten. Die fachliche Differenzierung tritt demgegenüber zurück, weil sie komplikations- und pannen anfällig macht. Als sinnvolle Differenzierung sind zu halten : Kinder / Erwachsene¹⁶ / Drogen. In diesem Sinne erscheint das gegenwärtige System zu kompliziert und zu zentralistisch.

¹⁶ Der Notfalldienst der Niedergelassenen ist für Kinder und Erwachsene gemeinsam organisiert

In der Folge differenzieren wir zwischen neuen und bekannten Patienten:

5.1.1 Neue, bisher unbetreute Fälle

Ziel: Übernahme möglichst in frühen Stadien, dezentral, nahe an der / persönlich verknüpft mit der unspezialisierten Primärversorgung. Dieses Angebot gibt es noch nicht, da die EPD und noch mehr der Notfalldienst der privaten Psychiater bezogen auf den Kanton BL zentrale Strukturen sind.

Praxis-Psychiater: Es wird hier in Anlehnung an die Idee der Untergruppe "Hausärzte" als Massnahme empfohlen, eine vorgeschobene Linie der fachlichen Krisenintervention einzurichten: durch (lokale) Gruppen von Praxen, die mit Hausärzten eine bestimmte, rasche Meldungs- und Übernahmemodalität vereinbaren, mit einem Standard der Verfügbarkeit (z.B. in-nerst 48 Stunden). Der zentrale psychiatrische NFD wird dann zu einem - weiterhin sicher notwendigen - Angebot der "zweiten Linie".

Praxis-Psychologinnen: Komplizierte Kostenabklärungen sind in dieser Kategorie eine kontraproduktive Belastung. Daher könnte sich eine sinnvolle Beteiligung der Psychologen nur aus einer institutionellen Einbindung ergeben, welche diese Frage generell löst. Dazu fehlt zur Zeit der gesetzliche Rahmen.

EPD: Es ist keine grundsätzliche Änderung vorzusehen, vor allem keine vermehrte Weiterweisungen von *Krisenpatienten*, die als erstes die EPD angegangen haben. Aus dem oben beschriebenen Angebot der Praxis-Psychiater ist aber eine indirekte Entlastung der EPD zu erwarten.

5.1.2. Bekannte, schon betreute Fälle

Ziel: Es bestehen einfache und institutionalisierte Möglichkeiten des Rückgriffs auf schon erprobte Settings/Instanzen/Institutionen, in denen vermehrter Schutz, intensivere Betreuung und Bewältigungsarbeit geboten wird. Im Gegensatz zu 5.1.1. muss hier aber kein Erstkontakt mit einer psychiatrischen Instanz gesucht werden, sondern eine adäquate Intensivierung innerhalb des psychiatrischen Systems. Es sind daher die bestehenden Strukturen zu optimieren.

Vorschlag EPD: Verdichtung bestehender ambulanter Kontakte, wenn eine Krise heranzieht. Wenn das nicht genügt, müssen die Betreuer auf die stationären Angebote greifen und ihre Patienten in Krise dorthin begleiten und mit ihnen und den stationären Teams in Kontakt bleiben können (KIS, KPK). Dazu braucht es personelle Reserven, vgl. 4.3.. Diese Aufgabe ist nur ein Spezialfall im Rahmen der langfristigen Drehscheiben- und Koordinations/Begleitungs-Funktionen, vgl. unten, 5.2..

Praxis (alle): Gute Vernetzung ist Voraussetzung jeglichen Krisenmanagements.

5.2. komplexe sozialpsychiatrische Betreuung – Rehabilitation

Beanspruch.trend: Nach Schätzung des Chefarztes EPD kommen mehr Patienten dieser Kategorie in Betreuung, aber sie werden teilweise weniger intensiv eingebunden. Sie gehen auf Distanz zum Betreuungssystem, auf der Suche nach mehr Autonomie¹⁷. Daraus kann sich ein "Verdünnungs-Effekt" ergeben und eine Beanspruchung, die weniger besetzt scheint. Dieser Trend dürfte teilweise problematisch sein, so weit darin ein Mangel langfristiger Betreuungen mit hinreichendem Halt und Kontinuität zum Ausdruck kommt (sowohl "continuité des soins" wie "continuité des conceptions" erscheinen kritisch). Diese Patienten tauchen daher vermehrt als Krisenfälle auf.

