



KANTONALE PSYCHIATRISCHE DIENSTE

Folgeplanung II zum Psychatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft

**Bericht der Kantonalen
Psychiatrischen Dienste Basel-Landschaft**



Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion
Kanton Basel-Landschaft

Projektleiter Theodor Cahn
Redaktion: Niklas Baer
 Theodor Cahn
Layout: Urs Argast
ISBN-Nummer: 3-85673-663-8

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	21
1.1	Allgemeine Lage der psychiatrischen Versorgung	21
1.1.1	Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen	21
1.1.2	Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung	21
1.1.3	Allgemeine Lage der psychiatrischen Dienste	22
1.1.4	Interkantonale Zusammenarbeit und Planungsprozesse	22
1.2	Grundlegende Entwicklungen und Planung	22
1.2.1	Zentrale Unterstützung für dezentrale Angebote	22
1.2.2	Steuerung und Kompensation der Leistungslücken	22
1.2.3	Aufwertung der Sozialpsychiatrie als Verständnisbasis	23
1.2.4	Integration der allgemeinen und spezialisierten Psychiatrie	23
1.2.5	Angebote für die „vergessene“ Mehrheit der PatientInnen	23
1.2.6	Engere Kooperation von Psychiatrie und Allgemeinmedizin	23
1.3	Planung der einzelnen Bedarfsbereiche	24
1.4	Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie (Kap. 5)	24
1.4.1	Problemstellung	24
1.4.2	Lösungsvorschläge	25
1.5	Psychiatrische Rehabilitation (Kap. 6)	26
1.5.1	Problemstellung	26
1.5.2	Lösungsvorschläge	26
1.6	Alterspsychiatrie (Kap. 7)	27
1.6.1	Problemstellung	27
1.6.2	Lösungsvorschläge	28
1.7	Substanzabhängigkeit (Kap. 8)	28
1.7.1	Problemstellung	28
1.7.2	Lösungsvorschläge	29
1.8	Kinder- und Jugendpsychiatrie (Kap. 9)	30
1.8.1	Problemstellung	30
1.8.2	Lösungsvorschläge	30
1.9	Forensische Psychiatrie (Kap. 10)	31
1.9.1	Problemstellung	31
1.9.2	Lösungsvorschläge	31
1.10	Ausbildung und Forschung (Kap. 11)	32
1.10.1	Ausbildung	32
1.10.2	Forschung	32
1.10.3	Lösungsvorschlag	32
1.11	Struktur der Psychiatrie an den KPD (Kap. 12)	33
1.11.1	Problemstellung	33
1.11.2	Lösungsvorschläge	33
1.12	Priorisierung und Abfolge	34
1.12.1	Direkte Leistungen an PatientInnen	34
1.12.1.1	<i>Alterspsychiatrischer Dienst</i>	34
1.12.1.2	<i>Ausbau Tagesversorgung</i>	34
1.12.1.3	<i>Spitalpsychiatrie</i>	35
1.12.1.4	<i>Forensische Psychiatrie</i>	35
1.12.1.5	<i>Stationäre Rehabilitation für Jugendliche</i>	35
1.12.2	Indirekte Leistungen an PatientInnen	35
1.12.2.1	<i>Fachstelle für psychiatrische Rehabilitation</i>	35
1.12.2.2	<i>Psychiatrischer Dienst für Substanzabhängigkeit</i>	35
1.12.2.3	<i>Migranten</i>	35
1.12.3	Strukturelle und organisatorische Leistungen	36
1.12.3.1	<i>Strukturelle Modifikationen in den KPD</i>	36
1.12.3.2	<i>Zusammenarbeit mit Schwerpunkt im ambulanten Bereich</i>	36
1.13	Einschätzungen zur Finanzierung	36

2	Einleitung	39
2.1	Auftrag	39
2.2	Gesetzliche Grundlage	39
2.3	Abriss der Psychiatrieplanung seit 1980	39
2.3.1	Das Psychiatriekonzept von 1980	40
2.3.2	Die erste Folgeplanung zum Psychiatriekonzept.....	40
2.3.3	Bauprojekt Sanierung Haus 5 KPK.....	41
2.4	Ziele der Folgeplanung II.....	42
2.5	Anlage und Prozess der Planung	42
2.5.1	Planungsanlage.....	42
2.5.2	Planungsprozess.....	43
2.5.2.1	Evaluation (IST-Zustand).....	43
2.5.2.2	Planung (SOLL-Zustand)	44
2.5.2.3	Umsetzung	44
2.6	Gewinnung planungsrelevanter Daten und Informationen	44
3	Grundlagen	47
3.1	Grundsätze	47
3.1.1	Zehn Versorgungsprinzipien.....	47
3.1.2	Krankheits- und Störungsbegriff	47
3.1.3	Zuständigkeit und Kernkompetenz der Psychiatrie.....	48
3.1.3.1	Medikalisierung und Demedikalisierung, Bedeutungsverlust der Sozialpsychiatrie	48
3.1.3.2	Kernkompetenz.....	49
3.1.3.3	Zwang und Gewalt.....	49
3.1.3.4	Weitere Kompetenzfelder: Psychosomatik	50
3.1.3.5	Psychotherapie.....	50
3.1.4	Bedürfnisse, Bedarf und deren Lenkung	50
3.1.4.1	Bedürfnisse.....	50
3.1.4.2	Bedarf	51
3.1.4.3	Steuerung	51
3.1.5	Qualitätsbegriff	52
3.1.5.1	Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement.....	52
3.1.5.2	Methodische Fragen.....	52
3.2	Epidemiologie.....	53
3.2.1	Psychische Krankheiten in der Bevölkerung.....	54
3.2.1.1	Allgemeines.....	54
3.2.1.2	Erwachsene: Resultate verschiedener Studien	54
3.2.1.3	Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.....	55
3.2.1.4	Psychische Störungen bei älteren Menschen.....	56
3.2.1.5	Zusammenfassung	56
3.2.1.6	Nehmen psychische Krankheiten zu?.....	56
3.2.2	Psychische Krankheiten in der somatischen Versorgung.....	57
3.2.2.1	Psychisch Kranke in der hausärztlichen Praxis	57
3.2.2.2	Psychisch Kranke im somatischen Spital	57
3.2.2.3	Psychisch Kranke in den Diensten der Sozialhilfe	58
3.2.3	Schwere und chronische psychische Krankheit und Behinderung	58
3.2.4	Folgelasten psychischer Erkrankungen.....	58
3.2.4.1	Belastungen der Angehörigen	58
3.2.4.2	Das Ausmass der Behinderung.....	58
3.2.4.3	Behinderungen im sozialversicherungsrechtlichen Sinn.....	59
3.2.5	Auswirkungen psychischer Krankheit auf die Lebensqualität	59
3.3	Inanspruchnahme der psychiatrischen Versorgung	60
3.3.1	Die Inanspruchnahme der Kantonalen Psychiatrischen Dienste (KPD)	60
3.3.2	Entwicklung im stationären Bereich	60
3.3.2.1	Kantonale Psychiatrische Klinik.....	60
3.3.3	Entwicklung im teilstationären Bereich	61
3.3.4	Die ambulante Versorgung durch die Praxen.....	62
3.4	Epidemiologie und Behandlungsprävalenz	63

3.4.1	Zusammenfassung des quantitativen Versorgungsstandes	64
3.4.2	Analyse der zunehmenden Inanspruchnahme	64
3.4.2.1	Fazit	66
3.5	Nationale und internationale Entwicklungstendenzen	66
3.5.1	Die De-Institutionalisierung	66
3.5.2	Bedingungen für erfolgreiche Reformen.....	66
3.5.3	Problematische Aspekte der Dezentralisierung.....	67
3.5.4	Das Fehlen einer gemeinsamen Basis.....	67
3.5.5	Die fortschreitende Differenzierung psychiatrischer Angebote	67
3.5.5.1	Differenzierungen im stationären Bereich	68
3.5.5.2	Differenzierungen im teilstationären Bereich.....	68
3.5.5.3	Differenzierungen im ambulanten Bereich	68
3.5.5.4	Differenzierungsstand im Kanton Baselland.....	69
3.5.5.5	Fazit	70
4	Zur allgemeinen Lage der psychiatrischen Versorgung	71
4.1	Allgemeine Resultate der Evaluation des IST-Zustandes	71
4.1.1	Die Kantonalen Psychiatrischen Dienste als Partner	71
4.1.2	Steigende Inanspruchnahme und Normalisierung.....	71
4.1.3	Psychische Störungen sind Krankheiten	71
4.1.4	Kompetenzverteilung.....	72
4.1.5	Die Unterversorgung der „Teilintegrierten“	72
4.2	Was wurde seit der Folgeplanung I erreicht?.....	72
4.2.1	Akutpsychiatrie Erwachsene	72
4.2.2	Langzeit- und Rehabilitationspsychiatrie	73
4.2.3	Alterspsychiatrie	73
4.2.4	Substanzabhängigkeit.....	73
4.2.5	Kinder und Jugendpsychiatrie	74
4.2.6	Prävention	74
4.2.7	Fazit	74
5	Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie	75
5.1	Einleitung	75
5.1.1	Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung	75
5.1.1.1	Leistungsprofil und Arbeitsprinzipien der Allgemeinpsychiatrie	76
5.1.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen.....	76
5.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	77
5.2.1	Psychisch Kranke im Allgemeinspital	78
5.2.1.1	Befunde aus der Literatur.....	78
5.2.1.2	Befunde eigener Erhebungen.....	78
5.2.2	Psychisch Kranke in der hausärztlichen Praxis.....	80
5.2.2.1	Befunde aus der Literatur.....	80
5.2.2.2	Befunde eigener Erhebungen.....	81
5.2.3	Psychisch Kranke in der fachspezifischen Versorgung: Allgemeine Feststellungen	82
5.2.4	Kantonale Psychiatrische Klinik (KPK)	83
5.2.4.1	Zunahme der Notfalleintritte	83
5.2.4.2	Erstmalige und wiederholte Notfälle	83
5.2.4.3	Die „Heavy User“ der Psychiatrie	83
5.2.4.4	Hospitalisationen und Erwerbstätigkeit.....	84
5.2.4.5	Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE).....	84
5.2.4.6	Stabilität der Klientel.....	85
5.2.4.7	Diagnostische Zusammensetzung	85
5.2.4.8	MigrantInnen und Asylsuchende	85
5.2.4.9	Beurteilung	85
5.2.5	Die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD).....	85
5.2.5.1	Die Funktion der teilstationären Versorgung	86
5.2.5.2	Bedarf und Angebot im teilstationären Bereich	86
5.2.5.3	Die Schwerpunkte in der ambulanten Versorgung	86

5.2.5.4	Starke Zunahme der Behandlungsfälle.....	86
5.2.5.5	Die Betreuung von Migrantinnen und Migranten	87
5.2.5.6	Die sozialpsychiatrische Betreuung durch die EPD.....	88
5.2.6	Die psychiatrisch - psychotherapeutischen Praxen	89
5.2.6.1	Merkmale der Praxisklientel.....	89
5.2.6.2	Merkmale der Behandlung.....	90
5.2.6.3	Zusammenarbeit mit der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK).....	90
5.2.6.4	Notfalldienst.....	90
5.2.6.5	Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Praxen.....	91
5.2.6.6	Fazit.....	91
5.2.7	Die psychologisch - psychotherapeutischen Praxen	91
5.2.7.1	Versorgungsangebot und Klientel.....	91
5.2.7.2	Tätigkeiten und Qualifikationen	92
5.2.7.3	Geringer Vernetzungsgrad	92
5.2.8	Zusammenfassung der aktuellen Hauptprobleme	92
5.3	SOLL-Zustand: Vorgeschlagene Massnahmen	93
5.3.1	Problembereich 1: Psychisch Kranke im Allgemeinspital	93
5.3.1.1	Ausgangslage.....	93
5.3.1.2	Ziel.....	93
5.3.1.3	Lösungsvorschlag.....	93
5.3.1.4	Umsetzung und Aufwand.....	94
5.3.1.5	Wirkungen	94
5.3.2	Problembereich 2: Psychiatrische Tagesversorgung.....	94
5.3.2.1	Ausgangslage.....	94
5.3.2.2	Ziel.....	95
5.3.2.3	Lösungsvorschlag.....	95
5.3.2.4	Wirkungen	95
5.3.3	Problembereich 3: Betreuung von Migrantinnen und Migranten.....	95
5.3.3.1	Ausgangslage.....	95
5.3.3.2	Ziel.....	96
5.3.3.3	Lösungsvorschläge.....	96
5.3.3.4	Umsetzung und Aufwand.....	97
5.3.3.5	Wirkungen	97
5.3.4	Problembereich 4: Kooperations- und Koordinationsformen in der ambulanten Versorgung	97
5.3.4.1	Kompetenz der HausärztInnen und Schnittstelle zu den Fachpraxen	98
5.3.4.2	Kooperation der Fachpraxen untereinander und mit den EPD	98
5.3.4.3	Einbezug von nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen in eigener Praxis	99
5.3.4.4	Umsetzung und Aufwand.....	99
5.3.4.5	Wirkung	100
5.3.5	Problembereich 5: Organisation des psychiatrischen Notfalldienstes	100
5.3.5.1	Ausgangslage.....	100
5.3.5.2	Lösungsvorschlag.....	100
5.3.5.3	Umsetzung und Aufwand.....	101
5.3.5.4	Wirkung	101
5.3.6	Zusammenfassung der Vorschläge	101

6	Psychiatrische Rehabilitation	103
----------	--------------------------------------	------------

6.1	Einleitung.....	103
6.1.1	Begriffe und Definitionen	103
6.1.1.1	Rehabilitation und Allgemeinpsychiatrie	103
6.1.1.2	Rehabilitation, Psychiatrie und Psychotherapie.....	103
6.1.1.3	Krankheit und Behinderung	104
6.1.1.4	Der Begriff der „Behinderung“.....	104
6.1.1.5	Chronische psychische Krankheit.....	104
6.1.1.6	Was ist psychiatrische Rehabilitation?.....	104
6.1.1.7	Rehabilitation und Lebensqualität.....	105
6.1.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen	105
6.1.2.1	Arbeitsmarktlage.....	105
	Entwicklung der Invalidenversicherung (IV).....	106
6.1.2.3	Arbeitslosigkeit und Invalidisierung.....	106
6.1.2.4	Gesetzliche Grundlagen	106

6.1.2.5	Versorgungsverantwortung	107
6.1.2.6	Der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“	108
6.1.2.7	Ein ergänzender Grundsatz: "Eingliederung und Bildung nach Rente"	108
6.1.3	Entwicklung des fachlichen Umfeldes	108
6.1.3.1	Erwerbstätigkeit ist ein psychischer Schutzfaktor	109
6.1.3.2	Neue Formen der Rehabilitation	109
6.1.3.3	Differenzierung in der Rehabilitation	109
6.1.3.4	Pädagogische und psychiatrische Ansätze	109
6.1.3.5	Koordinierte Betreuung bei Langzeitkranken	110
6.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	111
6.2.1	Wohnrehabilitation	111
6.2.1.1	Angebote für schwer und chronisch Kranke	111
6.2.1.2	Angebote für junge Erwachsene	111
6.2.1.3	Auslastung	112
6.2.1.4	Beurteilung	112
6.2.2	Soziale Kontakte und Freizeitangebote	112
6.2.3	Psychotherapie und Beratung	112
6.2.3.1	Psychotherapie	113
6.2.3.2	Sozialberatung	113
6.2.4	Arbeit, Beschäftigung und Bildung	114
6.2.4.1	Das heutige Angebot	114
6.2.4.2	Probleme im einzelnen	114
6.2.5	Ergebnisse einer Befragung im Rahmen der Folgeplanung II	115
6.2.6	Fazit	117
6.3	SOLL-Zustand: Vorgeschlagene Massnahmen	118
6.3.1	Leitgedanken für die SOLL-Planung	118
6.3.2	Problemereich 6: Steuerung, Bedarfsplanung und fachliche Verantwortung	118
6.3.2.1	Ausgangslage	118
6.3.2.2	Lösungsvorschlag	118
6.3.2.3	Wirkung	119
6.3.3	Problemereich 7: Rahmenbedingungen und fachliche Entwicklung	119
6.3.3.1	Ausgangslage	119
6.3.3.2	Lösungsvorschlag	119
6.3.3.3	Umsetzung und Aufwand	120
6.3.3.4	Wirkungen	120
6.3.4	Problemereich 8: Finanzierung von Rehabilitation vor IV-Leistungen	120
6.3.4.1	Ausgangslage	120
6.3.4.2	Ziel	121
6.3.4.3	Lösungsvorschlag	121
6.3.5	Problemereich 9: Berufliche Rehabilitation	121
6.3.5.1	Ausgangslage	121
6.3.5.2	Ziel	121
6.3.5.3	Lösungsvorschlag	121
6.3.6	Problemereich 10: Sozialpsychiatrische Betreuungen durch die EPD	121
6.3.6.1	Ausgangslage	121
6.3.6.2	Lösungsvorschlag	122
6.3.6.3	Wirkung	122
6.3.7	Problemereich 11: Fehlende soziale Kontakte	122
6.3.7.1	Ausgangslage	122
6.3.7.2	Lösungsvorschläge	122
6.3.7.3	Umsetzung und Aufwand	122
6.3.8	Problemereich 12: Entwicklung der Wohnrehabilitation	122
6.3.8.1	Problematik	122
6.3.8.2	Entwicklungsrichtung	122
6.3.9	Zusammenfassung der Vorschläge	123
7	Alterspsychiatrie	125
7.1	Einleitung	125
7.1.1	Begriffe und Definitionen	125
7.1.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen	125
7.1.2.1	Demographische Entwicklung	125

7.1.2.2	Gesetzliche Änderungen	126
7.1.2.3	Finanzielle Regelungen	127
7.1.2.4	Gesellschaftliche Entwicklungen	127
7.1.3	Fachliche Entwicklungen	127
7.1.3.1	Alterspsychiatrie in der Schweiz	127
7.1.3.2	Fortschritte in Diagnostik und Behandlung	127
7.1.3.3	Die Priorität ambulanter Behandlung	128
7.1.3.4	Tageskliniken, Hausgemeinschaften und Pflegewohnungen	128
7.1.3.5	Alterspsychiatrische Dienste	128
7.1.3.6	Liaisonpsychiatrische Dienste in Heimen und Spitälern	128
7.1.3.7	Reduktion der Psychopharmaka in Alters- und Pflegeheimen	128
7.1.3.8	Psychotherapie betagter Menschen	129
7.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	129
7.2.1	Psychisch kranke alte Menschen im Allgemeinspital	129
7.2.2	Psychisch kranke alte Menschen in den Alters- und Pflegeheimen	130
7.2.3	Psychisch kranke alte Menschen in Tagesstätten	132
7.2.4	Alte Menschen in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik	132
7.2.5	Pflege alter psychisch kranker Menschen zu Hause	133
7.2.5.1	Pflegende Angehörige: Lasten und Bedürfnisse	133
7.2.5.2	Spitex und Hauspflege	133
7.2.5.3	Hausärzte	134
7.2.6	Fazit	134
7.3	SOLL-Planung: Vorgeschlagene Massnahmen	134
7.3.1	Problembereich 13: Alterspsychiatrische Unterversorgung	134
7.3.1.1	Ausgangslage	134
7.3.1.2	Lösungsvorschlag allgemein	134
7.3.1.3	Stationäre Versorgung – Projekt Kantonales Altersheim Liestal	135
7.3.1.4	Ambulante Versorgung	135
7.3.1.5	Tagesversorgung	135
7.3.1.6	Konsiliar- und Liaisondienste in Heimen	136
7.3.1.7	Weitere Entwicklungen	136
7.3.1.8	Fördernde Funktion und Kooperation	136
7.3.1.9	Organisation	136
7.3.1.10	Umsetzung und Aufwand	137
7.3.2	Problembereich 14: Fehlende Planung und Steuerung der kantonalen Altersversorgung	137
7.3.2.1	Ausgangslage	137
7.3.2.2	Lösungsvorschlag	137
7.3.3	Zusammenfassung der Vorschläge	138
8	Substanzabhängigkeit	139
8.1	Einleitung	139
8.1.1	Begriffe und Definitionen	139
8.1.1.1	Riskanter Gebrauch	139
8.1.1.2	Schädlicher Gebrauch	139
8.1.1.3	Abhängigkeitssyndrom	139
8.1.1.4	Eingrenzungen	139
8.1.1.5	Substanzabhängigkeit als multidimensionaler Krankheitsprozess	140
8.1.1.6	Legale und illegale Substanzen	140
8.1.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen	140
8.1.2.1	Gesellschaftliche Veränderungen	140
8.1.2.2	Gesetzliche Veränderungen	141
8.1.2.3	Veränderungen in der Finanzierung	141
8.1.3	Entwicklung des fachlichen Umfeldes	142
8.1.3.1	Integration ins Behandlungssystem	142
8.1.3.2	Zuständigkeit der Psychiatrie	142
8.1.3.3	Abstinenz	143
8.1.3.4	Früherfassung	143
8.1.3.5	Frauen- und geschlechtsspezifische Anliegen	143
8.1.3.6	Kooperation der Leistungserbringer	144
8.1.3.7	Patientenbezogenes und pragmatisches Behandlungsangebot	144
8.1.3.8	Von der Überlebens- zur Lebenshilfe	144