Ziel: Die einzelne betreuende Instanz soll sich in ein Netz einfügen. Zuweisung zu bestimmten Stellen bzw. Praxen erscheinen als Teil einer Koordinations- und Begleitfunktion¹⁸: Es muss eine differenzierte Zuweisung zu einzelnen Instanzen erfolgen, nicht allein nach fachlichen Kriterien, sondern ebenso sehr nach der Möglichkeit, die betreffende Instanz in das konkrete Behandlungsnetz einzufügen (Akzeptanz durch Pat. und Angehörige, örtliche Erreichbarkeit, Kooperationspotential etc.). Die angefragte Instanz übernimmt je nach Indikation in kurzer, mittlerer- oder längerer Frist.

EPD: a) Funktionieren weiterhin als Informations und Zuweisungs-Drehscheibe.
 b) Die EPD stellen vermehrt Begleitungen mit Koordinationsfunktion und als Informationszentralen zur Verfügung: Diese Funktion wird in einer persönlichen Beziehung langfristig durchgetragen: bei wechselnden weiteren Beteiligten, Settings etc.. *Diese (alte) Funktion ist im Rahmen der EPD strukturell aufzuwerten.* Als diese Art von "Case-manager" kommen die *langfristigen* MitarbeiterInnen in Frage. Diese müssten mit den Praxis-Psychiatern und -Psychologen kooperieren. Sie haben auch eine Begleitfunktion in stationären Phasen (vgl. 5.1.2.)¹⁹.
 c) Die EPD übernehmen selber weiterhin bestimmte Anteile der komplexen langfristigen Behandlung bzw. Betreuung.

Praxis-Psychiater: Neben der herkömmlichen Kooperationsidee - der Psychiater ist für alles zuständig und sucht sich bei Bedarf Hilfe im EPD - sollte ein *umgekehrtes Modell* erprobt werden: Der *Casemanager* im EPD *sucht einen* privaten Psychiater als *dauerhaften* Therapeuten, behält aber die Vernetzungsfunktion in eigenen Händen. Dazu müssen vorweg generelle Absprachen zwischen EPD und interessierten Praxen den Boden legen.

¹⁷ Dies gilt offenbar besonders für Migranten

¹⁸ Ursprünglich haben wir hier den Terminus "Casemanagement" eingesetzt. Dieser Begriff wird aber heute vor allem mit einer ökonomische Zielsetzung konnotiert, welche hier nicht im Vordergrund steht. (Einsparungen können als Nebeneffekt durchaus erwartet werden.)

¹⁹ Solche kontinuierlichen ambulanten Begleitungen werden während stationären Phasen nicht abgegolten. Daraus können für den EPD Finanzierungsprobleme entstehen.

Praxis-Psychologinnen: Gleiches Modell wie bei Psychiatern. Es geht aber aus Kostengründen nur selten (vergl. 5.6).

5.3. Konventionelle Psychotherapien (psychodynamisch, humanistisch)

Beanspruch.trend: Auf hohem Niveau, aber rückläufig. Die Psychotherapien, welche eine umfassende menschliche Entwicklung abstellen (Einsicht, Strukturierung, Individuation etc.), bleiben äusserst wichtig. Sie werden aber heute zunehmend durch spezifische Problem- bzw. Störungsorientierung ergänzt bzw. abgelöst (vgl.5.4.). Therapieplätze sind für Deutschsprachige, grob gesehen, genügend erreichbar.

Zuweis.anforderungen: Zuweisungen geschehen meist entlang persönlicher Kenntnis und Empfehlung. Abklärung nach individueller Indikation und nicht nach vorbestimmten Kriterien. Wartezeiten bis zu drei Monaten sind mehrheitlich zu verantworten.

EPD Ziel: Die EPD behalten ein *Minimum* an längerfristigen spezifischen Therapiefällen, welche sie a) zu Weiterbildungszwecken b) zur Aufrechterhaltung der internen Therapieerfahrung und des therapeutischen Klimas brauchen. Das soll auch transparent werden.