8.1.3.9	Versorgung von MigrantInnen	145
8.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	145
8.2.1	Alkoholabhängigkeit	146
8.2.1.1	Alkoholabhängige in Spital, Heim und hausärztlicher Praxis	146
8.2.1.2	Die Behandlung Alkoholabhängiger	147
8.2.1.3	Fazit	148
8.2.2	Substanzabhängigkeit bei SozialhilfeempfängerInnen	148
8.2.3	Cannabis	148
8.2.3.1	Risikoreicher Substanzkonsum bei Adoleszenten	149
8.2.4	Heroin	149
8.2.4.1	Die Drogenberatung BL	149
8.2.5	Weitere Substanzen	150
8.2.5.1	Epidemiologie	150
8.2.5.2	Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung	150
8.2.5.3	Bewertungen	151
8.2.5.4	Fazit	152
8.2.6	Substanzabhängigkeit und soziale Integration	152
8.2.7	Zusammenfassung der aktuellen Hauptprobleme	152
8.3	SOLL-Zustand: Vorgeschlagene Massnahmen	153
8.3.1	Problembereich 15: Früherfassung von Alkoholabhängigen	153
8.3.1.1	Ausgangslage	153
8.3.1.2	Lösungsvorschlag	153
8.3.1.3	Umsetzung	153
8.3.1.4	Aufwand	154
8.3.1.5	Wirkungen	154
8.3.2	Problembereich 16: Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum	154
8.3.2.1	Ausgangslage	154
8.3.2.2	Lösungsvorschlag	155
8.3.2.3	Umsetzung	155
8.3.2.4	Aufwand	155
8.3.3	Problembereich 17: Teilstationäre Angebote für sozial desintegrierte Abhängige	155
8.3.3.1	Ausgangslage	155
8.3.3.2	Lösungsvorschläge	155
8.3.3.3	Aufwand	156
8.3.3.4	Wirkung	156
8.3.4	Problembereich 18: Stationäre Angebote für Entwöhnungsbehandlung	156
8.3.4.1	Ausgangslage	156
8.3.4.2	Lösungsvorschlag	156
8.3.4.3	Aufwand	157
8.3.4.4	Wirkung	157
8.3.5	Zusammenfassung der Vorschläge	157
<hr/>		
9	Kinder- und Jugendpsychiatrie	159
<hr/>		
9.1	Einleitung	159
9.1.1	Begriffe und Definitionen im Rahmen der Folgeplanung	159
9.1.1.1	Bedarfsgruppen und Abgrenzungen	160
9.1.1.2	Die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb ihres Umfeldes	160
9.1.1.3	Forensik	160
9.1.2	Entwicklung der Rahmenbedingungen seit der letzten Folgeplanung	160
9.1.2.1	Gesellschaftliche Veränderungen	160
9.1.2.2	Demographische Veränderungen	161
9.1.2.3	Herabsetzung des Mündigkeitsalters	161
9.1.2.4	Kinderrechte, Opferhilfegesetz und Kinderschutz	161
9.1.2.5	Veränderungen durch das neue Scheidungsrecht	161
9.1.2.6	Erhöhte Arbeitsplatzunsicherheit	162
9.1.2.7	Veränderungen durch das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG)	162
9.1.2.8	Veränderungen durch Sparmassnahmen bei der Invalidenversicherung (IV)	162
9.1.3	Entwicklung des fachlichen Umfeldes	162
9.1.3.1	Krankheitsverständnis	162
9.1.3.2	Auffassungen bezüglich Zuständigkeit der Psychiatrie	163
9.1.3.3	Behandlungs- und Interventionsziele sowie Grundsätze	163

9.1.3.4	Veränderung der FMH-Richtlinien für die Facharztausbildung	163
9.1.3.5	Fazit.....	164
9.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	165
9.2.1	Epidemiologie	165
9.2.2	Tätigkeitsfeld des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes BL (KJPD)	165
9.2.2.1	Ambulante Angebote des KJPD	165
9.2.2.1.1	Polikliniken	165
9.2.2.2	Stationäre Angebote	166
9.2.2.2.1	Kinder- und jugendpsychiatrische Station im UKBB	166
9.2.2.2.2	Jugendpsychiatrie in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik	167
9.2.2.2.3	Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit Essstörungen	167
9.2.2.3	Steigende Inanspruchnahme	167
9.2.2.4	Verteilung und Entwicklung der Diagnosen	168
9.2.3	Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxen	168
9.2.4	Erwartungen des Umfelds an die Kinder- und Jugendpsychiatrie	169
9.2.4.1	Pädiatrische Praxen	169
9.2.4.2	Pädagogisch-therapeutisch Tätige	169
9.2.4.3	Fachleute im Frühbereich	169
9.2.4.4	Kinder- und Jugendheime in der Region	169
9.2.4.5	Kommunale Sozialdienste	170
9.2.4.6	Schulpsychologischer Dienst (SPD)	170
9.2.4.7	Die Schulsozialarbeit	170
9.2.4.8	Zusammenfassung zum Stand der Versorgung	170
9.2.5	Spezielle Bedarfsbereiche	171
9.2.5.1	Prävention bei Kindern psychisch kranker Eltern	171
9.2.5.2	Rehabilitation Jugendlicher nach schwerer akuter psychiatrischer Krankheit	172
9.2.5.3	Kinderschutz	173
9.2.5.4	Kommunikation und Vernetzung	174
9.3	SOLL-Planung: Vorgeschlagene Massnahmen	175
9.3.1	Problembereich 19: Zusammenarbeit KPK und KJPD bei Kindern psychisch kranker Eltern	175
9.3.2	Problembereich 20: Stationäre Rehabilitation	175
9.3.3	Problembereich 21: Kinderschutz	176
9.4	Kantonsübergreifende Zusammenarbeit	177
9.4.1	Basel-Stadt	177
9.4.1.1	Strukturkommission Kinder- und Jugendpsychiatrie BS	177
9.4.1.2	Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)	177
9.4.1.3	Regionale Strukturierung	177
9.4.2	Aargau	178
9.4.2.1	Eigene Planungen	178
9.4.2.2	Kantonsübergreifende Planungen	178
9.4.3	Solothurn	178
9.4.3.1	Eigene Planungen	178
9.4.3.2	Spitalvertrag	178
9.4.4	Kooperation in der Weiterbildung	179

10	Forensische Psychiatrie	181
10.1	Einleitung	181
10.1.1	Begriffe und Definitionen	181
10.1.2	Rahmenbedingungen und Veränderungen seit 1990	181
10.1.3	Forensische Psychiatrie in den Medien	181
10.1.4	Entwicklung des fachlichen Umfeldes	182
10.1.4.1	Gutachten	182
10.1.4.1.1	Strafrechtliche Gutachten	182
10.1.4.1.2	Zivilrechtliche Gutachten	182
10.1.4.2	Psychisch Kranke in Untersuchungshaft und Massnahmevollzug	183
10.2	IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation	183
10.2.1	Gutachten	183
10.2.1.1	Strafrechtliche Gutachten	183
10.2.1.2	Zivilrechtliche Gutachten	183
10.2.1.3	IV-Gutachten	183

10.2.1.4	<i>Gutachten zur Fahrtauglichkeit</i>	184
10.2.2	Psychiatrische Versorgung in Untersuchungshaft und strafrechtlichem Massnahmenvollzug.....	184
10.2.2.1	<i>Psychiatrische Versorgung von Untersuchungshäftlingen</i>	184
10.2.2.2	<i>Stationärer Massnahmenvollzug</i>	184
10.2.2.3	<i>Ambulanter Massnahmenvollzug</i>	184
10.2.3	Institutionen	185
10.2.3.1	<i>Forensische Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel-Stadt</i>	185
10.2.3.2	<i>Externe Psychiatrische Dienste</i>	185
10.2.3.3	<i>Drogenberatung Baselland</i>	185
10.2.3.4	<i>Die Gutachten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>	186
10.2.3.5	<i>Kantonale Psychiatrische Klinik</i>	186
10.2.4	Gesetzgebung im Kanton Basel-Landschaft.....	186
10.2.5	Zusammenfassung der aktuellen Hauptprobleme	186
10.3	SOLL-Zustand: Vorgeschlagene Massnahmen	187
10.3.1	Vorüberlegungen zu den Massnahmen	187
10.3.2	Problembereich 22: Gutachten in der Erwachsenenpsychiatrie.....	188
10.3.2.1	<i>Ausgangslage</i>	188
10.3.2.2	<i>Ziele</i>	188
10.3.2.3	<i>Lösungsvorschlag</i>	188
10.3.2.4	<i>Wirkungen und Nebeneffekte im Versorgungssystem</i>	188
10.3.2.5	<i>Aufwand</i>	188
10.3.3	Problembereich 23: Gutachten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	188
10.3.3.1	<i>Ausgangslage</i>	188
10.3.3.2	<i>Ziele</i>	189
10.3.3.3	<i>Lösungsvorschläge</i>	189
10.3.4	Problembereich 24: Stationäre Behandlung straffälliger Personen.....	189
10.3.4.1	<i>Ausgangslage</i>	189
10.3.4.2	<i>Ziele</i>	189
10.3.4.3	<i>Lösungsvorschläge</i>	189
10.3.4.4	<i>Wirkung im Versorgungssystem</i>	190
10.3.4.5	<i>Aufwand und Umsetzung</i>	190
10.3.5	Problembereich 25: Ambulante Massnahmen	190
10.3.5.1	<i>Ausgangslage</i>	190
10.3.5.2	<i>Ziele</i>	190
10.3.5.3	<i>Lösungsvorschlag</i>	190
10.3.5.4	<i>Aufwand und Umsetzung</i>	190
10.3.6	Zusammenfassung der Vorschläge	191
<hr/>		
11	Ausbildung und Forschung	193
<hr/>		
11.1	Ausbildung	193
11.1.1	Grundausbildung	193
11.1.2	Weiterbildung.....	193
11.1.3	Fortbildung.....	194
11.1.4	Fazit.....	194
11.2	Forschung	194
11.2.1	Ausgangslage	194
11.2.2	Ziele einer verstärkten Forschungstätigkeit	195
11.2.3	Kooperationen und Mittelbeschaffung	195
11.2.4	Problembereich 26: Kontinuierliche Forschungstätigkeit	196
11.2.4.1	<i>Lösungsvorschlag</i>	196
<hr/>		
12	Struktur der Psychiatrie an den KPD	197
<hr/>		
12.1	Bisherige Entwicklung	197
12.2	Probleme	198
12.2.1	Differenzierung und Spezialisierung	198
12.2.2	Professionalität und Fachentwicklung.....	199
12.2.3	Quantitative Steigerung	199
12.2.4	Integration.....	199

12.3	Lösung in Form einer Strukturskizze	201
12.3.1	Basiskonzept: Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung.....	201
12.3.2	Zuordnungen von EPD- und KPK-Teilen zur Allgemeinpsychiatrie für Erwachsene.....	201
12.3.3	Gliederung der Allgemeinpsychiatrie-Bereiche der KPD in einer sektorbezogenen Struktur.....	201
12.3.3.1	<i>Vorüberlegungen.....</i>	<i>201</i>
12.3.3.2	<i>Projektierung.....</i>	<i>202</i>
12.3.3.3	<i>Modell einer ersten Stufe sektorbezogener Gliederung</i>	<i>202</i>
12.3.3.4	<i>Mögliche weitere Entwicklung</i>	<i>203</i>
12.3.4	Integration neu projektierter Dienste und Angebote in die KPD-Organisation.....	204
12.3.4.1	<i>Allgemeine Strukturen der Verbindung und laufende Weiterentwicklung.....</i>	<i>204</i>
12.3.4.2	<i>Einzelne Dienste und Funktionen.....</i>	<i>204</i>
12.3.5	Einführung der Führungsstufe Leitende ÄrztInnen.....	205
<hr/>		
13	Einschätzung der Finanzierung	207
<hr/>		
13.1	Prävention und Kosten	207
13.2	Umsetzung Folgeplanung II: Grobkostenschätzung	208
13.3	Noch nicht bezifferbare Vorschläge	210
<hr/>		
14	Mitglieder der Planungsgruppen	211
<hr/>		
<hr/>		
15	Anhang: Studie zum Erleben der PatientInnen und Angehörigen	213
<hr/>		
15.1	Fragestellungen	213
15.2	Methodik	213
15.3	Resultate und versorgungsrelevante Konsequenzen.....	213
15.3.1	Hinweise für Forschung und Qualitätssicherung.....	213
15.3.2	Hinweise für die Gesundheitspolitik	215
15.3.3	Hinweise für die Planung der psychiatrischen Versorgung	216
15.3.4	Hinweise für psychiatrische und rehabilitative Institutionen	217
15.3.5	Hinweise für Behandlung und Förderung.....	217
15.3.6	Hinweise für die Arbeit mit Angehörigen	219
15.4	Modell: Das Zusammenspiel von psychischen und sozialen Veränderungsprozessen.....	220
<hr/>		
16	Literaturverzeichnis	223
<hr/>		

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anteil der Bevölkerung mit einer psychischen Störung	54
Abbildung 2:	IV-Renten in der CH aufgrund psychischer Krankheit gegenüber anderen Ursachen 1986/2001	59
Abbildung 3:	Inanspruchnahme der Kantonalen Psychiatrischen Dienste seit der Folgeplanung I	60
Abbildung 4:	Eintritte in die KPK seit der FP I	61
Abbildung 5:	Hospitalisationsdauer KPK seit FP I	61
Abbildung 6:	Eintritte in verschiedene Psychiatrische Kliniken in der Schweiz	61
Abbildung 7:	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Medizinischen Kliniken des KSB und KSL	78
Abbildung 8:	Verteilung der Diagnosen bei den relevanten psychischen Störungen	78
Abbildung 9:	Verteilung der Diagnosen bei den Konsilien durch die EPD	79
Abbildung 10:	Psychiatrische Erfassung relevanter psychischer Störungen bei Spitalaustritt	79
Abbildung 11:	Hochrechnung auf 1 Jahr: Alle Austritte, psychisch Kranke und EPD-Konsilien	80
Abbildung 12:	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis	81
Abbildung 13:	Wahrnehmung psychischer Störungen und psychiatrische Schulung der HausärztInnen	81
Abbildung 14:	Anzahl psychisch Kranker in hausärztlicher Praxis und Anzahl psychiatrisch Behandelte	82
Abbildung 15:	Geplante Klinikeintritte und Notfalleintritte 1994 und 2000	83
Abbildung 16:	Anzahl der sehr häufigen Wiedereintritte in die KPK 1994 und 2000	84
Abbildung 17:	Klinikfreie Intervalle von Erwerbs- und Nichterwerbstätigen nach Erkrankungsgrad	84
Abbildung 18:	Erwerbstätigkeit bei Ein- und Austritt aus der KPK	84
Abbildung 19:	Verteilung der Hauptdiagnosen bei KPK-Aufnahmen der Jahre 1998 – 2000	85
Abbildung 20:	Behandlungsfälle der EPD 1992 und 2000	87
Abbildung 21:	Diagnosenverteilung in den psychiatrischen Praxen 1994	89
Abbildung 22:	Altersverteilung in den psychiatrischen Praxen 1994	90
Abbildung 23:	Behandlungsformen in der Praxis	90
Abbildung 24:	Klinik-Nachbehandlung durch psychiatrische und hausärztliche Praxen 1998 – 2000	90
Abbildung 25:	IV-Renten aufgrund verschiedener Krankheitsursachen 1982 und 1996	106

Abbildung 26:	Registrierte Arbeitslose in der Schweiz und Total der IV-RentenbezügerInnen	106
Abbildung 27:	Erhobene RehabilitationsklientInnen in 12 Einrichtungen.....	115
Abbildung 28:	Zivilstand der KlientInnen im Vergleich zur Wohnbevölkerung	115
Abbildung 29:	Abgeschlossene Ausbildung.....	115
Abbildung 30:	Die 10 häufigsten aktuellen Bedürfnisse der KlientInnen.....	116
Abbildung 31:	Aktuelle Fähigkeit zu mehr Autonomie in Wohnen und Arbeit	116
Abbildung 32:	Warum werden mögliche Rehabilitationsschritte nicht vollzogen	116
Abbildung 33:	Angst vor Autonomie und durchschnittliche Aufenthaltsdauer	117
Abbildung 34:	Betagte und Hochbetagte 1996 – 2020	126
Abbildung 35:	Austritte aus den Med. Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz nach Alter	129
Abbildung 36:	Psychiatrische Diagnosen in den Heimen	130
Abbildung 37:	Psychiatrisch-psychoziale Betreuung vor und während Heimaufenthalt.....	130
Abbildung 38:	Die psychiatrische Versorgung in den Alters- und Pflegeheimen 2002	131
Abbildung 39:	Was halten HausärztInnen von einem „Heimpsychiater“-System ?	131
Abbildung 40:	Entwicklung der Pflagetage 1990 – 2002 für verschiedene Stationen der KPK.....	133
Abbildung 41:	Geschätzte Anzahl Abhängiger und Verteilung nach Substanz im Kanton Baselland	145
Abbildung 42:	PatientInnen des KJPD 1989 – 2001	167
Abbildung 43:	Diagnostische Verteilung der PatientInnen des KJPD im Jahr 2001	168
Abbildung 44:	Kinder und Jugendliche in privater Praxis nach sozialer Integration.....	168
Abbildung 45:	Strukturen KPD vereinfacht nach Standorten	198
Abbildung 46:	Modell: Psychische und soziale Veränderungsprozesse	221

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in verschiedenen Ländern	55
Tabelle 2:	Anteil von Kindern und Jugendlichen zwischen 9 und 17 Jahren mit psychischer Beeinträchtigung	55
Tabelle 3:	Häufigkeit psychischer Beeinträchtigungen.....	55
Tabelle 4:	Häufigkeit psychischer Störungen bei Betagten in verschiedenen Ländern	56
Tabelle 5:	Psychische Störungen in der Wohnbevölkerung über 60 Jahre	56
Tabelle 6:	Epidemiologie und Bedarf nach spezialisierter psychiatrischer Behandlung in BL.....	56
Tabelle 7:	Anteil der hausärztlichen Klientel mit einer psychischen Störung.....	57
Tabelle 8:	Psychiatrische Diagnosen auf allgemeinmedizinischen Stationen	57
Tabelle 9:	Kennziffern der KPK 1980 bis 2000	60
Tabelle 10:	Entwicklung der Tagesversorgung 1995 bis 2001	62
Tabelle 11:	Selbständig praktizierende Personen 1980, 1990, 2001	62
Tabelle 12:	Behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Baselland 1999	63
Tabelle 13:	Zugang zur psychiatrischen Behandlung und Hürden: Modell und aktueller Stand	63
Tabelle 14:	Psychiatrische Behandlung vor und nach Hospitalisation	79
Tabelle 15:	Migrantinnen und Migranten in der Region nach Herkunftsländern.....	87
Tabelle 16:	Häufigkeit von mittelschweren und schweren Demenzen	126
Tabelle 17:	Ziele in der Behandlung Substanzabhängiger.....	143
Tabelle 18:	Personen in Beratung bei den Alkoholfachstellen im Kanton Baselland 1997 – 1999.....	147
Tabelle 19:	Alkoholabhängige bei den EPD 1996 – 1999.....	147
Tabelle 20:	Alkohol- und Drogenabhängige in der Kantonalen Psychiatrischen Klinik	148
Tabelle 21:	Kennziffern der Drogenberatung BL 1997 – 2001	149
Tabelle 22:	Substanzbedingte Eintritte in psychiatrische Einrichtungen in ZH, BS und BL im Jahr 2000	151
Tabelle 23:	Geschätzte Verteilung der Abhängigen nach Substanz und Grad der sozialen Integration	152
Tabelle 24:	Allgemeinpsychiatrie-Sektoren I und II	202
Tabelle 25:	Grobkostenschätzung (ohne Investitionen)	208

5 Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie

Die Planung im Bereich der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie wurde – wie in den folgenden Planungsbereichen auch – in zwei Schritten vollzogen: Für die Erhebung des IST-Zustandes wurde der Planungsbereich aufgrund der Einschätzung der Experten in überschaubare Bedarfsbereiche aufgeteilt und evaluiert. Im Fall der Allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie wurde diese Aufteilung anhand der wichtigsten Zugangswege von Be-

handlungsbedürftigen in die psychiatrische Versorgung – direkt, via hausärztliche Praxis oder via Allgemeinspital – vorgenommen. Die Analyse sämtlicher Resultate führte dann zur Feststellung von Hauptproblemen, nach denen der Planungsbereich für die Soll-Planung neu aufgeteilt wurde. Dieses schrittweise Vorgehen wird hier abgebildet.

5.1 Einleitung

5.1.1 Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung

Die Allgemeinpsychiatrie umfasst den zentralen, nicht weiter spezialisierten Versorgungsbereich. Die Definition erschöpft sich nicht in dem, was nach Abtrennung bestimmter Spezialitäten übrig bleibt. Dies wurde am Ende dieses Planungsprozess viel deutlicher als zu Beginn. Es musste – in gewissem Masse nachträglich – das Verhältnis zwischen Allgemeinpsychiatrie und den spezialisierten psychiatrischen Fachbereichen geklärt werden. Gerade die zunehmende institutionelle Differenzierung und Spezialisierung des breiten Fachgebietes, welche schon im Gange ist und sich laut dieser Planung noch weiter entwickeln soll (vgl. Kap.12.1), sowie das quantitative Wachstum stellen das Problem der patientenbezogenen, fachlichen und organisatorischen *Integration*. Hier ist die Allgemeinpsychiatrie gefordert. Sie soll die Integration für das gesamte Behandlungsspektrum psychisch erkrankter und gestörter Menschen leisten.

Wir sehen daher die Allgemeinpsychiatrie als *psychiatrische Grundversorgung* und nicht als Spezialfach. Dieses Konzept ist in weitgehender Analogie zur allgemeinen Inneren Medizin gefasst, welche schon lange zur somatisch-medizinischen Grundversorgung gezählt wird. Die Psychiatrie ist ein Fach durchaus vergleichbarer Breite. Im Selbstverständnis der PsychiaterInnen und noch mehr im Verständnis der Kostenträger und der übrigen Ärzteschaft gilt die Psychiatrie allerdings insgesamt immer noch als ein medizinisches Spezialfach, mit gewissen Differenzierungen, die quasi auf derselben Ebene gesehen werden.

Wir sind jedoch überzeugt, dass die Auffassung von zwei Ebenen – Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung und psychiatrische Spezialgebiete – der Entwicklung des Faches besser gerecht wird und in der Entwicklung der Versorgungsstrukturen grosse Vorteile eröffnet: Dieses Konzept ermöglicht eine klare

Zuordnung der psychiatrischen Aufgaben und führt zu einer funktionalen Aufgabenteilung.

Die psychiatrische Grundversorgung umfasst den Kernbereich der psychiatrischen Kompetenz (vgl. Kap. 3.1.3.2) : Sie betrifft die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken erwachsenen Menschen *aller Bevölkerungsgruppen und Diagnosen*, in akuten Krisen und in chronischen Verläufen. Das bedeutet, dass wir auch die Basisbehandlung bei Rehabilitationen zur allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung zählen und dass es breite Überschneidungen zu diesem Bereich gibt (vgl. Kap 6.3.1).

Die Allgemeinpsychiatrie beinhaltet breite Überschneidungen mit der somatischen Medizin: Es geht um das gemeinsame Vorkommen von psychischen und körperlichen Erkrankungen und um psychosomatische Störungen im engeren Sinne. Zudem wendet sich die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen zuerst an ihre HausärztInnen: Die Zusammenarbeit mit den Spitälern und mit den hausärztlichen Praxen ist deshalb besonders planungsrelevant und entspricht einer *ganzheitlichen Optik*.

Weiter bestehen breite Überschneidungen zur Sozialhilfe und generell zu den Einrichtungen des Sozialwesens, da psychisches Leiden nicht nur häufig zu Fürsorgebedürftigkeit führt, sondern in seiner Manifestation und in seinem Verlauf generell stark vom sozialen Umfeld abhängig ist. Die Überschneidungen zum Sozialwesen sind im Kapitel zur Psychiatrischen Rehabilitation besprochen.

Die Arbeit erfolgt *interdisziplinär, nach sozialpsychiatrischen Grundsätzen* (vgl. Kap. 3.1.1). Sie ist nicht an einen bestimmten institutionellen Rahmen gebunden. Sie wird ambulant, teilstationär und stationär geleistet. Sie ist durch die kantonalen Dienste sicherzustellen, wo dies nicht durch Dritte geschieht. Letzteres ist soweit möglich, als sie einen interdisziplinären Zugang, wenn erforderlich, anbieten können. Das erreichen private Pra-

xen und kleine gemeinnützige Institutionen meist nur durch Kooperation (vgl. Kap. 5.3.4).

Im ambulanten Bereich beteiligen sich die Psychiatrie-Praxen offenbar zunehmend an der allgemeinspsychiatrischen Grundversorgung (vgl. Kap.5.2.3). Es ist jedoch oft wenig transparent, welche Praxis in welchem Ausmass für die Grundversorgung zur Verfügung steht. Die nichtärztlichen Psychotherapeuten können wegen der schwierigen Finanzierungslage wenig Anteil daran nehmen. Die staatlichen Dienste sind strukturell im Vorteil, weil sie gross genug sind, um einen entsprechend differenzierten Personalstand und eine Notfallbereitschaft selber zu unterhalten. Der Aufbau eines kombinierten Behandlungssettings, mit dem Beitrag mehrerer Disziplinen – namentlich auch Pflege und Sozialarbeit – wurde darum bereits im ersten Psychiatriekonzept 1980 als Kernaufgabe der staatlichen Dienste bezeichnet. Eine verbreiterte Beteiligung der privat praktizierenden PsychiaterInnen an der allgemeinspsychiatrischen Grundversorgung sollte man dennoch fördern, weil sie eine optimale Konstanz der Beziehung gewährleisten.

5.1.1.1 Leistungsprofil und Arbeitsprinzipien der Allgemeinspsychiatrie

Das *Leistungsprofil* dieser Allgemeinspsychiatrie umfasst:

- kurzfristiger, unselektiver Zugang auf einfachem Wege
- diagnostische Orientierung auf klinischer Ebene
- Zusammenarbeit mit den somatischen Grundversorgern und den Sozialdiensten
- Überweisung an, respektive Zusammenarbeit mit psychiatrischen Spezialisten
- Integration spezieller Behandlungen und Betreuungen durch Dritte, Vernetzung, langfristige Betreuungskoordination¹
- Krisenintervention und Akutbehandlungen
- Gewährleisten von benötigtem Schutz
- Langzeitbehandlung und -betreuung inkl. Rückfallprophylaxe
- Allgemeine lebenspraktische, soziale und psychotherapeutische Förderung der Autonomie
- Vorbereitung und Vermittlung von spezifischer Rehabilitation
- stützende Zusammenarbeit mit Angehörigen
- Förderung von Strukturen und Netzwerken der Laienhilfe und der Gemeinden.

Dabei sind folgende *Arbeitsprinzipien* festzuhalten:

- Aufbau von therapeutischen Beziehungen, mit Kontinuität als einem wesentlichen Prinzip
- individuelle Behandlungskonzeption, wird regelmässig evaluiert

¹Mit "Betreuungskoordination" ersetzen wir das Wort "case management", vgl. Abschn. 5.3.4.2.

- flexible, dem Verlauf angepasste Behandlungsrahmen ("Settings") und Kombination / Integration mehrerer Behandlungsmethoden
- keine im voraus feststehende Zeitlimiten
- interdisziplinärer Einsatz ständig integriert oder unverzüglich und zuverlässig abrufbar.

Hier zeigt sich auch der strukturelle Gegensatz zu spezialisierten Angebotsbereichen: Diese sind selektiv, da sie bestimmten Kriterien folgen; in der Regel bestehen Wartezeiten und sind hier zumutbar; es bedarf keiner durchgehenden Notfallbereitschaft, da diese von der Allgemeinspsychiatrie übernommen wird; sehr oft sind die Behandlungen auf eine bestimmte Frist beschränkt; die Settings sind durch die Methode vorgegeben.

Im Rahmen der Allgemeinspsychiatrie können sich fachliche *Schwerpunkte* bilden, die sich möglicherweise in Richtung einer Spezialisierung entwickeln. Die Behandlung von sprach- und kultur-fremden *Migranten* ist ein solches Thema (vgl. Kap. 5.2.5.5). Wir haben sie wegen der Bedeutung der Integration bewusst im Rahmen der Allgemeinspsychiatrie als eine Grundversorgungsaufgabe aufgefasst. Noch weiter hat sich die *Alterspsychiatrie* in Richtung eines spezialisierten Bereichs entwickelt, was einer methodischen Notwendigkeit entspricht. Die Alterspsychiatrie möchte sich als Spezialfach, analog zur Kinder- und Jugendpsychiatrie etablieren und von der Psychiatrie jüngerer Erwachsener abtrennen. Aber dies gilt bei der FMH noch nicht und bedeutet auch in unserem Kanton vorläufig keine sinnvolle Position, weil der Entwicklungsstand hier relativ gering ist (vgl. Kap. 7.2). Daher umfasst in unserer Lesart die allgemeinspsychiatrische Grundversorgung auch in einigen Belangen die betagten Patientinnen und Patienten, namentlich was Notfälle und die Liaisonpsychiatrie in den Spitälern betrifft (vgl. Kap. 5.3.1).

Auf institutioneller und organisatorischer Ebene können Aufgaben der Allgemeinspsychiatrie und spezialisierte Angebote miteinander verflochten sein. Eine Praxis kann zum Beispiel sehr gut allgemeinspsychiatrische Grundversorgung und ein spezielles psychotherapeutisches Angebot miteinander verbinden. In der KPK nehmen die allgemeinspsychiatrischen Akutstationen auch spezifische Patientengruppen zu spezialisierten Behandlungen auf (z.B. Jugendliche) und diese Kombination bewährt sich. Wesentlich ist, dass die Verfahren der Grundversorgung und der spezialisierten Versorgung unterschiedlichen Logiken folgen und dies für die Nutzer transparent wird.

5.1.2 Entwicklung der Rahmenbedingungen

Die allgemeinspsychiatrische Versorgung hat sich in den letzten Jahren unter dem Einfluss verschiedener Faktoren deutlich gewandelt. Sie wird mit all ihren Einrichtungen häufiger und kurzlebiger in Anspruch genommen und ist mit ihren heutigen

Kapazitäten in der Lage, wenigstens den unteren Rand der errechneten Bandbreite des Bedarfs zu decken (vgl. Kap. 3.4). Inanspruchnahme, Kapazitätsausbau und eine gewisse Entstigmatisierung psychiatrischer Einrichtungen haben den Dienstleistungscharakter psychiatrischer Hilfen verstärkt.

Es gibt heute einen gewissen Markt an psychiatrischen Angeboten, der es psychisch kranken Menschen erlaubt, aufgrund ihrer spezifischen Bedürfnisse spezialisierte Hilfe auszuwählen. Dies trifft allerdings auf einen Teil von schwer und chronisch Kranken nicht zu, die wegen ihrer Störung und/oder ihrer soziokulturellen Lage nicht in der Lage sind, den Zugang zu finden, zu wählen oder psychiatrische Behandlung überhaupt zu nutzen. Hier ist neben der Autonomie, Entscheidungs- und Wahlfreiheit psychisch Kranker auch deren Recht auf fachgerechte und kontinuierliche Behandlung – inklusive die Behandlung gegen ihren momentanen Willen in einem akuten Krankheitszustand – hoch zu gewichten. Diese Gruppe ist – auf eine andere Weise als die aktuell unterversorgten sozial teilintegrierten PatientInnen – stets in Gefahr einer Unterversorgung, paradoxerweise wird dies mit zunehmender Inanspruchnahme der Psychiatrie besonders deutlich: Die Behandlungsoptik der einzelnen Einrichtungen droht immer enger zu werden, was bei chronisch psychisch kranken Menschen zu einem stagnierenden Pendeln zwischen den einzelnen Institutionen führen kann.

Nicht nur die öffentlichen psychiatrischen Dienste, sondern auch die privaten Praxen, die Sozialdienste und die Rehabilitationseinrichtungen sehen sich einem erhöhten Rechtfertigungsdruck

gegenüber: Die Behandlung sollte möglichst kurz, standardisiert und überprüfbar sein und ausschliesslich klar definierten Bedarfsgruppen offen stehen. Dies zwingt positiv zu einer sachlichen Reflexion und Optimierung der Behandlung. Es ist aber gerade Sache der Allgemeinpsychiatrie als Grundversorgung, dass sie oft jenseits von abgegrenzten und standardisierbaren Situationen operieren muss. Ausserdem bindet das, von der Kranken- und von der Invalidenversicherung verlangte, administrativ ausgelegte „Qualitätsmanagement“ Mittel und Energien, welche dann für eine effektive fachliche Weiterentwicklung fehlen.

Bei den privaten Praxen zwingt die Einführung der „Fallkosten“-Regelung zu Massnahmen, welche die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall senken. Das bedeutet, dass intensive sozialpsychiatrische Bemühungen bei unzuverlässigen PatientInnen auch aus diesem Grunde unattraktiv erscheinen.

Insgesamt gehen alle diese Entwicklungen in eine Richtung, die sowohl positive wie negative Auswirkungen haben können: Die Vorteile liegen in der grösseren Transparenz und vermehrten Überprüfung der eigenen Behandlung, im gestärkten Kostenbewusstsein und Dienstleistungscharakter psychiatrischer Hilfeleistungen. Die Nachteile liegen darin, dass die Beurteilungskriterien dieser Regelungen behandlungs- und patientenfremd sind, die effektiven fachlichen Leistungen nicht berühren, die Bedürfnisse der Schwerkranken zu wenig abbilden und keine Weiterentwicklung des Faches anzustossen vermögen.

5.2 IST-Zustand: Befunde und Beurteilung der aktuellen Situation

Zur Analyse der Lage ging die Planungsgruppe von den hauptsächlichen Zugangswegen psychisch Kranker zur psychiatrischen Fachbehandlung aus:

- Der Zugang via Allgemeinspital
- Der Zugang via hausärztliche Praxis
- Der direkte Zugang zu psychiatrischen Leistungen
- Der Zugang via Sozialdienste

Anschliessend wurde der weitere Behandlungsweg bis zum Abschluss oder zum Übertritt in eine Rehabilitation oder spezialisierte psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung untersucht.

Die Situation psychisch Kranker in den Sozialdiensten der Gemeinden wurde abgesehen von einem Hearing mit VertreterInnen der Sozialdienste nicht weiter verfolgt. Dies hängt damit zusammen, dass es schwierig war, eine Vertretung der Sozialdienste für die kontinuierliche Mitarbeit in der Planungsgruppe zu gewinnen. Diese Versorgungslinie ist zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen.

Bei der Konzentration auf die Zugangswege wurde angenommen, dass sich die Qualität der allgemeinpsychiatrischen Versorgung gerade auch daran ablesen lässt, welcher Situation sich behandlungsbedürftige psychisch Kranke an der Versorgungspipeline – im Allgemeinspital und in der hausärztlichen Praxis – gegenübersehen, respektive wie schnell sie in Krisen- und Notfallsituationen direkt in psychiatrische Behandlung finden.

Die Situation in Spital und Praxis ist auch deswegen von Interesse, weil ein Spitalaufenthalt oder eine Konsultation der Hausärztin oder des Hausarztes einen sensiblen Moment darstellen, in dem viele PatientInnen auch auf ihre allfällige psychische Problematik ansprechbar sind, bzw. die sie ohne Stigmatisierung aufsuchen können. Besonders Spitalaufnahmen können einen Wendepunkt im Krankheitsverhalten darstellen. Diese Chance sollte auch genutzt werden.

5.2.1 Psychisch Kranke im Allgemeinspital

5.2.1.1 Befunde aus der Literatur

Das psychiatrische Krankheitsrisiko ist in der Allgemeinbevölkerung bei gleichzeitiger körperlicher Erkrankung erhöht. Diese Rate erscheint bei Spitalpatienten nochmals höher. Sie beträgt laut einer Reihe von Studien rund 30% und mehr^{67 68 69}. Vergleichsweise besonders häufig sind dabei Demenzen, Alkoholabhängigkeit, und akute Belastungsreaktionen (meist nach Suizidversuch). Diese Feststellung trifft nicht nur in den allgemeinmedizinischen Abteilungen, sondern auch in chirurgischen, gynäkologischen sowie rehabilitativen Spitalabteilungen zu⁷⁰. Psychische Störungen können Verlauf und Ausgang somatischer Erkrankungen komplizieren, erhöhen das Risiko bezüglich Pflegebedürftigkeit und weiteren Spitalaufenthalten und sie führen zu verlängerten Aufenthaltsdauern im Spital – dies gilt speziell für Abhängigkeitserkrankungen⁷¹.

Es ist gut belegt, dass zwischen Häufigkeit psychischer Störungen, deren Wahrnehmung durch die Spitalärzte und deren effektiven Überweisungsrate an psychiatrische Spezialisten erhebliche Diskrepanzen bestehen. Die Erkennungsquote durch die Spitalärzte liegt bei rund 50 – 60%, das heisst knapp die Hälfte diagnostizierbarer psychischer Störungen werden nicht wahrgenommen – vor allem Depressionen, Angsterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Von den 20 – 30% der SpitalpatientInnen, bei denen Spitalärzte eine psychiatrische Erkrankung wahrnehmen, wird rund jede 4. Person an psychiatrische Dienste überwiesen. Diese Zuweisungsrate hängt jedoch stark mit der Verfügbarkeit und Organisation psychiatrischer Dienste im Spital zusammen⁷². Wie sieht die Situation nun konkret in den Kantonsspitalern im Kanton Basel-Landschaft aus?

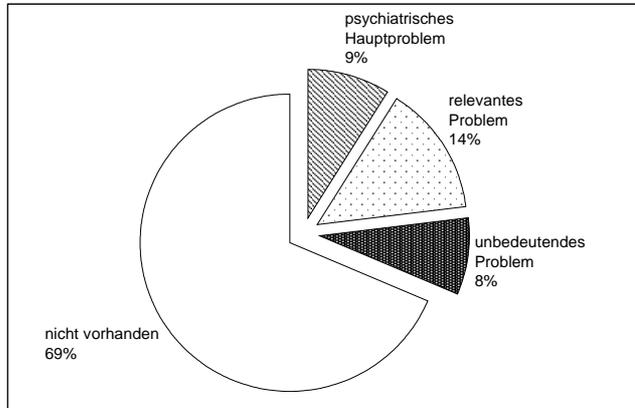
5.2.1.2 Befunde eigener Erhebungen

Im Herbst 2000 wurden während 5 Wochen in den Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz sämtliche rund 750 Austritte aus den Medizinischen Kliniken von den OberärztInnen im Hinblick auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, deren Schweregrad und das eingeschlagene Vorgehen erfasst. Die Resultate lassen sich grob auf das ganze Jahr hochrechnen.

Bei einem Drittel aller Patientinnen und Patienten wurde ein psychisches Problem festgestellt. Bei 171 PatientInnen, das heisst, in 23% aller Fälle wurde dieses als hauptsächliches oder zumindest relevantes Problem eingeschätzt. Man kann auch aufgrund der gut vergleichbaren Werte aus der Literatur davon ausgehen, dass etwa ein Viertel der SpitalpatientInnen psychiatrisch in irgendeiner Art und Weise behandlungsbedürftig wäre. Der Anteil von 9% der Austritte, bei denen man eine psychiatrische Erkrankung als Hauptproblem einschätzte, deckt sich präzise mit den psychiatrischen Hauptdiagnosen in der Jahresstatistik

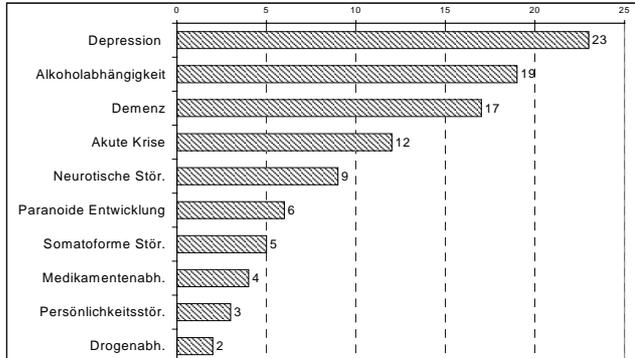
der Kantonsspitaler, wo für 2000 ein Wert von 8.8% angegeben wird.

Abbildung 7: Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Medizinischen Kliniken des KSB und KSL in % (n = 748 Austritte)



Die Hälfte der erfassten PatientInnen ist älter als 70 Jahre. Diagnostisch dominieren Depressionen (jede vierte relevante Störung), Alkoholprobleme (jede fünfte), Demenzen (jede sechste) sowie akute Krisensituationen (jede achte):

Abbildung 8: Verteilung der Diagnosen bei den relevanten psychischen Störungen in % (n = 171 Austritte)



Parallel zu dieser Erhebung wurden auch die von den Spitalern angeforderten psychiatrischen Konsilien bei den Externen Psychiatrischen Diensten (EPD) während eines vergleichbaren Zeitraumes erhoben. Nur rund 20% aller PatientInnen mit einer relevanten psychischen Störung werden von den EPD gesehen. Hinzu müssen allerdings noch die Konsilien der Suchtberatungsstellen gezählt werden, das sind laut Jahresberichten insgesamt etwa 100 pro Jahr. Damit wird insgesamt jährlich aber trotzdem nur etwa ein Drittel aller Alkoholabhängigen im Spital gesehen.