Vorschlag: *Diese Anforderung wird in einem Konzept definiert: Anzahl Fälle pro Weiterbildungs-Kandidat? bzw. pro Teilinstitution? Erarbeiten eines Standards für die Führung und die Supervision dieser Therapien. Diese Präzisierungen werden innerhalb der EPD erarbeitet und von der Chefärztekonzferenz genehmigt, evtl. ergibt sich in bestimmten Punkten Gültigkeit für die gesamten KPD. Was darüber hinaus geht, soll der EPD möglichst vollständig nach Triage/ Abklärung weiter weisen können. Hingegen erscheint es sehr sinnvoll, Überbrückungen zu übernehmen, bis eine auswärtige Therapie beginnen kann. Das gilt sinngemäss auch für Austritte aus der KPK..*

Praxis (alle): Sie tragen Hauptanteil dieser Behandlungen.

Ziel ist eine *angemessene, möglichst einfache Zuweisung neuer Fälle*.

Vorschläge treffen sich mit der Untergruppe "Hausärzte":

a) Aktuell gehaltenes Informationssystem über die Angebote der Praxen, mit besserer Standardisierung der Angaben²⁰, Angabe von freien Therapieplätzen. Auszuarbeiten und zu unterhalten durch die Fachgruppen. Es müssen namentlich für die laufende Aktualisierung personelle und organisatorische Ressourcen eingeplant und bereit gestellt werden.

b) Förderung von persönlicher Kenntnis und Austausch zwischen EPD und Praxis (zum Beispiel in Kontaktveranstaltungen mit Psychologen zu spezifischen Themen)

²⁰ wird zur Zeit von den Psychologen-Verbänden und der Fachgruppe der Psychiater an die Hand genommen

5.4. Spezifische Abklärungen und Therapien (Störungs- und Problembezogen)

Beanspruch.trend: Trend deutlich steigend. Sog. störungsspezifische Psychotherapien - meist nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten und in Programme bzw. Manuale gefasst - werden zur Zeit von universitärer Seite stark propagiert (teilweise sind sie eine Modeerscheinung, teilweise ergeben sich echte, neue Perspektiven), und daher von Zuweisern und informierten Patienten (Internet!) zunehmend nachgefragt. Der Bestand an entsprechend ausgebildeten TherapeutInnen liegt dem gegenüber im Rückstand. Zudem sind die vorhandenen Angebote wegen der Vereinzelung wenig bekannt.

Zuweis.anforderungen: Zuweisung selektiv-individuell, gemäss der gefragten spezifischen Kompetenz, weniger aufgrund persönlicher Beziehung. Es braucht daher gute Verbreitung der entsprechenden Adressen (Informationssystem, vgl. 5.3.). Diese Zuweisungen sind keine Notfälle. Wartezeiten können meist verantwortet werden.

EPD: Die EPD bekamen und bekommen besonders häufig Anfragen in dieser Richtung und haben bereits manche dieser Kompetenzen erfolgreich aufgebaut (z.B. Sexualtherapie, Behandlung von PTSD²¹). Andererseits stösst man hier relativ rasch an Ressourcenbegrenzung, und es resultieren Überlastungen bzw. Konflikte zwischen den verschiedenen Leistungsanforderungen.

Ziel: Unbestritten haben die EPD auch hier eine Ausbildungsfunktion wahrzunehmen. Es ist kann auch sinnvoll sein, wenn die EPD zur Einführung eines bestimmten Teils dieser Methodik eine lokale Vorreiterrolle übernehmen, aber sie können nicht in jeder neuen Anforderung nachkommen oder in jede Lücke springen. Das soll auch transparent werden.

Vorschlag: Die Vorsorgungs- und Ausbildungsziele und -Anteile der EPD in diesem Bereich, sollten analog zu 5.3. konzeptionell präzisiert werden - dies allgemein und je spezifische Anwendung. Die EPD sollten dies noch innerhalb des Folgeplanung II-Prozesses vorlegen.