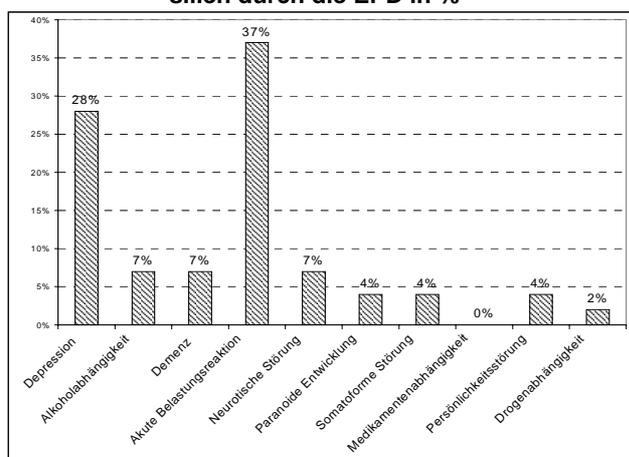
Wenn man die Verteilung der Diagnosen bei allen Austritten vergleicht mit der Verteilung bei den Konsilien, wird ersichtlich, dass bei bestimmten psychischen Störungen oft und bei anderen

fast nie eine psychiatrische Beurteilung angefordert wird. Fast 40% der konsiliarischen Patienten sind Patienten mit einer akuten Belastungsreaktion. Diese Diagnose steht damit bei den Konsilien mit Abstand an erster Stelle, obwohl diese Diagnose im Spital nicht so häufig auftritt.

Wenig Konsilien fanden statt bei Patienten mit neurotischen, Demenz- und Alkoholerkrankungen. Zudem wird eine sehr grosse Anzahl depressiver Störungen konsiliarisch nicht gesehen.

Das heisst, Konsilien werden vor allem in Akutsituationen (in erster Linie Suizidversuche) angefordert:

Abbildung 9: Verteilung der Diagnosen bei den Konsilien durch die EPD in %



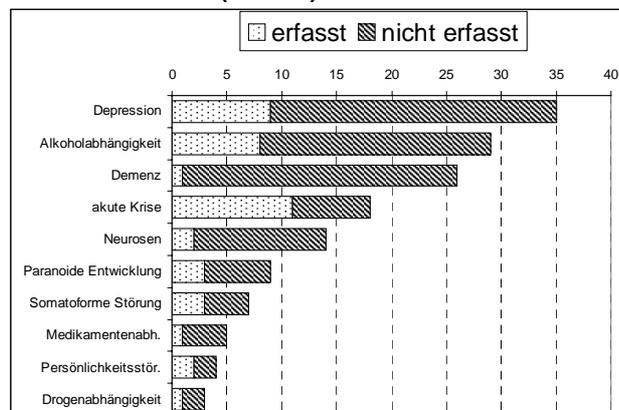
In der Spitalbefragung wurden zudem Angaben gemacht über das Behandlungsmanagement vor und nach Spitalaufenthalt. Bezogen auf die 171 Patienten mit einer relevanten psychischen Problematik befanden sich vor Spitalaufenthalt 27 (16%) in psychiatrischer Behandlung (inkl. Alkoholberatung).

Bedeutsam ist nun zu sehen, wie viele PatientInnen zusätzlich irgendeiner Form psychiatrischer Behandlung zugewiesen werden (nicht nur, wo ein Konsilium angefordert wurde) und wie sich die Zuweisungen über die Diagnosen verteilen:

Nach Spitalaufenthalt waren 46 von 171 PatientInnen irgendeiner Art psychiatrischer Behandlung zugewiesen, das sind 27%. Nach wie vor unbehandelt blieben 73% der Patienten mit relevanter psychischer Problematik. Vergleichsweise besonders selten werden behandelt PatientInnen mit Demenz, Alkoholabhängigkeit, Depression und neurotischen Störungen.

Vergleichsweise oft werden hingegen die akuten Störungen erfasst wie PatientInnen mit akuten Belastungsreaktionen oder paranoiden Entwicklungen:

Abbildung 10: Psychiatrische Erfassung relevanter psychischer Störungen bei Spitalaustritt (n = 171)



Einen Überblick über die Situation vor und nach Hospitalisation gibt die folgende Tabelle:

Tabelle 14: Psychiatrische Behandlung vor und nach Hospitalisation (n = 171)

	nach Hospitalisation psych. behandelt		Gesamt	
	Ja	nein		
vor Hospital. psychiatrisch behandelt	Ja	25	2	27
	nein	21	123	144
Gesamt		46	125	171

Pro Jahr werden demnach in beiden Medizinischen Kliniken der Kantonsspitaler Liestal und Bruderholz hochgerechnet rund 1'700 Patientinnen und Patienten mit einer psychiatrischen Haupt- oder relevanten Nebendiagnose festgestellt. Dies ist eine Grössenordnung von zwei Dritteln der EPD-Kapazitäten und deutlich mehr als die jährlichen Eintritte in die Kantonale Psychiatrische Klinik.

Die EPD betreuen diese Patienten vor allem mit dem Instrument der total etwa 500 eingeforderten Konsilien. 70% sämtlicher Konsilien werden in den Medizinischen Kliniken durchgeführt, das sind rund 350 Konsilien für die obigen 1700 Patienten. Die konsiliarisch betreuten Patienten erhalten nach Spitalaustritt auch meistens ambulant weitere psychiatrische Kontakte.

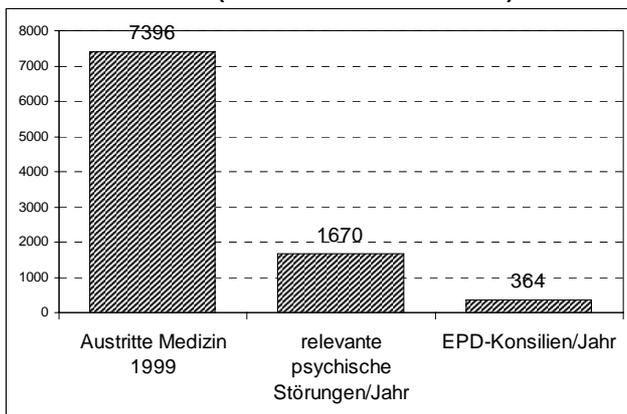
Psychische Störungen werden in den Medizinischen Kliniken des Kantons häufig und in einer Anzahl wahrgenommen, die man aufgrund des Forschungsstandes erwarten konnte. 10% aller behandelten Patientinnen und Patienten haben eine psychiatrische Hauptdiagnose, weitere 10% ein relevantes psychiatrisches Nebenproblem und weitere 10% ein leichtes psychisches Problem. Die relativ gute Wahrnehmung führt hingegen zu selten zu einer Überweisung, respektive zu einem psychiatrischen

Konsilium. Dies gilt augenscheinlich nicht nur für die Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler, sondern zumindest im selben Ausmass auch für die anderen Spitalabteilungen.

Nur bei einem Fünftel der Patienten mit relevanter psychischer Störung wird ein Konsilium angefordert, das ist relativ selten. Gut funktioniert dies bei Krisenintervention, Suizidalitätsbeurteilung und -therapie. Bei akuten Belastungsreaktionen werden oft Konsilien angefordert. Diese werden schnell und gut ausgeführt, wobei der Wunsch des Spitals nach erfahrenen Konsiliarpsychiatern und der Ausbildungsauftrag der EPD sich hier manchmal widersprechen. Noch unbefriedigend abgedeckt sind die Bedürfnisse nach Einleitung von längerfristigen Behandlungen, die im Spital begonnen werden und über die stationäre Phase hinausreichen. Bei Demenz und neurotischen Störungen ist dies selten bis sehr selten der Fall. Bei Suchtkrankheiten sollte sich die Situation ebenfalls noch stark verbessern (vgl. Kap. 8.1).

Die Abbildung 11 zeigt im Überblick die Hochrechnung der erhobenen Situation für das Jahr 1999.

Abbildung 11: Hochrechnung auf 1 Jahr: Alle Austritte, psychisch Kranke und EPD-Konsilien (Anzahl für KSB und KSL)



Beurteilung:

Die psychiatrische Versorgung weist in den somatischen Spitälern eine grosse Lücke auf. Bereits in der Psychiatriefolgeplanung I von 1991 wurde die Einrichtung von erweiterten Krisenhilfen an den Kantonsspitalern als prioritäres Ziel formuliert. Die hier durchgeführten Erhebungen unterstreichen die Priorität des schon vor 10 Jahren festgestellten Ziels einer verstärkten psychiatrischen Präsenz im Spital.

Die durch die Erhebung ausgelöste Diskussion innerhalb der Planungsgruppe hat gezeigt, dass diese geringe Erfassung psychisch Kranker in den somatischen Kliniken für die Spitalvertreter ein deutliches Versorgungsproblem darstellt. Für die Psychiatrie zeigt diese hohe Anzahl nicht erfasster und unbehandelter psychisch Kranker die Dringlichkeit des Problems.

Das Bedürfnis der Spitäler richtet sich konkret auf eine verstärkte Präsenz von psychiatrischen Fachkräften im Klinikablauf. Die Ausbildung der somatischen Assistenten mit dem Ziel, die fachpsychiatrische Arbeit im Spital selber abdecken zu können, wird als kaum machbar empfunden. Die Weiterbildung sollte pragmatisch durch die Intensivierung der Präsenz von fachpsychiatrischem Personal im Spital, den daraus resultierenden Fallbesprechungen und dem resultierenden Wissensaustausch erfolgen.

5.2.2 Psychisch Kranke in der hausärztlichen Praxis

5.2.2.1 Befunde aus der Literatur

90% der Bevölkerung befinden sich in hausärztlicher Behandlung und jedes Jahr suchen rund 60% der Männer und 70% der Frauen ihren Hausarzt auf⁷³. Für die psychiatrische Versorgung stellen HausärztInnen deshalb den wichtigsten Partner dar in ihrem Bemühen, Menschen zu erreichen, die psychiatrischer Behandlung bedürfen.

Menschen mit einer psychischen Störung frequentieren die hausärztliche Praxis überdurchschnittlich häufig, jährlich sehen 85 – 90% von ihnen einen Allgemeinarzt – im Gegensatz zu psychisch Gesunden, wo dies bei zwei Dritteln der Fall ist⁷⁴. Man kann demnach schon aufgrund dieser wiederholt gefundenen Daten davon ausgehen, dass rund 20 – 30% der Hausarztclientel unter einer psychischen Störung leidet. Diese Quantität bedeutet, dass die primärmedizinische Versorgung einen rechten Teil dieser Patienten selbst behandeln muss.

Etwa zwei Drittel davon sind chronische Störungen, ein Drittel neue Erkrankungsepisoden. Psychisch Kranke in hausärztlicher Praxis weisen ein besonderes Mass an sozialer und beruflicher Behinderung auf. Aber nur etwa 7% der PatientInnen mit psychischen Störungen sprechen von sich aus psychische Probleme und Störungen an⁷⁵. Daher ist der Hausarzt fast immer auf seine diagnostischen und kommunikativen Fähigkeiten angewiesen, will er psychiatrische Erkrankungen erkennen. Diagnostisch handelt es sich bei psychischen Störungen in der hausärztlichen Praxis vor allem um depressive und Angsterkrankungen sowie Alkoholabhängigkeit. Recht häufig sind auch Somatisierungsstörungen.

In der Literatur finden sich unter den Stichworten „Unterdiagnostik“ oder „versteckte psychiatrische Morbidität“ viele Untersuchungen, die darauf hinweisen, dass psychische Störungen in der primärmedizinischen Versorgung in der Regel deutlich zu selten wahrgenommen werden. Durchschnittlich werden 50 – 60% der psychischen Störungen erkannt. Je prägnanter und spezifischer die psychiatrische Symptomatik desto höher steigt die Erkennungsquote. Dabei spielt auch die Ausbildung und Schu-

lung der Hausärztinnen und Hausärzte eine grosse Rolle. Der Einfluss von psychiatrischen und kommunikativen Schulungsprogrammen auf die Wahrnehmung psychischer Störungen konnte in Studien empirisch nachgewiesen werden.

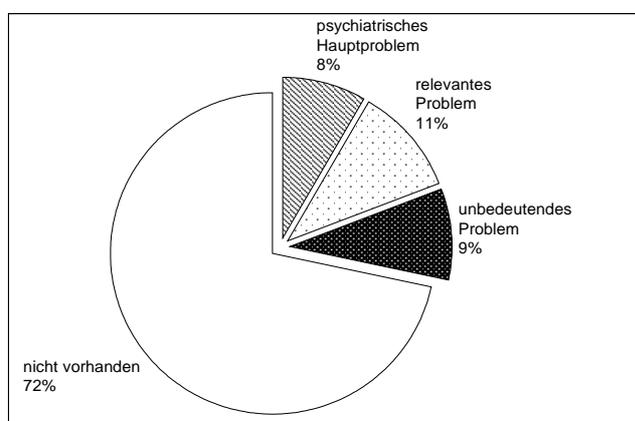
HausarztInnen nehmen bei etwa 6 – 8% ihrer Klientel eine fachpsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit wahr, hingegen gelangen nur etwa 2% effektiv in eine solche Behandlung⁷⁶. Wenn überwiesen wird, ist bei einem grossen Teil der Klientel schon eine Psychopharmakotherapie und eigene Beratung vorausgegangen⁷⁷. Das Überweisungsverhalten von Hausärztinnen wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst⁷⁸:

Merkmale der Klientel (Einstellung zur Überweisung, Alter, soziale Schicht, gleichzeitige körperliche Erkrankung und andere)
 Merkmale der HausarztInnen: (diagnostische und therapeutische Kompetenz, Verfügbarkeit eigener Ressourcen, Rollenverständnis und Einschätzung eigener Kompetenz, Einstellung zur Psychiatrie, Interesse an psychischen Störungen und andere)
 Merkmale der psychiatrischen Versorgung (Güte der Zusammenarbeit von psychiatrischen und hausärztlichen Praxen, Nähe und Erreichbarkeit, Rücküberweisung und Berichterstattung (Feedback) der PsychiaterInnen, Vorhandensein direkter und bekannter Ansprechpartner, keine Wartezeiten und andere).

5.2.2.2 Befunde eigener Erhebungen

Eine Stichtagerhebung bei 21 HausarztInnen aus 6 verschiedenen Qualitätszirkeln in Baselland, die 544 Patienten einschloss, brachte folgende Resultate, die wegen der relativ geringen Zahl befragter HausarztInnen zwar nicht repräsentativ sind, auf der anderen Seite jedoch die Resultate aus verschiedenen Untersuchungen gut reflektieren: Rund 20% der HausarztInnen haben nach Einschätzung der HausarztInnen eine zumindest relevante psychische Störung:

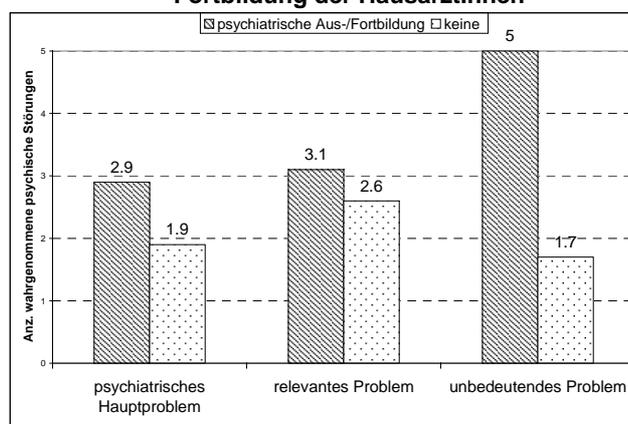
Abbildung 12: Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis in % (n = 544 PatientInnen in 21 Praxen)



Auch hier findet sich demnach eine Häufigkeit von 20 – 30% psychischer Störungen wieder (30% unter Einbezug der leichteren psychischen Probleme). Diagnostisch handelt es sich vor allem um neurotische Störungen, chronische Schmerzstörungen, Depressionen und Alkoholerkrankungen. Das Bild entspricht der oben dargestellten Spitalerhebung.

Ein Drittel der befragten HausarztInnen verfügt über spezifische Weiter- oder Fortbildung im psychiatrischen Bereich. Diese nehmen deutlich häufiger eine psychische Störung wahr, insbesondere die leichteren psychischen Störungen.

Abbildung 13: Anzahl wahrgenommene psychisch Kranke und psychiatrische Weiter- und Fortbildung der HausärztInnen

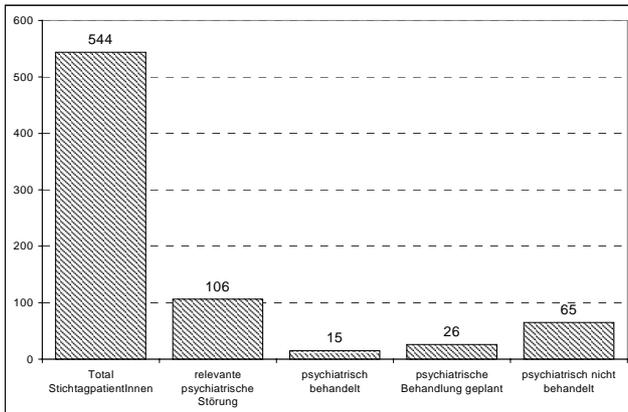


Nur 3% dieser Stichtagklientel wird gleichzeitig durch eine fachpsychiatrische Instanz behandelt. Das sind weniger als 15% der HausarztInnen mit einem zumindest relevanten psychischen Problem. Das entspricht in der Grössenordnung anderen Erhebungen, die von einer aktuellen Überweisungs- und Mitbehandlungsrate von 1 – 2% der Praxisklientel ausgehen.

Ähnlich wie im Spital ist die Hälfte der Klientel mit relevanten psychischen Störungen älter als 65 Jahre ist. Dieses speziell für die Alterspsychiatrie erhebliche Resultat wird im Kapitel zur Alterspsychiatrie besprochen (vgl. Kap.7.2).

Hindernisse für eine Überweisung sind aus Sicht der HausarztInnen die mangelnde Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Psychotherapeuten. Das Problem scheint teilweise darin zu liegen, dass eine gemeinsame Sprache und ein geteiltes Verständnis über Zweck und Art der psychotherapeutischen Behandlungen fehlen. Es gibt zudem keine generellen Indikationsrichtlinien, wann Patienten an die fachpsychiatrische Versorgung überwiesen werden sollen – und bei vielen sind Widerstände zu erwarten. Eine Klärung für den praktischen Gebrauch im Kanton ist darum sinnvoll.

Abbildung 14: Anzahl psychisch Kranker in hausärztlicher Praxis und Anzahl psychiatrisch Behandelte



Wir gehen aufgrund der Daten und Informationen der Befragten davon aus, dass Zuweisungen an die Psychiatrie und Zusammenarbeit mit der Psychiatrie primär dort stattfinden, wo persönliche Kontakte etabliert sind und ein gewisses Vertrauen vorhanden ist. Persönliche Kontakte erleichtern die Zusammenarbeit. Vorschläge, die eine verbesserte Zuweisung von Patienten mit psychischen Störungen an Psychotherapeuten zum Ziel haben, müssen diese Kleinräumigkeit etablierter persönlicher Kontakte berücksichtigen. Es bestehen zudem von Seiten der HausärztInnen Bedürfnisse nach schneller und aktueller Information über Möglichkeiten und Ausrichtung psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote.

Die Kommunikation der Beteiligten ist verbesserungswürdig, insbesondere was Rückmeldungen sowie Form und Häufigkeit der Berichterstattung betrifft – dies gilt auch bei stationären Ein- und Austritten. Die Rahmenbedingungen von Zuweisungen (ersetzend, ergänzend, konsiliarisch) sind häufig nicht geklärt. Dies fördert Bedenken, bei Zuweisungen den Patienten zu „verlieren“.

Psychiatrische und sozialwissenschaftliche Grundlagen haben heute in der medizinischen Grundausbildung mehr Gewicht. Das Problem im Hinblick auf Patienten mit psychischen Störungen liegt darin, dass diese theoretischen Kenntnisse in der Weiterbildungszeit normalerweise nicht mit entsprechender Praxis angereichert und vertieft werden. HausärztInnen eignen sich üblicherweise erst in ihrer Praxis einen gewissen Umgang mit psychisch kranken Patienten an. Ein wichtiges Kriterium dafür, ob der Hausarzt selbst behandelt oder nicht, ist seine eigene Weiterbildung sowie sein Interesse für psychisch kranke Menschen. Wenn sie darüber verfügen, weisen sie wegen differenzierterer Wahrnehmung auch häufiger an psychiatrische oder psychotherapeutische Fachleute weiter. HausärztInnen verfügen jedoch normalerweise nicht über psychiatrische Erfahrung aus ihrer Weiterbildungszeit als Assistenten und werden in den Kliniken kaum psychologisch und kommunikativ geschult – es

fehle die Zeit dazu. Eine qualifizierte Behandlung psychisch Kranker kann deshalb nicht einfach vorausgesetzt werden.

Beurteilung:

Die hausärztliche Praxis stellt nach wie vor den zahlenmässig grössten Versorgungsbereich für psychisch kranke Menschen dar. HausärztInnen erkennen psychische Störungen, es kommt aber relativ selten zu Zuweisungen an die ambulante Psychiatrie. Hier sind neben den Externen Psychiatrischen Diensten vor allem auch die privaten psychiatrischen Praxen gefordert, gemeinsam mit den hausärztlichen Praxen zu neuen Kooperationsformen zu finden.

5.2.3 Psychisch Kranke in der fachspezifischen Versorgung: Allgemeine Feststellungen

Die stationäre fachpsychiatrische Versorgung wird für den Kanton laut Leistungsauftrag durch die Kantonale Psychiatrische Klinik (KPK) sichergestellt. Sie ist die einzige öffentliche psychiatrische Klinik im Kanton und hat mit ihrer Aufnahmepflicht eine monopolartige Stellung. In der Region sind die Privatkliniken *Psychiatrische Klinik Sonnenhalde* in Riehen, die *Klinik Schützen* in Rheinfelden als spezialisierte Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik sowie die anthroposophisch ausgerichtete *Ita Wegmann Klinik* in Arlesheim für den Kanton von Bedeutung.

Im teilstationären Bereich beteiligen sich die Tageskliniken der Externen Psychiatrischen Dienste (EPD) in Münchenstein und Liestal, in Liestal wird zudem ein Tageszentrum geführt. Die ambulante alltagspsychiatrische Versorgung bilden die Beratungsstellen der EPD auf dem Bruderholz – mit Zweigstelle an der Tagesklinik Münchenstein – und in Liestal, sowie die privat praktizierenden PsychiaterInnen. Wegen ihres erheblichen Potentials sind hier auch die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen in die Betrachtung einbezogen, obwohl ihr Anteil an alltagspsychiatrischer Tätigkeit gering ist.

In der psychiatrischen Fachversorgung stellen sich planerisch andere Fragen als im allgemeinmedizinischen Teil, wo die Frage nach dem Erfassungsgrad psychisch Kranker und der Verfügbarkeit psychiatrischer Leistungen im Vordergrund stehen, nämlich:

- Wie wirkt sich die zunehmende Inanspruchnahme auf die Art der Behandlung aus?
- Welche Systemteile zeichnen sich durch Über- oder Unterkapazitäten aus?
- Wie ist die Klientel zusammengesetzt und welche Verschiebungen haben sich ergeben?
- Wie erhalten Patientinnen und Patienten Zugang zu einer angemessenen Behandlung?

- Wie werden bestimmte Problemgruppen aufgenommen (Fremdsprachige, chronisch Kranke u.a.)?
- Welche spezifischen Lücken zeigen sich?
- Wie funktioniert der Notfalldienst?
- Wie viel Zwang muss angewendet werden?
- Wie koordiniert laufen die Behandlungen ab?
- Wie sind die Übergänge zwischen stationär, teilstationär und ambulant strukturiert und wie zweckmässig ist die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Beteiligten?

Siehe dazu auch die Eckdaten der Inanspruchnahme der Kantonalen Psychiatrischen Dienste (im Kap. 3.3).

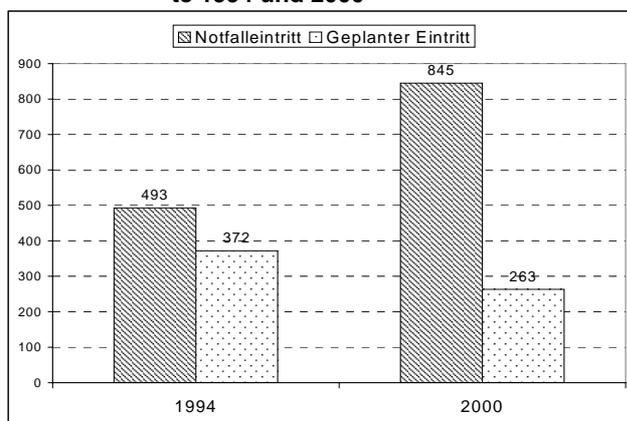
5.2.4 Kantonale Psychiatrische Klinik (KPK)

Die KPK liegt hinsichtlich Hospitalisationsrate, Hospitalisationsdauer und Entwicklung der Eintritte im gesamtschweizerischen Durchschnitt. In den letzten 10 Jahren haben sich grob die Pflegetage und die Hospitalisationsdauer halbiert und die Eintritte verdoppelt. Die Verkürzung der Behandlungsepisoden kompensiert hingegen die Steigerung der Fallzahlen nicht, so dass die Gesamtauslastung steigt.

5.2.4.1 Zunahme der Notfalleintritte

Die KPK ist heute zum grössten Teil eine akutpsychiatrische Klinik mit Notfallaufnahmen, das ist eine relativ neue Entwicklung: Drei Viertel der Klinikeintritte sind Notfalleintritte. Dies hat zur Konsequenz, dass die Krisenintervention zur dominanten Behandlungsform in der KPK geworden ist, zu Lasten therapeutischer und sozialpsychiatrischer Anstrengungen. Typische Notfallsituationen entwickeln sich aus Krisen der Beziehungs-, Berufs- und Lebenssituation, aus traumatischen Reaktionen auf Gewalterlebnisse und aus akuten Psychosen oder Suizidalität.

Abbildung 15: Geplante Klinikeintritte und Notfalleintritte 1994 und 2000



Oft ist Substanzenmissbrauch im Spiel. Der Druck, welchem AsylbewerberInnen ausgesetzt sind, erzeugen spezifische Notla-

gen. Es besteht der Eindruck, dass Notfallsituationen im Rahmen einer generellen Überforderung und Hilflosigkeit beim Zurechtkommen mit den alltäglichen Anforderungen des Lebens ansteigen¹. Je nach flüchtlingspolitischer Lage kommen viele Notfälle von AsylbewerberInnen. Dass Notfall-Anmeldungen zunehmen, zeigt sich nicht nur in der Klinikstatistik, sondern bei den Externen Psychiatrischen Diensten sowie im Notfalldienst der privaten psychiatrischen Praxen. Die Bewertung der Zunahme ist unklar. Davon abzuleiten, dass generell ein psychiatrisches Versorgungsproblem vorliegt, würde zu kurz greifen. Die Notfall-Thematik ist für die Kranken und ihre Angehörigen sehr konkret, insgesamt handelt es sich jedoch um ein komplexes Problem mit verschiedenen Ursachen und vielerlei Konsequenzen, welches sich gleichzeitig in einem Feld abspielt, dem juristisch relativ enge Grenzen gesetzt sind – es darf bei möglichst restriktiver Anwendung von Zwang gleichzeitig nicht zu krankheitsbedingter Gefährdung von Leben kommen.

5.2.4.2 Erstmalige und wiederholte Notfälle

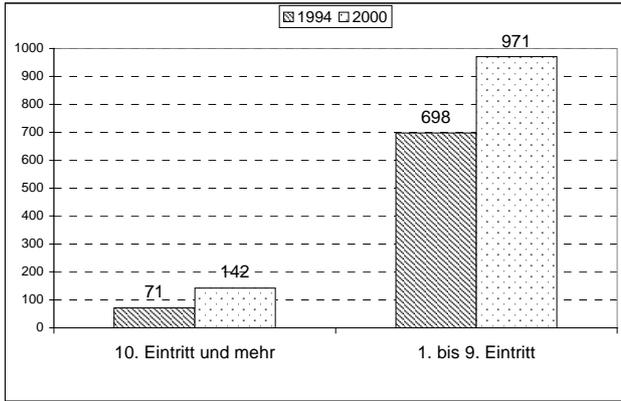
Akut behandlungsbedürftige Kranke sind keine homogene Gruppe. Zuerst sind zu unterscheiden: Bisher psychiatrisch unbetreute Menschen, die zum ersten Mal in eine schwere Krise geraten und für die ein klares, unkompliziertes und schnelles Krisenmanagement zur Verfügung gestellt werden muss, das möglichst früh und nah am normalen Umfeld der Kranken greift. Zweitens die psychiatrisch schon bekannten, teils chronisch Kranken, bei denen auf ein früher schon erprobtes und erfolgreiches Verfahren zurückgegriffen werden sollte. Bei dieser zweiten Gruppe ist die Prävention einer eskalierenden Situation im ambulanten Bereich entscheidend. Häufige Notfalleinweisungen von chronisch Kranken in die Klinik können auf eine nicht optimale Betreuung und auf zu spätes Reagieren im ambulanten Umfeld hinweisen.

5.2.4.3 Die „Heavy User“ der Psychiatrie

Das planerische Hauptproblem einer zunehmend an kurzfristigen Interventionen orientierten Versorgung liegt darin, dass es zu einer Konzentration der Mittel in der stationären Akutpsychiatrie führt und potentiell der Ambulanz und der Rehabilitation Ressourcen entzieht. Dies könnte jedoch wiederum ein Ansteigen der Klinikeinweisungen zur Folge haben – ein Teufelskreis. Vor allem bei der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit komplizierten chronischen Verläufen und problematischem Krankheitsverhalten (z.B. chronisch Schizophrene, die Substanzen missbrauchen), die zu den häufigsten Nutzern der psychiatrischen Versorgung gehören, ist also die sozialpsychiatrische Sekundär- und Tertiärprävention besonders wichtig. Es handelt sich hierbei um Menschen, die sehr viele Klinikeintritte aufweisen. Diese Gruppe der so genannten „Heavy User“ ist umfangreicher geworden:

¹ Bisher fehlen zu diesem sich vielfach aufdrängenden Eindruck die eindeutigen empirischen Belege

Abbildung 16: Anzahl der sehr häufigen Wiedereintritte in die KPK 1994 und 2000

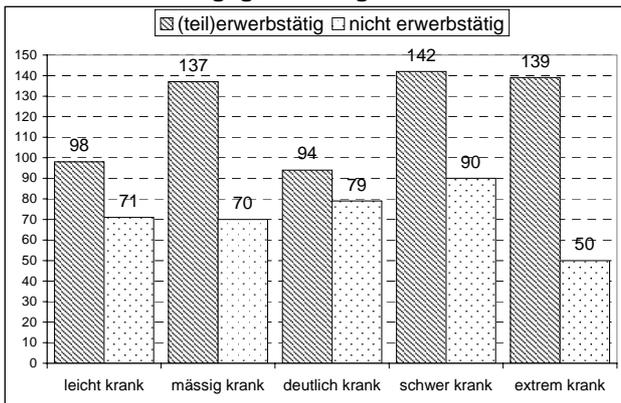


Die Anzahl dieser sehr häufigen Wiedereintritte hat sich seit 1994 exakt verdoppelt, während die restlichen Eintritte insgesamt ‚nur‘ um 40% gestiegen sind. Diese „Heavy User“ haben einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Notfalleintritten, womit sich die Frage stellt, inwiefern für diese Menschen, bei denen es sich diagnostisch fast ausschliesslich um schizophrene, schwer depressive sowie Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen handelt, das ambulante und teilstationäre Netz verstärkt werden kann.

5.2.4.4 Hospitalisationen und Erwerbstätigkeit

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Arbeitssituation: PatientInnen, die trotz Krankheit einer Erwerbstätigkeit nachgehen können, haben unabhängig von der Schwere ihrer Erkrankung deutlich längere stabile Phasen zwischen ihren Klinikaufenthalten.

Abbildung 17: Klinikfreie Intervalle von Erwerbs- und Nichterwerbstätigen nach Erkrankungsgrad in Tagen¹



Man sieht, dass unabhängig vom geschätzten Erkrankungsgrad der Hospitalisierten die Tatsache, einer Arbeit nachzugehen, zu deutlich längeren Phasen führt, welche ausserhalb der Klinik

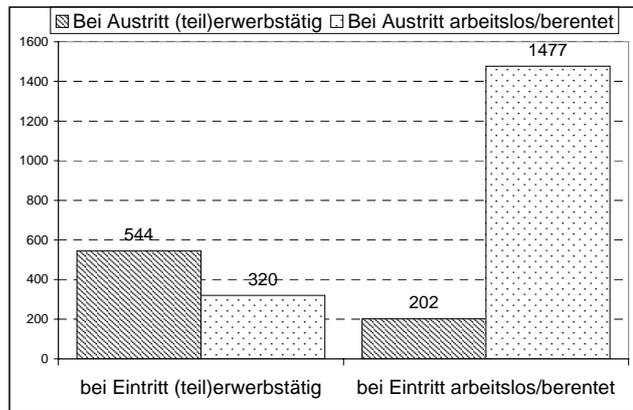
¹ 1644 Wiedereintritte 1998-2000

zugebracht werden. Das bedeutet, dass die Nicht-Erwerbstätigen auch mehr Klinikeintritte aufweisen. Zudem fallen die stationären Behandlungen der Erwerbstätigen kürzer aus:

Es ist deswegen auch planerisch und ökonomisch von Bedeutung, dass mehr als ein Drittel der bei Eintritt erwerbstätigen KlinikpatientInnen zum Zeitpunkt des Austrittes nicht mehr erwerbstätig ist.

Nur bei einem Drittel aller Eintritte haben die PatientInnen noch eine Arbeitsstelle im allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei rund 40% dieser noch erwerbstätigen Fälle geht diese Stelle im Rahmen der Hospitalisation verloren:

Abbildung 18: Erwerbstätigkeit bei Ein- und Austritt aus der KPK²



Aus klinischer Erfahrung ist bekannt, dass der Klinikaufenthalt oft den Endpunkt einer krisenhaften Entwicklung bedeutet, in deren Verlauf sich die berufliche Situation längst schon zugespitzt hat. Immerhin finden rund 12% der zuvor Nicht-Erwerbstätigen anschliessend an die Hospitalisation zu einer Erwerbstätigkeit. Angesichts der Schwierigkeit, psychisch Kranke im Arbeitsmarkt neu zu platzieren, stellen diese Zahlen aber doch ein Problem dar. Sie zeigen zudem ein weiteres Mal den engen Zusammenhang von Akut- und Rehabilitationspsychiatrie. (Abbildung 18).

5.2.4.5 Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE)

Notfalleintritte sind im Vergleich zu geplanten Eintritten erwartungsgemäss viel häufiger mit einem fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE) verbunden, 9 von 10 FFE-Eintritten sind Notfälle. Der Anteil der fürsorgerischen Freiheitsentzüge lag im Jahr 2000 bei 22% und ist bei gewissen Schwankungen von Jahr zu Jahr immer etwa zwischen einem Fünftel und einem Viertel aller Eintritte. Diese Quote lässt sich wegen unterschiedlicher

² Erläuterung: 2543 Klinikein- und Austritte zwischen 1998 und 2000; Alter bis 64 Jahre. Erwerbstätigkeit meint überwiegend Arbeit im allgemeinen Arbeitsmarkt, in 10% der Fälle bei gleichzeitiger Teilrente der Invalidenversicherung (IV).

Verfahren nicht gut mit anderen Kantonen vergleichen. Generell kann man jedoch sagen, dass heute das Bedürfnis der Angehörigen nach Entlastung und Schutz eher zurückstehen muss gegenüber dem Selbstbestimmungsrecht von akut psychisch Kranken.

5.2.4.6 Stabilität der Klientel

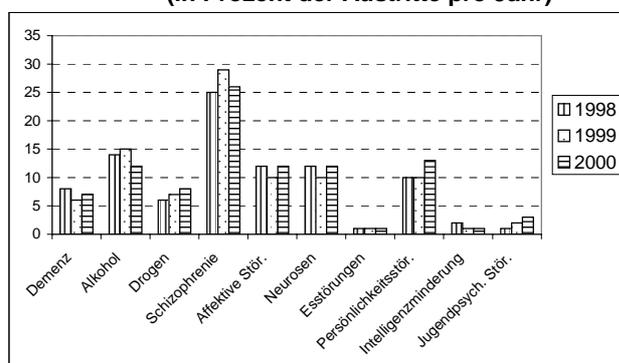
Die Klientel der KPK ist in den letzten Jahren in verschiedener Hinsicht sehr stabil geblieben.

Psychiatrische Kliniken haben generell eine recht junge Klientel, das Durchschnittsalter liegt bei etwa 40 Jahren – im Vergleich beispielsweise zu allgemeinmedizinischen Abteilungen mit einem Durchschnitt von etwa 70 Jahren. Einige psychische Krankheiten brechen normalerweise in jungen Jahren aus – mit vielfältigen negativen sozialen, schulischen und beruflichen Konsequenzen – und mildern sich im höheren Alter.

5.2.4.7 Diagnostische Zusammensetzung

Diagnostisch hat es in der prozentualen Verteilung kaum Veränderungen gegeben. Nach wie vor machen schizophrene Erkrankungen den Hauptteil der Störungen aus, gefolgt von Depressionen und Alkoholabhängigkeit.

Abbildung 19: Verteilung der Hauptdiagnosen bei KPK-Aufnahmen der Jahre 1998 – 2000 (in Prozent der Austritte pro Jahr)



Der Anteil der Substanzenabhängigen ist insgesamt in den letzten Jahren unverändert auf konstant hohem Niveau verharrt (grösste Zahl wenn man Zweitdiagnosen hinzunimmt).

5.2.4.8 MigrantInnen und Asylsuchende

Hinsichtlich Nationalität stammen 18% der KPK-PatientInnen aus dem Ausland. Überdurchschnittlich oft hospitalisiert sind Menschen aus der Türkei, die auch den grössten Teil der Pflegetage ausmachen, die von MigrantInnen in Anspruch genommen werden. Die klassischen Einwanderungsländer Italien und Spanien sind in der KPK untervertreten. Ausländerinnen und Ausländer waren früher generell in der Klinik unterrepräsentiert, dies hat sich mittlerweile leicht gedreht und ist ein Abbild davon, dass heute Menschen zunehmend aus instabilen Her-

kunftsändern immigrieren, von wo sie nicht selten traumatische Erfahrungen mitbringen. Bei Asylsuchenden ist die Lage durch die Ungewissheit des Asylentscheides verschärft, ihre Situation in der psychiatrischen Versorgung ist unbefriedigend (vgl. Kap. 5.3.3).

5.2.4.9 Beurteilung

Die KPK zeichnet sich abgesehen von den dargestellten Veränderungen insgesamt durch eine hohe Stabilität der Klientel und sonstiger Kennziffern über die letzten Jahre seit der Folgeplanung I aus, was an sich ein wichtiges Resultat ist. Die Klinik hat einen definierbaren und kontinuierlich gewachsenen Platz in der psychiatrischen Versorgung. Die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen, allgemeinmedizinischen und sozialen Versorgungsträgern ist insgesamt gut und abgesehen von zu verbessernden Details eingespielt.

Die Klinik kann dank der baulichen und konzeptionellen Aufwertung der Akutstationen im Projekt "Dritte Akutstation" seit dem Jahr 1999 mehr Raum zur Verfügung stellen und Schutz und Intimsphäre gewährleisten. Das wird auch von den Angehörigen viel positiver und freundlicher wahrgenommen als früher. Durch Überbelegung ist diese Qualität allerdings häufig beeinträchtigt worden.

Über die gesamte Planung hinweg stand die KPK generell kaum in der Kritik. Es ist denkbar, dass dies teils auch damit zusammenhängt, dass die Evaluation der Allgemeinpsychiatrie entlang den Zugangswegen zur Behandlung vorgenommen wurde und damit nicht in erster Linie den Kern der Psychiatrie beleuchtet hat. Hingegen wurden gerade die Patientenstatistiken der KPK ausserordentlich intensiv ausgewertet. Man kann deshalb zum Schluss kommen, dass als Resultat eines jahrelangen Aufbau- und Differenzierungsprozesses die KPK ihre Versorgungsaufgabe sehr gut und konstant wahrnimmt. Abgesehen vom Kapazitätsproblem, wegen steigender Aufnahmen, zeigen sich die konkreten Probleme dieser Planung mehrheitlich ausserhalb der Klinik.

5.2.5 Die Externen Psychiatrischen Dienste (EPD)

Die EPD bilden gemeinsam mit den privaten Praxen die ambulante Versorgung und stellen selbst mit den an ihre Beratungsstellen angeschlossenen Tageskliniken sowie dem Tageszentrum das teilstationäre Angebot. Auch die EPD zeichnen sich hinsichtlich Patientenprofil und Auftragserfüllung durch eine grosse Konstanz aus – mit der Ausnahme, dass der Anteil der Migrantinnen und Migranten an der Gesamtklientel stark gestiegen ist. Zusätzlich sind die Behandlungszahlen der EPD in noch stärkerem Masse angestiegen als die Zahlen der KPD insgesamt. Tageskliniken und Tageszentrum werden besonders häufig frequentiert.

5.2.5.1 Die Funktion der teilstationären Versorgung

Der teilstationären psychiatrischen Tagesversorgung kommt eine wichtige und bis heute in weiten Teilen unterschätzte planerische Bedeutung zu. Tageskliniken und Tageszentren dienen nicht nur der Nachbehandlung und Stabilisierung in einer mittelgradig geschützten Umgebung nach einer Vollhospitalisation, die sie dank ärztlicher Leitung fast analog zur Klinik sicherstellen können. Sie haben weiter einen rehabilitativen Auftrag, den sie durch das Einüben instrumenteller, alltäglicher, beruflicher und sozialer Fähigkeiten in der Gruppe wahrnehmen. Schliesslich haben sie eine der Klinik vorgeordnete Funktion, indem sie wie kein anderer Versorgungsträger Ressourcen konzentrieren können, um Vollhospitalisationen zu vermeiden.