Praxis (alle): Es wird schon jetzt vieles in dieser Thematik unternommen, aber offensichtlich passiert das recht vereinzelt (bzw. in Kontakt mit den entsprechenden Spezialgruppierungen, aber nicht lokal vernetzt.), also gibt es diesbezüglich keinen zentralen Informationspool und die Überweisungen sind entsprechend aufwändig.

Ziel: Es erscheint wichtig, die Ressourcen zu bündeln, ohne dies unversehens dem öffentlichen Dienst zu übertragen.

Vorschlag: Als günstige Alternative erscheint die Idee *privater Kompetenzzentren*: Es handelt sich um fachliche "Kristallisationskerne" mit minimalen Organisationsstrukturen: Eine Reihe von KollegInnen mit einem spezifischen Interesse (z.B. Th. von Zwangsstörung oder Psychotraumatologie) tun sich zu einem Verbund zusammen, bilden

²¹ Posttraumatische Belastungsstörung (posttraumatic stress disease)

sich gemeinsam weiter, entwickeln Standards und die Qualitätssicherung für diese Therapie, einigen sich eventuell über gewisse Standards bei ihren Berichten, übernehmen Beratungen und spezielle Konsilien, auch in den KPD, dort auch Ausbildungsfunktionen für das spezifische Gebiet. Das Spezialgebiet wird nur einen Teil der Praxistätigkeit füllen. Die KollegInnen müssen nicht am selben Ort tätig sein, die elektronische Verbindung genügt. Sie sorgen aber gemeinsam für eine gute, zuverlässige Erreichbarkeit. Je nach Ziel kann ein solcher Verbund auch interdisziplinär zusammengesetzt sein, das ist ein Chance zur Integration der Psychologinnen ins System. Die Fachgruppen fördern die Bildung solcher Zentren, z.B. indem sie aufgrund der Deklaration, welche die Mitglieder zuhanden der Listen machen, Kontakte herstellen.²² Des weiteren braucht es das unter 5.3. beschriebene Informationssystem (cf 5.3).

5.5. Besondere Leistungen für spezielle Bevölkerungsgruppen

und bei bestimmten kollektiven Situationen (z.B.: Migranten, Betagte, psychologische Katastrophenhilfe)

- Beanspruch.trend:** Steigend: Die Relevanz bestimmter sozialer bzw. situativer Kriterien wird zunehmend stärker gewichtet. Bestes Beispiel ist die psychologische Soforthilfe nach Katastrophen, die sich wenigen Jahren als Standard durchgesetzt hat.
- Zuweis.anforderung:** Die Zuweisung erfolgt hier nicht nach individuellen Patientenmerkmalen, sondern nach bestimmten Zugehörigkeitskriterien (z.B. Katastrophen-Situation oder bestimmte Sprache). Ein Teil dieser Leistungen kann unversehens und krisenhaft gefordert sein (Katastrophe, Einstrom von Flüchtlingen), ein anderer Teil der Zuweisungen (Z.B. stabile ausländische Bevölkerung) ist planbar.
- EPD:** Sofern diese Anforderungen im Kontext krisenhafter Ereignisse erscheinen, braucht es klare Organisation und zentralisierte Weisungsbefugnis. Solche Leistungen finden sich daher im öffentlichen Dienst und sind grundsätzlich in den EPD richtig platziert.
Ziel: Diese Leistungen werden strukturell klar verankert.
Vorschlag: Der Leistungsauftrag formuliert die Anforderung und die globalen Kosten.
- Praxis (alle):** Für stabile Sondergruppen könnten sich wie unter 5.4. Kompetenzzentren bilden. Der Einbezug einzelner TherapeutInnen in Care-Teams und entsprechende Pikettstellung auf Absprache ist erwünscht, zumal die EPD bei grossen Katastrophen nicht genügend Personal einbringen können.

²² Eventuell gemeinsame Bearbeitung der Psychologen- und der Psychiaterlisten durch eine kleine Kommission, in der auch die EPD vertreten sind.