Die Erfahrung aus anderen Ländern zeigt deutlich, dass eine ausgebaute tagesklinische Versorgung mit entsprechend ausgebildeten interdisziplinären Teams und angepassten Konzepten fähig ist, nicht nur die berufliche Wiedereingliederung stark zu fördern, sondern auch Klinikaufenthalte zu vermeiden. Dies ist insbesondere dort der Fall, wo die Kombination einer tagesklinischen Behandlung, mit einem Kriseninterventionsdienst rund um die Uhr und angeschlossenen oder direkt benutzbaren Krisenbetten ausserhalb der Klinik, verfügbar ist⁷⁹.

Tageskliniken können darüber hinaus auch als konzeptioneller Motor für die psychiatrische Rehabilitation fungieren, da sie heute das am besten verankerte, interdisziplinäre Bindeglied zwischen Psychiatrie und Rehabilitation darstellen. Es sind die einzigen medizinisch geleiteten Einrichtungen mit einem gezielten rehabilitativen Auftrag. Die Tagesversorgung ist zudem von Patientinnen und Patienten sowie von Angehörigen besonders geschätzt, weil es eine Betreuung in einem "normaleren" Rahmen als in der Klinik und Sozialkontakt bietet und weil es als Übergangsinstitution berufliche und soziale Perspektiven eröffnet. Tageskliniken sind der ideale Ort, um „etwas in Bewegung zu bringen“, Tageszentren der ideale Ort, wo auch Schwerkranken nach Bedarf Aktivität, Kontakt und Geborgenheit finden – und gleichzeitig wohnt man zuhause, bzw. in der angestammten geschützten Wohnsituation.

5.2.5.2 Bedarf und Angebot im teilstationären Bereich

Die Auslastung der Tageskliniken in Münchenstein und Liestal ist denn auch seit 1995 um 22%, respektive um 62% gestiegen, diejenige des Tageszentrums in Liestal gar um 147%. Die Evaluation zeigt, dass im Kanton – und in der Region insgesamt – viel zu wenig tagesklinische Kapazitäten bestehen. Der quantitative Bedarf nach Angeboten der Tagesversorgung kann gegenwärtig nicht gedeckt werden. Zudem sind die Angebote geografisch ungleich verteilt, das Angebot konzentriert sich auf Liestal und im Leimental existiert beispielsweise keine Tagesklinik.

Die Nachfrage wäre gegeben, sowohl für eine weitere Tagesklinik, als auch für einen Kapazitätsausbau der bestehenden. Gleichzeitig fällt auf, dass das Angebot der Tagesversorgung – zusammenhängend mit den Unterkapazitäten – relativ wenig differenziert wirkt. Die einzelnen Tageskliniken, respektive das Tageszentrum, verfügen nicht über ein klares Profil.

Es zeigen sich eindrucksmässig zwar gewisse Unterschiede zwischen den Tageskliniken Liestal und Münchenstein. Münchenstein weist ein stärkeres rehabilitatives Profil auf und ist in der Aufnahme entsprechend selektiver. In der Tagesklinik Liestal werden auch suizidale und viele junge PatientInnen nach Ersthospitalisation aufgenommen. Sie ist eher eine typische Nachbehandlungseinrichtung. Jüngere Patienten sind in Münchenstein die Ausnahme, für die gewünschte vermehrte Funktion in der Krisenintervention arbeiten jedoch noch zu wenige psychiatrisch ausgebildete Fachleute.

Es besteht bisher keine längerfristige, übergreifende Strategie für die gesamte Tagesversorgung. Die Tageskliniken in Liestal und Münchenstein erarbeiten und erproben intern konzeptionelle Neuerungen, allerdings relativ unabhängig voneinander. Hier liegt noch ein grosses Potential für die Krisenintervention und die soziale und berufliche Rehabilitation.

5.2.5.3 Die Schwerpunkte in der ambulanten Versorgung

Die EPD bieten konzeptionell Beratungs- und Betreuungsleistungen an, die komplementär zum Angebot der psychiatrischen und psychologischen Praxen sein soll. *Allgemeinpsychiatrische* Schwerpunkte sind die Notfallpsychiatrie und Krisenintervention, die Betreuung von Migrantinnen und Migranten. Die EPD übernehmen in den Kantonsspitalern und im Bezirksspital Dornach den Konsiliardienst, ebenso in einzelnen Altersheimen. Ein traditioneller Schwerpunkt ist die sozialpsychiatrische Betreuung von chronisch Kranken.

Daneben übernehmen die EPD eine Fülle von *spezialisierten Aufgaben*, die hier nur in Beispielen aufgeführt seien: Familientherapie, kognitiv-verhaltenstherapeutische (trainierende) Verfahren, Psychotraumatologie, Sexualtherapie und alternativmedizinische Verfahren und erproben spirituelle Verfahren in einem Forschungsprogramm, das viel beachtet und umstritten ist. Schliesslich übernehmen die EPD Gutachtaufträge im zivil- und strafrechtlichen Bereich und stellen die psychiatrische Betreuung der Bezirksgefängnisse sicher (vgl. Kap.9).

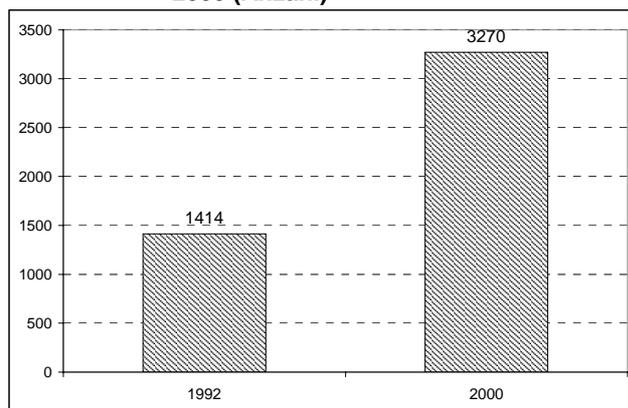
5.2.5.4 Starke Zunahme der Behandlungsfälle

Aus den breit gefächerten und teils neu geschaffenen Schwerpunkten ergibt sich, dass die EPD, die als zentraler ambulanter Dienst auftragsgemäss über eine Vielzahl von Aufgaben verfügen, heute ein ausserordentlich grosses Aufgabenspektrum zu bewältigen haben. Die Anzahl der Behandlungsfälle bei den

EPD hat sich seit der letzten Folgeplanung als Konsequenz mehr als verdoppelt.

Man kann konstatieren, dass die EPD nicht nur mit ihren traditionellen Schwerpunkten wie Konsiliar- und Sozialpsychiatrie, sondern auch mit den neu geschaffenen Angeboten auf ein grosses Bedürfnis von Seiten der Kranken, Angehörigen und Zuweiser treffen. Die Erhebungen haben gezeigt, dass diese vielfältigen Dienstleistungen geschätzt werden, beispielsweise von den hausärztlichen Praxen, die rund 20% der EPD-Klienten zuweisen.

Abbildung 20: Behandlungsfälle der EPD 1992 und 2000 (Anzahl)



Das Problem liegt hingegen in der Vielfalt und Vielzahl der Aufgaben selbst, die mit den bestehenden Mitteln teilweise nicht mehr systematisch und konstant erledigt werden können. So viel die EPD heute schon übernehmen, so können sie trotzdem in einigen Bereichen den Bedarf nicht decken, beispielsweise in den Altersheimen (vgl. Kap. 7) und in den Spitälern, wo sie mit ihren Konsilien nur etwa ein Fünftel der psychisch Kranken erreichen.

In derselben Zeit haben die EPD versucht, den Kostendeckungsgrad zu steigern. Dieser ist denn auch von 27% im Jahre 1992 auf heute rund 55% gestiegen. Dieser Entwicklung sind allerdings Grenzen gesetzt, da nicht gleichzeitig Kostendeckungsgrad und Aufgabenspektrum beliebig erhöht werden können, ohne dass sich neue Problemfelder auftun. Gefährdet sind unter dem Kostendruck prinzipiell diejenigen Aufgaben mit geringer Kassendeckung, beispielsweise die sozialpsychiatrischen Leistungen.

5.2.5.5 Die Betreuung von Migrantinnen und Migranten

In der Region Basel leben gemäss den Statistischen Ämtern Basel-Stadt und Basel-Landschaft rund 92'000 Menschen mit ausländischer Herkunft: 78'000 von ihnen (33'000 in BL) sprechen eine Sprache, die in den öffentlichen psychiatrischen Einrichtungen nicht durchgehend zu finden ist (weder deutsch, franzö-

sisch oder englisch). Der folgende Überblick zeigt, wie sich diese Anzahl auf die verschiedenen Herkunftsländer verteilt:

Bei der Abschätzung des quantitativen psychiatrischen Behandlungsbedarfs von MigrantInnen sind einerseits gewisse Belastungsfaktoren zu bedenken, denen sie in besonderem Masse ausgesetzt sind wie erhöhte Arbeitslosenquote, teils fehlende Schul- und Berufsausbildung, Entwurzelung und andere. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass Migration auch eine Leistung darstellt und man auch von einem beträchtlichen Mass an mobilisierbaren psychischen Ressourcen ausgehen kann. Hinzu kommt, dass, häufiger als bei der Schweizer Bevölkerung, auf Familienmitglieder und Freunde zurückgegriffen werden kann – wenn diese ebenfalls hier wohnen.

Tabelle 15: Migrantinnen und Migranten in der Region nach Herkunftsländern¹

	Basel-Stadt	Basel-Land	Region	Anteil
Italien	11 000	12 300	25 000	32%
Spanien	4 900	2 300	8 000	10%
Türkei	8 150	6 000	15 000	19%
Ex-Jugoslaw.	10 150	8 250	19 000	24%
Portugal	1 850	1 300	4 000	5%
Gesamt	40 000	33 000	78 000	90%

Es gibt dennoch Untersuchungen, die zeigen, dass das psychische Befinden der ausländischen gegenüber der schweizerischen Bevölkerung im Durchschnitt schlechter ist⁸⁰. Ausgehend von einem üblichen jährlichen psychiatrischen Behandlungsbedarf von 5 – 10% der Population muss man demnach eher von der oberen Bedarfssziffer ausgehen, was für den Kanton Basel-Landschaft eine Anzahl von etwa 3'000 von fachpsychiatrisch behandlungsbedürftigen MigrantInnen pro Jahr ergibt.

Die EPD betreuen immer mehr Ausländerinnen und Ausländer: Ihr Anteil hat sich seit 1992 bis 1999 kontinuierlich von 20% auf 30% gesteigert. In absoluten Zahlen betreuen die EPD gegen 1'000 KlientInnen nicht-schweizerischer Nationalität: Das wirft die Frage auf, wie die restlichen 2000 Patienten und Patientinnen dieser behandlungsbedürftigen Gruppe versorgt werden. Gegenüber einem Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung in Baselland von 17.6% sind in den EPD Personen aus der Türkei überrepräsentiert, was nur teilweise darauf zurückzuführen ist, dass hier türkische Ärzte im Einsatz waren. Die EPD können – wie auch die Klinik, die mit einem Anteil von 20% ebenfalls überdurchschnittlich viele AusländerInnen behandelt – auf ein gutes Dolmetschersystem zurückgreifen, zusätzlich bestehen einige eigene Kompetenzen in häufig erforderlichen Sprachen.

¹ Spanien inkl. Südamerika; Portugal inkl. Brasilien und afrikanische Staaten

Es ist zudem eine kontinuierliche Arbeitsgruppe eingesetzt worden, die sich innerhalb der EPD speziell mit Migrationsfragen beschäftigt, die MIGEV (Migrations- und integrationsspezifische Gesundheitsversorgung). Die Bemühungen der EPD haben dazu geführt, dass heute mangelnde Deutschkenntnisse keine Ursache mehr darstellen für kürzere therapeutische Behandlungen und vermehrte Medikamentenabgabe. Allerdings muss man davon ausgehen, dass damit die MigrantInnen bei den EPD im Vergleich besonders gut betreut werden. In den niedergelassenen Praxen fehlen demgegenüber die entsprechend sprach- und kulturkundigen Fachleute in der nötigen Zahl.

Wenn man schliesslich in Betracht zieht, dass die adäquate psychiatrische Behandlung von MigrantInnen nicht nur Sprachkenntnisse, sondern auch Kenntnisse der Lebenskultur in den Herkunftsländern, Kenntnisse über kulturspezifische Präsentationsformen der Krankheit und vor allem Kenntnisse über die einschneidende Migrationserfahrung an sich voraussetzt, ist das Fazit zu ziehen, dass in diesem Bereich noch viel unternommen werden muss. Die Deckung dieses quantitativen und qualitativen Bedarfs muss in regionaler Absprache erfolgen, da bei der bestehenden Unterversorgung in der Region einseitige Angebote zu einem Sogeffekt und zu rascher Überlastung führen.

In einer besonders schwierigen Situation befinden sich Asylsuchende: Sie bringen häufig schwere traumatische Gewalterfahrungen mit. Neben Verständigungsproblemen wird der Aufenthalt in grossen Aufnahmezentren häufig zusätzlich belastend erlebt, die finanzielle Unterstützung ist knapp und erzeugt bei der Konfrontation mit unserer Konsumgesellschaft ein Spannungsfeld. Sie sind negativen Vorurteilen ausgesetzt und dürfen zumindest in den ersten drei Monaten nach ihrer Einreise nicht arbeiten. Sie versuchen verzweifelt, in der Schweiz bleiben zu können, und oft führt dann ein ablehnender Asylentscheid zu einem psychischen Zusammenbruch.

Eine permanente fachliche Betreuung ist in den Asylantenheimen nicht installiert, obwohl sich lokale PsychiaterInnengruppen (zum Beispiel in Allschwil) schon um ein Liaisonangebot bemüht haben. Die EPD sind naturgemäss erste Anlaufstelle, oft in bereits akuter Krise. Klinikeinweisungen sind dann häufig.

5.2.5.6 Die sozialpsychiatrische Betreuung durch die EPD

In der Betreuung von psychisch kranken Menschen, die sich durch eine Problematik mit komplexem Behandlungsbedarf durch unterschiedliche Personen und Einrichtungen auszeichnen, haben die EPD eine Koordinationsfunktion. Sie wirken für die Beteiligten als Informations- und Zuweisungsdrehscheibe.

Diese nur in Umrissen definierbare Gruppe von Kranken benötigt Betreuung im sozialpsychiatrischen Sinn, das heisst eine kontinuierliche Betreuung über verschiedenste Behandlungsorte hinweg mit hinreichendem Halt. Bei diesen chronisch und

schwer psychisch Kranken handelt es sich zum Teil um die oben erwähnte Gruppe der Heavy User der psychiatrischen Klinik. Hinzu kommen Kranke, denen es mit einiger Unterstützung gelingt, ein Leben ohne wiederholte Vollhospitalisationen zu führen. Diese oft allein oder im Wohnheim lebenden, oft verbeiständeten oder bevormundeten Menschen sind oft berentet, leiden neben mehrheitlich schizophrenen Erkrankungen zusätzlich unter Substanzabhängigkeit sowie unter fehlendem Problembewusstsein, zeigen wenig Behandlungsmotivation oder haben Mühe, die Medikation aufrechtzuerhalten.

Auch in der Behandlung dieser Menschen zeichnen sich Veränderungen über die letzten Jahre hinweg ab. Die EPD werden eindrucksmässig häufiger von diesen PatientInnen aufgesucht, gleichzeitig aber mit weniger Konstanz. Das bedeutet, dass diese Gruppe Betreuung vor allem in Krisensituationen in Anspruch nimmt und dann den Kontakt wieder abbricht und auf Distanz zum Betreuungssystem geht. Die länger dauernden Behandlungsepisoden der EPD haben seit der letzten Folgeplanung abgenommen. Die Bewertung dieses Phänomens, das sich nicht auf Baselland beschränkt, ist nicht einfach und zwingt zu einigen grundsätzlichen Überlegungen:

Einerseits kann positiv gewertet werden, dass es den Betroffenen gelingt, sich – abgesehen von Krisensituationen – ausserhalb der Psychiatrie zu halten, und ihre Abneigung, sich konstant betreuen zu lassen, ist nachvollziehbar und zu respektieren. Es kann nicht darum gehen, chronisch Kranke möglichst starr in einem Behandlungssystem zu installieren. Das spricht dafür zu sagen: Wenn diese Menschen in Behandlung kommen wollen, sind wir für sie da.

Gleichzeitig leiden viele von ihnen unter Isolation, unter dem Fehlen von verlässlichen und konstanten Beziehungen und der Erfahrung, bei jeder Einrichtung und Hilfsperson wieder von Neuem beginnen zu müssen. Die Konsequenzen können – auch für die Angehörigen – gravierend sein, wenn eine rechtzeitige Behandlung verfehlt wird: Man darf vor dem destruktiven Potential die Augen nicht verschliessen: Zerstörung von Beziehungen, Abbruch eventuell mühsam aufgebauter sozialer Existenz, physische Gewalt – meist gegen sich selbst. Einigen Kranken fehlt der Antrieb, konstant eine Beratungsstelle oder Tagesklinik zu frequentieren – wenn sie hingegen mit einer gewissen Hartnäckigkeit zu Hause aufgesucht würden, würden sie dies mit der Zeit schätzen. Es gibt schliesslich Kranke, die nach Absetzen ihrer Medikation und Abbrechen von sozialen Kontakten längere Leidenszeiten und Verwahrlosung durchmachen müssen und ihre Angehörigen stark belasten, bis sie endlich – oft gegen ihren Willen – in die psychiatrische Klinik eingewiesen werden. All dies spricht dafür zu sagen: Wenn diese Menschen nicht in Behandlung kommen, geben wir nicht auf.

Auch chronisch psychisch Kranke haben ein Recht, ihr Leben in eigener Entscheidung autonom zu gestalten, sie haben sogar das

Recht auf ein wenig Verwahrlosung. Gleichzeitig haben sie ein Recht auf angemessene Behandlung und Hilfe in der Abwendung von Gefahren – gegen ihren Willen, falls die mangelnde Kooperation ein Symptom ihrer Krankheit darstellt. Die Autonomie ist zu respektieren und ihre Förderung ist ein wesentliches Behandlungsziel.

Andererseits haben psychiatrische Fachpersonen angesichts schwererer Störungen auch die Aufgabe, sich bei ihren Patientinnen und Patienten stets auch ein Urteil zu bilden über allfällige Einschränkungen ihrer Autonomie und über ihre Schutz- und Haltbedürftigkeit – und danach zu handeln. Das erfordert eine aufmerksame und flexible Handhabung in einer therapeutischen Haltung und einen dialektischen Zugang zu dieser grundlegenden Problematik.

Die meisten privaten psychiatrischen und psychologischen Praxen sind aus Gründen ihrer Praxisorganisation und -kultur in der Aufnahme solcher Patientinnen und Patienten zurückhaltend. Die EPD erfüllen mit ihrem gemeindepsychiatrischen Angebot in der Betreuung dieser Klientel stets eine zentrale Aufgabe. Gerade diese psychiatrische Kernaufgabe der EPD ist jedoch durch die Vielzahl der Anforderungen bei beschränkten Ressourcen gefährdet.

Je mehr die EPD durch die Inanspruchnahme unter Druck geraten, desto höher ist die Gefahr, dass gerade diese Kranken nicht mehr die nötige – sehr intensive – Betreuung erhalten. Daraus resultieren jedoch später noch teurere Krisen- und Notfallbehandlungen. Die fachgerechte Behandlung dieser Menschen ist in jedem Modell kostspielig, wie es die Behandlung chronisch Kranker generell ist. Aber auch psychisch Kranke haben ein Recht darauf. Die alte Funktion der EPD als langfristige Betreuungskoordinatorin sollte deshalb strukturell aufgewertet werden.

5.2.6 Die psychiatrisch - psychotherapeutischen Praxen

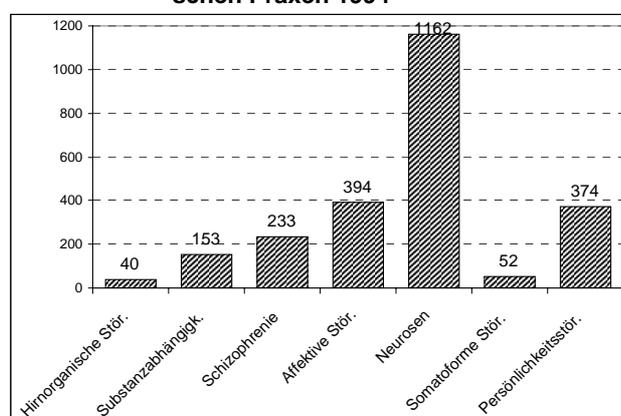
Im März 2001 gab es 75 freipraktizierende PsychiaterInnen, davon gut 60 Erwachsenenpsychiater, im Kanton Basellandschaft. Diese betreuen rund 5'500 Patienten mittels 70'000 Sitzungen pro Jahr (gegenüber etwa 25'000 Konsultationen durch die EPD). Sie sehen heute etwa 2'100 Patienten pro Woche, fast viermal soviel wie 1988 geschätzt wurde.

Die ambulante Versorgung durch die privaten Praxen ist das seit dem Psychatriekonzept am deutlichsten ausgebaute Angebot. Es ist wahrscheinlich, dass diese Expansion nicht in diesem Tempo weitergeht, zumal mittelfristig nicht wenige altersbedingte Praxisaufgaben zu erwarten sind.

5.2.6.1 Merkmale der Praxisklientel

Die Praxen behandeln damit den grössten, gleichzeitig aber selektiven Teil der Behandlungsbedürftigen. In den Praxen der niedergelassenen PsychiaterInnen werden vor allem langfristige Psychotherapien, Paartherapien, psychiatrische Betreuungen von einigermaßen stabilen Patienten, konsiliarische Beurteilungen von Patienten und teilweise gutachterliche Tätigkeiten sowie Liaison-Aufgaben in Heimen und Beratungsstellen erbracht. Bei etwas mehr als der Hälfte beurteilen die behandelnden PsychiaterInnen die Beeinträchtigung durch die Schwere der psychischen Störung als gross bis sehr gross.

Abbildung 21: Diagnosenverteilung in den psychiatrischen Praxen 1994¹



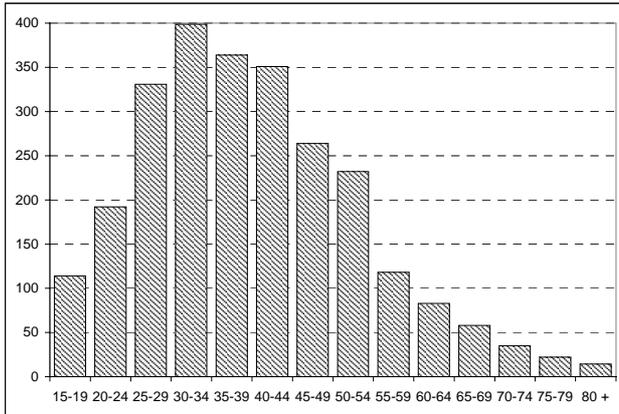
Die Gefährdung der sozialen Integration der Patienten wird ebenfalls bei gut der Hälfte der Patienten als mässig bis gross bezeichnet. Das heisst, dass knapp die Hälfte der Praxisklientel sozial integriert und psychisch stabil ist. In den Praxen werden Menschen mit einem relativ hohen Störungsmuster vor allem dann getragen, wenn ihre soziale Integration nicht als besonders gefährdet gilt. Substanzabhängige machen etwa 6%, Schizophrenie etwa 10% der Praxisklientel aus.

Die Diagnoseverteilung ist sehr ähnlich wie diejenige der psychologischen Praxen, mit der Ausnahme, dass PsychologInnen seltener Schizophrenie betreuen.

Das Durchschnittsalter der behandelten Patienten ist 40 Jahre, das entspricht der psychiatriotypischen Verteilung. Die Praxen betreuen nur selten Menschen, die älter als 65 Jahre sind – total 5% der Praxisklientel sind 65 Jahre alt und älter. Hochbetagte werden in der Praxis kaum je betreut (vgl. Kap. 7.2.2):

¹ n = 2408, ohne spezifische kinderpsychiatrische Störungen

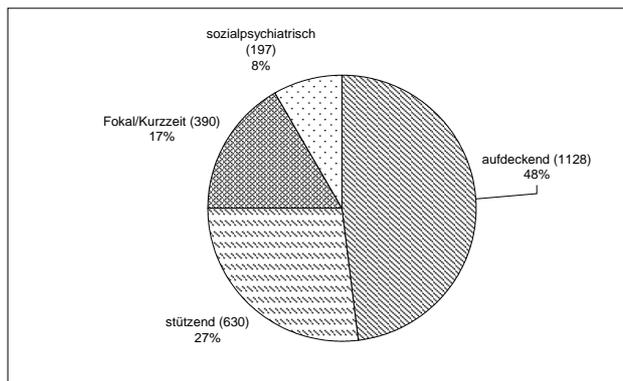
Abbildung 22: Altersverteilung in den psychiatrischen Praxen 1994¹



5.2.6.2 Merkmale der Behandlung

Die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater arbeiten üblicherweise alleine oder in einer Gruppenpraxis, wobei gemeinsam getragene Angebote und Kooperationen selten sind. 84% aller Sitzungen werden in Form von Einzelsitzungen, 8% in einer Systemtherapieform erbracht und 7% der Sitzungen werden für Abklärungen und Krisenintervention aufgewendet.

Abbildung 23: Behandlungsformen in der Praxis²



Bei den Behandlungsformen überwiegen Methoden mit einem so genannt „aufdeckenden“ Ziel. Effektiv sozialpsychiatrische Ansätze sind selten, hingegen hat ein Viertel der Behandlungen einen stützenden Charakter – oft bei Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen.

5.2.6.3 Zusammenarbeit mit der Kantonalen Psychiatrischen Klinik (KPK)

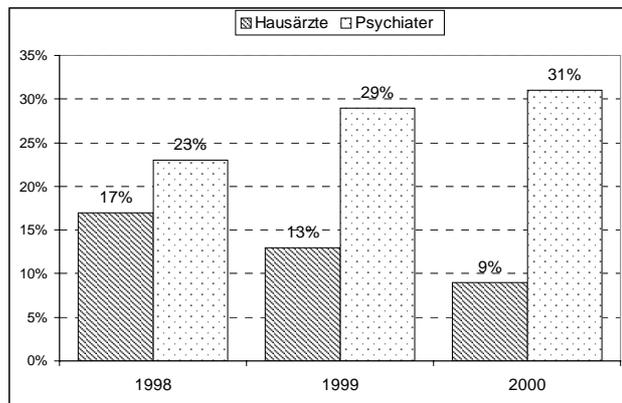
Diagnoseverteilung und Behandlungsformen sollten nicht darüber hinweg täuschen, dass die psychiatrischen Praxen sehr eng in die psychiatrische Kernversorgung eingebunden sind. Viele

¹ n = 2577, ohne Kinder und Jugendliche jünger als 15 Jahre
² n = 2690

Psychiaterinnen und Psychiater haben einen Teil ihrer Weiterbildung in den Kantonalen Psychiatrischen Diensten absolviert und der Kontakt ist nach wie vor oft eng und herzlich.

Die psychiatrischen Praxen sind neben den EPD nicht nur die wichtigste Instanz bei den Klinikeinweisungen, sondern bilden heute bei einem Klinikaustritt die häufigste nachbehandelnde Instanz und haben in dieser Funktion in den letzten Jahren die hausärztlichen Praxen abgelöst. Die Praxen können dank ihrer grösseren Zahl damit ihre Verantwortung im Versorgungssystem zunehmend wahrnehmen:

Abbildung 24: Klinik-Nachbehandlung durch psychiatrische und hausärztliche Praxen 1998 – 2000 in % aller Austritte



Generell werden von allen Beteiligten, auch den sozialen und rehabilitativen Institutionen, mehr austretende Patientinnen und Patienten nachbehandelt, da die Zahl der Hospitalisierten gestiegen ist, prozentual haben sich jedoch nur die beiden dargestellten Gruppen verändert.

5.2.6.4 Notfalldienst

Durch den psychiatrischen Notfalldienst betreuen heute die Psychiaterinnen und Psychiater viele akute Krisen. So werden pro Jahr gegen 700 Notfälle gezählt, die zum Teil in längerfristige Behandlungen überführt werden können. Pro Woche müssen rund drei Einweisungen in die Psychiatrische Klinik vorgenommen werden. Diese Kennziffern sind in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Dadurch ist es zu einer merklichen Entlastung der EPD und vor allem der HausärztInnen gekommen.

Die psychiatrischen Praxen übernehmen im Rahmen ihres Notfalldienstes im Kanton Basel-Landschaft im Vergleich zu anderen Kantonen zusätzliche behördliche Aufgaben und sind dabei stark auf sich alleine gestellt: Sie führen Einweisungen mit einem fürsorgerischen Freiheitsentzug (FFE) selbst durch und werden dabei institutionell nicht unterstützt. In Basel-Stadt und anderen Kantonen wird demgegenüber bei einem drohenden FFE ein Amtsarzt beigezogen, es bestehen ausdrückende Polizeiassistentendienste. Zudem fehlen in Baselland Vergütungs-

möglichkeiten, für geleistete, jedoch nicht bezahlte Notfalldienste – und gerade Notfalldienste, die mit einem Freiheitsentzug verbunden sind, werden kaum bezahlt. Insgesamt wird die Hälfte aller Notfalleinsätze nicht bezahlt.

Die Verteilung der Zuständigkeiten für psychiatrische Notfälle ist recht kompliziert, daher pannen anfällig und für HausärztInnen, Kranke und Angehörige zu schwierig (vgl. Kap. 5.3.5). Dies ist unbefriedigend, weil gerade bei Notfällen ein einfacher, direkter und schneller Zugang zur Hilfeleistung wesentlich ist. Die Regelungen müssen neu geprüft werden.

5.2.6.5 Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Praxen

Die Zusammenarbeit von psychiatrischen und hausärztlichen Praxen ist recht eng und wie eigene Erhebungen gezeigt haben im ganzen von einer guten und kollegialen Kooperation geprägt. Obwohl die hausärztlichen Praxen wie gezeigt nur einen relativ geringen Teil der psychisch Kranken überhaupt an Spezialisten zuweisen, machen diese Zuweisungen in der psychiatrischen Praxis den überwiegenden Teil der Zuweisungen überhaupt aus. Dies zeigt die verschiedenen Grössenordnungen der spezialisierten und somatischen Versorgungsteile. Neben dem Drittel, der durch die hausärztlichen Praxen zugewiesen wird, finden fast ebenso viele PatientInnen den Weg in die Praxis aus eigenem Antrieb.

Die Kommunikation – die schon in der Folgeplanung I als ein Hauptproblem dargestellt wurde – ist was die Berichterstattung betrifft nach wie vor ungenügend. Nach wie vor ist auch die limitierte Erreichbarkeit der psychiatrischen Praxen Anlass zur Klage – nicht nur für die Hausärztinnen und Hausärzte, sondern für die Institutionen und die KlientInnen selbst. Der Zeittakt der psychiatrischen Praxen, auch der psychologischen, ist deutlich langsamer als bei den übrigen Ärzten, wegen der Psychotherapiesitzungen, die keine Störung zulassen. Er wird zudem von Praxis zu Praxis unterschiedlich gehandhabt.

Dringend sind gefestigte Kooperationsformen lokaler psychiatrischer und hausärztlicher Gruppen, die sich auch persönlich kennen sowie gewisse Kriterien, in welchen Fällen und auf welche Art und Weise überwiesen werden sollte. Zu diesen Problemen siehe die Darstellung der Situation in der hausärztlichen Praxis.

5.2.6.6 Fazit

Die freipraktizierenden PsychiaterInnen behandeln überwiegend Patienten, die aus eigener Initiative oder via Hausarzt zu ihnen kommen. Ein grosser Teil ist sozial und beruflich integriert, die Situation sieht hier vergleichsweise besser aus als bei den Patienten der EPD. Die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen ist überwiegend gut. Jede zweite Therapieplatzanfrage kann angenommen werden. Patienten mit hoher sozialer Desintegrationsgefährdung und eher schlechter Therapieansprechbarkeit – bei-

spielsweise bei Schizophrenie, hirnorganischen Störungen oder Suchterkrankungen sowie ältere Menschen – werden in der freien Praxis immer noch vergleichsweise selten behandelt. Heute nehmen die PsychiaterInnen in der kantonalen psychiatrischen Versorgung die zentrale Rolle ein, sei dies als Partner der HausärztInnen, der psychiatrischen Klinik, der PsychologInnen oder in der Notfallversorgung.

Psychiaterinnen und Psychiater arbeiten überwiegend alleine in ihrer Praxis, die mit zunehmender Betriebsdauer ihre individuelle Prägung und Spezialisierung erhält. Der Grossteil arbeitet einzelpsychotherapeutisch mit PatientInnen, die in der Lage sind, sich an diese Praxisstruktur zu halten. Patientengruppen, die organisatorisch, zeitlich sowie hinsichtlich Vernetzung und Flexibilität einen hohen Aufwand erfordern, werden verständlicherweise nur zurückhaltend aufgenommen, da sie den gesamten Praxisbetrieb durcheinander bringen.

Hier macht sich deutlich das Fehlen von kooperativen Modellen bemerkbar, die den nötigen Rückhalt geben und eine gewisse Spezialisierung für bestimmte Patientengruppen erlauben würden – analog den verschiedenen privaten Kompetenzzentren im somatischen Bereich. Denkbar wären zudem Kooperationsformen mit somatischen und psychologischen Praxen oder sozialarbeiterisch Tätigen.

Die Regelungen zwischen EPD und Praxen im Notfalldienst müssen zeitlich und geografisch vereinfacht werden.

5.2.7 Die psychologisch - psychotherapeutischen Praxen

Die niedergelassenen nichtärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind eine hochqualifizierte Berufsgruppe, die innerhalb der psychiatrischen Versorgung eine wichtige Rolle einnehmen kann, jedoch aus Gründen mangelnder Krankenkassenfinanzierung planerisch immer wieder vergessen zu werden droht.

5.2.7.1 Versorgungsangebot und Klientel

Aktuell arbeiten rund 45 – 50 psychotherapeutisch tätige Psychologinnen und PsychologInnen mit Praxisbewilligung im Kanton Basel-Landschaft. Diese behandeln rund 1'900 Patienten jährlich, davon die Hälfte aus Baselland. Die ca. 145 niedergelassenen PsychologInnen im Kanton Basel-Stadt behandeln weitere 1'520 Personen aus dem Kanton Baselland, womit in unserem Kanton 2'500 Menschen jährlich bei einem niedergelassenen PsychologInnen in Behandlung stehen. Für diese werden 31'300 Therapiestunden aufgewendet – rund halb soviel wie durch die ärztlichen PsychotherapeutInnen.

PsychiaterInnen und PsychologInnen behandeln ein recht ähnliches Patientenspektrum. Diagnostisch dominieren neurotische

Störungen, Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen. Nur 2.5% der Klientel ist älter als 65 Jahre und nur 1% ist fremdsprachig. Neben einer tiefenpsychologischen Ausrichtung etwa der Hälfte aller PsychologInnen sind auch gesprächspsychotherapeutische sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze verbreitet.

5.2.7.2 Tätigkeiten und Qualifikationen

Die PsychologInnen setzen 77% ihrer Zeit für die psychotherapeutische Behandlung ein. Weitere 11% werden für die Ausbildung Dritter eingesetzt, der Rest für Gutachten und Beratung aufgewendet. PsychotherapeutInnen haben durchschnittlich eine hohe Ausbildungsqualifikation mit abgeschlossenen Ausbildungen in einer oder zwei Therapierichtungen. Zudem bestehen in weiteren Therapierichtungen Zusatzqualifikationen oder spezifische Weiterbildungen. Neben dem reglementarischen Minimum von einem Jahr verfügt der Grossteil über einige zusätzliche Jahre Berufserfahrung in psychiatrischen Einrichtungen.

In der Folgeplanung I wurde die psychiatrische Versorgung durch die Psychologinnen und Psychologen kaum thematisiert, obwohl schon damals der Wunsch bestand, diese Fachleute vermehrt einzubinden. Hauptproblem und -hindernis für eine stärkere Einbindung der PsychologInnen in die psychiatrische Versorgung war damals wie heute die mangelnde Krankenkassenfinanzierung der psychotherapeutischen Leistungen von PsychologInnen.

5.2.7.3 Geringer Vernetzungsgrad

Auffallend ist der schwache Vernetzungsgrad der freipraktizierenden psychotherapeutisch tätigen PsychologInnen auf der Ebene der Zuweisungen. Es werden im Vergleich mit den ärztlichen KollegInnen deutlich weniger PatientInnen vom Spital, vom Hausarzt, von der Psychiatrischen Klinik und von den Externen Psychiatrischen Diensten zugewiesen. Damit wird ein Potential gut ausgebildeter Fachleute bisher noch zu wenig genutzt. Vernetzt sind die psychologischen Praxen hingegen indirekt über supervisorische sowie Ausbildungstätigkeiten in den psychiatrischen Institutionen.

Die eigene Erhebung hat gezeigt, dass viele psychologische Praxen gewillt und in der Lage wären, mehr – und auch mehr psychiatrisch schwerer kranke – PatientInnen aufzunehmen als dies heute der Fall ist, und zudem prinzipiell auch bereit wären, sich vermehrt und verbindlich in die psychiatrische Versorgung einbinden zu lassen. Sie stellen die einzige Versorgergruppe dar, die nicht voll ausgelastet ist. Voraussetzung für eine vermehrte Einbindung ist hingegen für die Mehrzahl der PsychologInnen eine adäquate Regelung der Finanzierung. Eine Implementierung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) in diesem Sinne ist zwar seit vielen Jahren vorgesehen, im Moment aber wieder weit von einer Realisierung entfernt.

Deshalb ist es sinnvoll, kompensatorische Organisationsformen zu finden, mit denen die PsychologInnen besser eingebunden werden. Dabei macht sich allerdings der geringe Vernetzungsgrad in die lokalen Strukturen bemerkbar. Es gibt den PsychologInnen-Verband VPB, aber dieser ist nicht als Ansprechpartner analog der Fachgruppe der PsychiaterInnen etabliert und hat entsprechend keinen institutionalisierten Austausch, was Leistungen im psychiatrischen Bereich betrifft.

5.2.8 Zusammenfassung der aktuellen Hauptprobleme

Im Brennpunkt stehen die Allgemeinspitäler mit einer grossen Anzahl psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patientinnen und Patienten. Die psychiatrische Problematik wird im Spital wahrgenommen, führt aber noch zu selten zu einer Überweisung. Die konsiliarischen Kapazitäten der Externen Psychiatrischen Dienste sind diesem Bedarf quantitativ und strukturell nicht gewachsen.

Die steigende Inanspruchnahme der psychiatrischen Dienste führt zu einem Kapazitätsproblem insbesondere der staatlichen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen. Besondere Aufmerksamkeit ist dabei dem Versorgungs-Potential der tagesklinischen Angebote zu schenken, die nicht nur kapazitätsmässig, sondern auch konzeptionell deutlich ausbaufähig sind. Dies gilt vor allem für die Krisenintervention und Rehabilitation. Ferner fehlen bisher Modelle zur vermehrten Integration der psychologischen Praxen in die Versorgung.

Akutpsychiatrie und Rehabilitation haben viele gemeinsame Überschneidungen. Eine Stärkung der rehabilitativen Dienste und eine verstärkte Betreuungskontinuität und – koordination ist ein wirksames Mittel gegen ein Überhandnehmen der akutpsychiatrischen (Not)fälle. Das Problemfeld muss auch von den Organisationsstrukturen her angegangen werden. Zudem muss die Notfalldienstordnung vereinfacht werden.

Fremdsprachige Migrantinnen und Migranten sind psychiatrisch-psychotherapeutisch unterversorgt. Die EPD haben begonnen, spezialisierte Angebote zu machen. Diese zeigen guten Erfolg. Die EPD-Initiative ist auf eine breitere, vermutlich regionale, Basis zu stellen und mit einem entsprechenden Auftrag zu versehen, damit zufällige Stellenwechsel die aufgebauten Dienste nicht wieder einstürzen lassen.

HausärztInnen stellen noch immer die Hauptversorger psychischer Leiden dar. Da sich die Kapazitäten vor allem auch der privaten Praxen wesentlich erweitert haben, sollten heute notwendige Zuweisungen besser möglich sein. Es fehlen lokale Kooperationen und Standards zur gegenseitigen Zuweisung und Berichterstattung.

5.3 SOLL-Zustand: Vorgeschlagene Massnahmen

5.3.1 Problembereich 1: Psychisch Kranke im Allgemeinspital

An den Spitalern wird die Erfassung und Behandlung von psychiatrischen Leiden durch Spitalpsychiatrische Teams, die in den Spitalstrukturen integriert und konstant präsent sind, entscheidend verbessert.

Die somatischen Akutkliniken sind aus der Sicht der Psychiatrie Ort der Früherfassung, welche die Chance eines psychiatrischen Kontaktes in einer nicht stigmatisierenden medizinischen Umgebung bieten. Wirksame Sekundärprävention kann hier für alle Altersgruppen und psychische Störungen, namentlich Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Demenzen einsetzen.

5.3.1.1 Ausgangslage

Pro Jahr werden hochgerechnet alleine in den Medizinischen Kliniken der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz rund 1'700 PatientInnen mit einer psychiatrischen Haupt- oder relevanten Nebendiagnose festgestellt (vgl. Kap. 5.2.1). Dies ist eine Grössenordnung von zwei Dritteln der EPD-Kapazitäten und mehr als die jährlichen Eintritte der Psychiatrischen Klinik. Die adäquate Wahrnehmung der psychiatrischen Problematik führt noch viel zu selten zur Konsequenz einer spezifischen psychiatrischen Abklärung und weiteren Behandlung.