Weitere Probleme:

5.6. Finanzierung von Psychotherapien durch nichtärztliche Therapeutinnen

In Praxi bestehen oft verschiedene Wege der (Teil-)Finanzierung auch ohne KVG-Leistung. Doch es ist nicht einfach, in konkreten Fall herauszufinden, was möglich ist²³. Daher erhöht die Zugangsschwelle zusätzlich.

Ziel: Zuweiser und Patienten erhalten wirksame Unterstützung in der Frage der Finanzierungsmöglichkeiten von Therapien durch Psychologinnen.

Vorschläge:

- a) Es wird von seiten der Psychologinnen ein Manual zur Finanzierung ausgearbeitet, welches die Möglichkeiten aufzeigt²⁴.
- b) Von Psychologenseite wird eine Ansprechsstelle/-Person für Finanzierungsfragen bezeichnet.
- c) Von KPD-Seite besteht eine Anweisung, diese Instrumente zu nutzen und bei geeigneten Patienten die Möglichkeit einer Überweisung an Psychologinnen abzuklären.

6. Kontroversen

Die Möglichkeit der Praxen, sich um Hausärzte zu gruppieren und Krisenpatienten rasch abzunehmen (Vorschlag 5.1.2), war umstritten. Für Kolleginnen, die ohnehin schon ganz ausgelastet sind, erscheint dies nicht als verlockende Perspektive - so ausgelastet sind aber nicht mehr alle. Aus der Diskussion in der Untergruppe Hausärzte wissen wir, dass solche Angebote bei den Hausärzten wahrscheinlich sehr willkommen wären.

Ebenfalls problematisch sah man die Meldung freier Therapieplätze an eine zentrale Vermittlungsstelle.

Hingegen hat die Idee von Kompetenzzentren oder entsprechenden Verbundorganisationen sehr Anklang gefunden.

7. Wirkung der Vorschläge

- Die ausgearbeiteten Vorschläge sollen eine Optimierung der Verteilung der Inanspruchnahme bewirken und daher dazu beitragen, Überlastungssituationen zu verhindern – namentlich bei den EPD. Der steigende Bedarf wird nicht direkt beeinflusst. Dies mag eine enttäuschende Feststellung sein. Aber unsere Planung muss sich realistischer Weise an das in einem relativ kleinen Gemeinwesen Mögliche halten. Die psychiatrische Versorgung wird also mehr Ressourcen brauchen, mit einer guten Verteilung werden diese effizienter eingesetzt. Die zu-

²³ Das Delegationsverfahren von Therapien aus den KPD an niedergelassene Psychologen ist juristisch ausgeschlossen.

²⁴ Siehe Anhang 2 (Entwurf eines Begleitbriefes an die Hausärzte)

nehmende Professionalisierung der Hilfe bei seelischem Leiden mag Bedenken erwecken und sogar als Zeichen der sozialen und geistigen Desintegration gewertet werden. Die Untergruppe sieht jedenfalls keinen besseren Weg, als diese Tendenz in Massen und mit einer bedarfsgerechten Verteilung aufzunehmen.

- Es werden hier aber recht erhebliche strukturelle Anforderungen an die hauptsächlichen ambulanten Akteure gestellt: die EPD und die privaten Praxen von Fachärzt/innen. Diesen Anforderungen genügen die gegenwärtigen Strukturen nicht:

Bei den Privaten gibt es gegenwärtig kaum Möglichkeiten, die Entwicklung der Vielzahl der Praxen in bestimmte strukturell erwünschte Richtungen zu beeinflussen. Das heisst auch: Wenn man die hier (und in anderen Planungsgruppen) genannten Ziele erreichen will, muss man von der gegenwärtigen sehr ausgeprägten Individualisierung der Praxis zu etwas mehr gemeinschaftlicher Ausrichtung kommen. Das wird und muss Kontroversen auslösen. Die EPD haben zu wenig Ressourcen, um den von allen Seiten an sie angemeldeten Bedarf zu übernehmen. Bei einer weiteren Vergrößerung und Diversifizierung ist sind auch strukturelle Anpassung notwendig, welche die Leitungen auf der Stufe der Teilinstitutionen stärkt.

31.12.01 / Th. Cahn