5.3.1.2 Ziel

Die psychiatrische Abklärung und Betreuung von psychisch kranken SpitalpatientInnen soll durch erfahrene Fachleute konstant sichergestellt werden. Das Pflegepersonal soll dabei die nötige Unterstützung erhalten, die Spitalärzte geschult und standards of care für verschiedene psychiatrische Bedarfsgruppen erarbeitet werden.

Die Massnahmen sollen nicht nur die Behandlungs-, sondern auch die Bildungslücke bezüglich psychiatrischer Erkrankungen angehen. Die Diskussion innerhalb der Planungsgruppe hat gezeigt, dass sich das Bedürfnis des somatischen Spitals auf eine verstärkte Präsenz von psychiatrischen Fachkräften im Klinikablauf richtet. Die Weiterbildung soll pragmatisch erfolgen durch die Intensivierung der Präsenz von fachpsychiatrischem Personal in der Klinik. Da die hausärztliche Praxis den zweiten zentralen Früherfassungsbereich darstellt, ist die psychiatrische und kommunikative Schulung der AssistenzärztInnen im Spital für die psychiatrische Versorgung auch deshalb von grosser Bedeutung.

Die Verbesserung der psychiatrischen Betreuung im Allgemeinspital war schon in der Folgeplanung I von 1991 eines der prioritären Ziele. Mit Stellenaufstockungen im ärztlichen Bereich haben die EPD ihre Dienstleistungen in den Spitalern in der Zwischenzeit erhöht, für weitere Verbesserungen bedarf es jedoch struktureller Neuerungen, die eine Integration psychiatrischer Dienste in das somatische Spital vorsehen.

5.3.1.3 Lösungsvorschlag

Es wird in Absprache mit den Spitalleitungen vorgeschlagen, in den beiden Kantonsspitalern Liestal und Bruderholz je ein kleines "Spitalpsychiatrisches Team" räumlich und konzeptionell in den Spitalablauf zu integrieren. Dies gewährleistet eine dauernde Präsenz der Psychiatrie in den somatischen Kliniken und geht weit über das hinaus, was mit Konsilien geleistet wird, die man von Fall zu Fall bestellt. Unter dem Fachwort "Liaisonpsychiatrie" sind solche integrierten Funktionen schon verbreitet realisiert, z.B. am Kantonsspital in Genf (HUG).

Fachlich sind diese Teams den EPD unterstellt, wo sie in zu schaffende allgemeinpsychiatrische Grundversorgungslinien eingebunden sein sollen (vgl. Kap. 12.3.3). Personell bestehen diese Teams aus psychiatrischen Fachkräften aus den Bereichen Medizin, Pflege und Psychologie – später allenfalls auch Sozialarbeit. Sie arbeiten interdisziplinär und sollten in sämtliche Kliniken des Spitals integriert sein: Die PsychiaterInnen durch Beteiligung am ärztlichen Tagesablauf (Rapporte, Fallbesprechungen, Visiten), die Pflegenden durch Präsenz auf den Stationen.

Modellmässig seien folgende Funktionen konkretisiert:

- Beurteilung und gegebenenfalls kurzfristige eigene Betreuung von Patienten
- Triagierung und Einleitung einer weiterführenden Behandlung nach Austritt
- Entwicklung von standards of care (Medikation, Behandlungsabläufe)
- Unterstützung des Pflegepersonals an Ort
- Schulung der Assistenten: praktisches Teaching am Patienten (Diagnostik, Kommunikation) und kursmässige Weiter- und Fortbildungsaktivitäten
- Verantwortung für den Beizug und Integration von spezialisierten psychiatrischen Konsiliarfunktionen (Suchtfragen, Alterspsychiatrie).

Solche Spitalpsychiatrischen Teams ersetzen die bestehenden Spezialdienste nicht, sind diesen aber als Triagierungsstelle vor-

geschaltet. Sie sind mit ihrer allgemeinpsychiatrischen Ausrichtung die erste Anlaufstelle für die Spitalärzte und ziehen selbst wo nötig weitere Spezialdienste (Alkoholberatung, alterspsychiatrische Dienste und andere) bei, unterstützen diese und sorgen für Kooperation.

Die Möglichkeit der Schaffung von psychiatrischen Kriseninterventionsstationen (KIS) hat die Planungsgruppe am Beispiel der KIS am Kantonsspital Basel eingehend betrachtet. Eine KIS bietet die Möglichkeit einer kurzfristigen Aufnahme für wenige Tage, welche der Akutstation der Psychiatrischen Klinik vorgeschaltet ist. Man konnte feststellen, dass die KIS in der Suizidprophylaxe ein sehr wertvolles Instrument darstellt und dass sie vor allem die ambulante Behandlung als Reservestellung sehr entlasten kann. Eine Entlastung der Psychiatrischen Universitätsklinik ist nicht so eindeutig nachzuweisen. Dieser Umstand, und dass mit sehr hohen Tageskosten von ca. tausend Franken gerechnet wird, liess uns vom Projekt einer KIS Abstand nehmen. Ausserdem erwarten wir von einem integrierten liaisonpsychiatrischen Team eine nachhaltigere Wirkung, die über die reine Krisenintervention hinausgeht. Das Problem der vorgeschalteten Krisenintervention soll auf der Basis der Tagesversorgung angegangen werden (vgl. Kap. 5.3.2).

Ausserdem sollte eine vermehrte Nutzung der KIS am Kantonsspital Basel auf klare Indikation ermöglicht und über die Spitalliste abgesichert werden.

5.3.1.4 Umsetzung und Aufwand

Die konkrete Integration der Teams kann personell und hinsichtlich Spitalkliniken schrittweise erfolgen. Es ist wahrscheinlich sinnvoll, schwerpunktmässig in den Medizinischen Kliniken mit Kernteams zu beginnen. Es ist absehbar, dass sie eine gewisse Zeitdauer benötigen, um sich im Alltag der Spitäler zu etablieren. Aus dem Erfolg wird sich ein schrittweiser weiterer Aufbau ergeben, vor allem sollten sämtliche Kliniken einbezogen werden. Ein Kernteam sollte pro Spital aus einer oberärztlichen Stelle, einer Pflegestelle mit psychiatrischer Qualifikation und einer psychologischen Teilzeitstelle bestehen. Pflegende und PsychologIn übernehmen hauptsächlich die Unterstützungsaufgaben für das Pflegepersonal und Schulungsaufgaben im Bereich der Kommunikation. Eine Unterredung mit den Spitalleitungen vom 21.08.2002 ergab eine grundsätzliche Zustimmung zu diesem Projekt (ohne Festlegung der Priorität). Vorgeschlagen wird die Realisierung über einen auf 3 Jahre befristeten Projektkredit, verbunden mit einer wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung als Basis für einen weiteren Ausbau, der dann ein Teil der KPD-Angebote wäre.

5.3.1.5 Wirkungen

Die Spitalpsychiatrischen Teams können mit der Integration der Psychiatrie in die somatischen Spitäler ein Postulat einlösen,

welches die erste Folgeplanung schon als Priorität bezeichnet hat.

Ähnliche Modelle in anderen Spitälern zeigen deutlich positive Effekte^{81 82 83}, nicht zuletzt auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Ein ständig anwesender liaisonpsychiatrischer Dienst geht in seiner Wirkung deutlich tiefer als rein konsiliarische Angebote. Man gewinnt mit diesem Vorschlag einen vielfältigen Nutzen, der über die Situation in den Spitälern hinausgeht. So werden die AssistentInnen in ihrer Weiterbildungszeit psychiatrisch und kommunikativ geschult, was später in der hausärztlichen Praxis ihnen selbst und ihren Patienten zugute kommt und die Kooperation mit der Psychiatrie entscheidend verbessern wird. Die psychiatrische Erfassung von Patienten mit psychischen Störungen im Spital wird sich verbessern und die spezialisierten Dienste werden gezielter und effektiver kontaktiert. Damit kann der Behandlung im Spital nach Austritt eine grössere Nachhaltigkeit verliehen werden. Die EPD werden von Konsiliaraufgaben entlastet. Es wird weiterhin Patienten geben, die diese Angebote nicht nutzen können oder wollen, aber durch die Stationierung der psychiatrischen Fachleute im somatischen Spital dürfte vielen der Schritt leichter fallen.

5.3.2 Problembereich 2: Psychiatrische Tagesversorgung

Die Tagesversorgung wird durch eine weitere Tagesklinik erweitert und in Richtung Krisenhilfe und Rehabilitation qualitativ verstärkt.

Die teilstationären Angebote bilden die zentrale Verbindungsstelle von Akutpsychiatrie und Rehabilitation sowie von Klinik und Ambulanz und stellen die hauptsächliche Alternative zu stationären Vollhospitalisationen dar. Sie sind ein wesentlicher Teil einer kontinuierlichen allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung.

5.3.2.1 Ausgangslage

Die Auslastung der Tageskliniken in Münchenstein und Liestal ist denn auch seit 1995 (Münchenstein seit 1999) um 22%, respektive um 62% gestiegen, diejenige des Tageszentrums in Liestal gar um 147%. Die Evaluation zeigt, dass im Kanton – und in der Region insgesamt – viel zu wenig tagesklinische Kapazitäten bestehen. Der quantitative Bedarf nach Angeboten der Tagesversorgung kann bei weitem nicht gedeckt werden. Zudem sind die Angebote geographisch ungleich verteilt, das Angebot konzentriert sich vor allem auf Liestal.

Es bestehen im Krisenfall keine Alternativen zu einer stationären Vollhospitalisation. Ein Teil der Vielzahl notfallmässiger stationärer Hospitalisationen wäre nicht zwingend, wenn man in den Tageskliniken solche Situationen vermehrt auffangen könnte, und die Bereitschaft dazu entsprechend ausbauen würde.

Generell sind die bestehenden Tageskliniken zu wenig dafür ausgerüstet, in Krisensituation schnell und aufsuchend reagieren zu können. Schliesslich werden die rehabilitativen Möglichkeiten der tagesklinischen Versorgung noch zu wenig systematisch genutzt, vor allem im beruflichen Bereich. Es fehlt wegen der permanenten Überauslastung die dafür notwendige Differenzierung der vorhandenen Tagesversorgung.

5.3.2.2 Ziel

Es sollten ausreichende und im unteren Kantonsgebiet besser verteilte tagesklinische Kapazitäten zur Verfügung stehen, die es erlauben, vermehrt Krisensituationen im Vorfeld einer drohenden Klinikeinweisung aufzufangen und gleichzeitig eine stärkere Profilierung der bestehenden Angebote zu ermöglichen – insbesondere im Bereich der beruflichen Eingliederung.

5.3.2.3 Lösungsvorschlag

Im unterversorgten unteren Kanton, vorzugsweise im Leimental, welches über keine staatlichen psychiatrischen Angebote verfügt, schaffen die EPD eine *zusätzliche Tagesklinik*. Diese arbeitet mit der EPD-Beratungsstelle auf dem Bruderholz zusammen und wird darüber hinaus in die allgemeinpsychiatrische Grundversorgung für den unteren Kantonsteil integriert.

Die nunmehr vier Tagesversorgungsangebote – die Tageskliniken in Liestal, Münchenstein und im Leimental sowie das Tageszentrum in Liestal – setzen neben ihrer allgemeinpsychiatrischen Versorgungsaufgabe Schwerpunkte in ihrem Angebot, die zu einer vertieften Differenzierung führen. Um diese Aufgaben bewältigen zu können, werden die Tageskliniken personell an die Erfordernisse verstärkter Krisenintervention angepasst, das heisst, der Anteil des ärztlichen und pflegenden Personals wird erhöht. Über die Verstärkung der Ressourcen zur Krisenintervention an allen Tageskliniken hinaus ist eine verstärkte Differenzierung ins Auge zu fassen, beispielsweise in folgenden speziellen Schwerpunkten:

- Betreuung von Migrantinnen und Migranten
- beruflich-rehabilitativer Schwerpunkt inklusive Betreuungen am Arbeitsplatz.

Die positive Wirkung solcher Modelle ist gut belegt, zudem steigern sie die Patientenzufriedenheit deutlich^{84 85}. Wenn sich die verstärkte Krisenbereitschaft im Rahmen der allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung etabliert hat, wäre zu prüfen, wie weit die Verfügbarkeit einiger, an die Tageskliniken angeschlossenen Krisenbetten für bekannte PatientInnen zweckmässig wäre.

5.3.2.4 Wirkungen

Eine verstärkte Arbeit in der Krisenintervention der Tagesversorgung kann die Beanspruchung der psychiatrischen Klinik durch Notfallaufnahmen entlasten. Es ist bekannt, dass ein aus-

gebautes tagesklinisches Angebot mit mobilen Krisenequipen – allenfalls mit angeschlossenen Krisenbetten – in der Lage ist, Vollhospitalisationen zu vermeiden. PatientInnen mit schweren und gefährlichen Krisen werden nach wie vor in der KPK hospitalisiert.

Durch ein Rehabilitationsangebot innerhalb der Tagesversorgung wird das Spektrum von Förderungsmöglichkeiten erweitert, das im Kanton bisher ungenügend ausgebildet ist (vgl. Kap. 6.2.6).

5.3.3 Problembereich 3: Betreuung von Migrantinnen und Migranten

Für Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen wird die sprachliche und kulturelle Kompetenz in der Versorgung mit einem spezifischen Leistungsauftrag gefestigt und im allgemeinpsychiatrischen Rahmen ausgebaut.

MigrantInnen sind in der Nutzung des allgemeinen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsnetzes infolge von Sprach- und Mentalitätsbarrieren grossen Hindernissen ausgesetzt. Flüchtlinge haben mit einer Vielzahl von zusätzlichen Problemen zu kämpfen. Anders als auf der Ebene staatlicher Planung und Koordination bewegt sich auf der konkreten Handlungsebene bisher wenig, um die Situation zu verbessern.

5.3.3.1 Ausgangslage

Migrantinnen und Migranten haben ganz spezifische Probleme, die nicht ausschliesslich psychiatrischer Natur sind, die aber in unbehandelter Weise zu eindrücklichen und schweren psychopathologischen Erscheinungen führen. Die Sprachbarriere schränkt einerseits die Reichweite psychiatrischer Behandlung insbesondere dort stark ein, wo gute Dolmetscherdienste nicht greifbar oder nicht zu zahlen sind. Der Rückstand gegenüber den Einheimischen ist andererseits in der psychotherapeutischen Versorgung besonders markant, denn Psychotherapie ist auf ein sehr gutes Sprachverständnis angewiesen, das nur zum kleinen Teil mit Übersetzung wettgemacht werden kann. Sprachkundige therapeutische Fachkräfte fehlen allgemein – besonders in Türkisch, Albanisch und Serbokroatisch. Neben der Sprachkompetenz wird im interdisziplinären Team auch Kulturkompetenz benötigt, wobei interkulturelle Mediation eine grosse Rolle spielt.

Spezifische zusätzliche Probleme bringen Asylsuchende, mit ihrem Hintergrund von Gewalterfahrung und der Ungewissheit über ihren Aufenthalt. Sie versuchen verzweifelt, in der Schweiz zu bleiben, und oft führt dann ein ablehnender Asylentscheid zu einem psychischen Zusammenbruch. Dieser bringt sämtliche Beteiligten in eine schwierige Lage, da eine Gesundung zur Ausschaffung führt.

5.3.3.2 Ziel

Die psychosoziale Versorgung soll in der Lage sein, fremdsprachige Patientinnen und Patienten adäquat zu behandeln. Um die psychiatrischen und psychosozialen Dienste für Migrantinnen und Migranten effektiv besser nutzbar zu machen, müssen Anstrengungen auf verschiedenen Ebenen unternommen werden:

- Die Fachleute sind so auszubilden, dass sie die spezifischen Probleme von MigrantInnen und Asylsuchenden erkennen und behandeln können. Diese Kompetenzverbesserungen sollten ausgehend von den psychiatrischen Diensten vorangetrieben werden.
- Dolmetscherdienste müssen in genügender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Dazu braucht es eine Regelung der Tarife und der Kostenübernahme.
- Die Angebote der psychosozialen Versorgung der Region müssen den MigrantInnen verständlich und bekannt sein. Dazu braucht es schriftliche Informationen in den gängigen Sprachen.
- Fremdsprachige PatientInnen sollen reale Chancen haben, eine psychotherapeutische Behandlung – nötigenfalls längerer Dauer – zu erhalten. Deshalb müssen Massnahmen getroffen werden, damit in den Institutionen und Praxen vermehrt ausländische ärztliche und psychologische TherapeutInnen zur Verfügung stehen.
- Aufnahme- und Asylantenheime sind so zu führen, dass die BewohnerInnen nicht zusätzlich traumatisiert werden. Die Betreiber dieser Heime sind personell entsprechend auszurüsten. Psychotherapeutische Hilfe hat frühzeitig einzusetzen, insbesondere bereits in Aufnahme- und Asylantenheimen. Asylantenheime sollten über eine geregelte hauspsychiatrische Versorgung verfügen.

5.3.3.3 Lösungsvorschläge

Wenn man aufgrund des Bevölkerungsanteils, der angenommenen psychischen Belastung und der Nutzungsraten von EPD und KPK den Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachpersonen mit spezifischer Sprach- und Kulturkompetenz errechnet, kommt man theoretisch auf sehr hohe Zahlen:

Für die allgemeinspsychiatrische interdisziplinäre Grundversorgung 16.5 Stellen¹ (türkisch 7.7, italienisch 7.0, albanisch 4.4, serbokroatisch 4.1, andere 3.1.). Für die Psychotherapie sind die Zahlen mehr als doppelt so hoch. Nur ein Bruchteil ist zur Zeit verfügbar. Der Bedarf ist so gross, dass in Bezug auf die häufigsten Sprachgruppen das Angebot auf kantonaler Basis aufzubauen ist. Für die selteneren Sprachen (tamilisch, portugiesisch, arabisch) empfiehlt sich eine regionale Schwerpunktbildung.

Um diesem Bedarf zu entsprechen und die Lücken zu schliessen, muss das Angebot in jedem Fall erheblich ausgebaut wer-

den, was nur stufenweise möglich ist. Dabei ist am günstigsten auf die EPD abzustützen, welche im Kanton am meisten mit MigrantInnen involviert sind, für die schon eine spezifische Struktur (MIGEV) entwickelt wurde (vgl. Kap. 5.2.5.5) und die am meisten Know-how gesammelt haben. Es ist aber möglich und erwünscht, dass um diesen Kern herum weitere Anbieter – zum Beispiel eine Gruppe privater Praxen als Kompetenzzentrum (vgl. Kap. 5.3.4.2) – hinzukommen.

Es sind dazu zwei Modelle diskutiert worden:

- Schaffung eines spezialisierten Dienstes für Migration-psychotherapie im Rahmen der EPD
- Ausbau im Rahmen der Allgemeinpsychiatrie durch Weiterentwicklung und Konsolidierung der bereits vorhandenen MIGEV-Struktur.

Diese zweite Lösung wurde am Schluss aus fachlichen wie aus ökonomischen Überlegungen favorisiert. Fachlich sind zwar von einer Konzentration in einem Spezialdienst Effizienzgewinne zu erwarten, es besteht aber die grosse Gefahr, dass die Integration durch eine solche institutionelle Gliederung verfehlt wird. Wir kamen zum Standpunkt, dass Psychiatrie für Patienten und Patientinnen aus fremden Kulturen nicht als Spezialität anzusehen ist, sondern als grundversorgende Allgemeinpsychiatrie für einen wesentlichen Teil der Bevölkerung mit sprachlich-kulturellen Besonderheiten. Ein nur einigermaßen funktionsfähiger Spezialdienst würde Ressourcen in einem Mass erfordern, das im Hinblick auf die Gesamtheit der Entwicklungspläne überproportional erscheint.

Das in den Externen Psychiatrischen Diensten bestehende Angebot zu Migration und Gesundheit (MIGEV) erfreut sich schon bisher einer grossen Nachfrage unter Migrantinnen und Migranten, sieht aber eine wesentliche Aufgabe in einer durch Beratung und Fortbildung vermittelten Tätigkeit über HausärztInnen, psychiatrische Praxen, Sozial- und Betreuungsdienste, Dolmetscher und Mediatoren etc. Hier ist der Ausbau anzusetzen. Der Schwerpunkt eines solchen Leistungsangebotes in den EPD sollte darin liegen, nicht immer mehr MigrantInnen selbst zu behandeln, sondern in den psychiatrischen und psychosozialen Institutionen die nötigen spezifischen Kompetenzen zu schaffen. Eine ausgebaute MIGEV kann als zentrale Dienstleistungsstelle dienen, die sowohl selbst Behandlung, Beratung und Sozialarbeit durchführt, Aus-, Weiter- und Fortbildungsaufgaben und Vernetzungsaktivitäten übernimmt, als auch die weiteren Einrichtungen der Regelversorgung unterstützt und berät. Die Bildungsanstrengungen müssen auf zwei Achsen erfolgen: Einmal durch die weitere Integration der Migrationsthematik in die wichtigsten Ausbildungen des Gesundheits- und Sozialwesens und zum zweiten durch die Ausbildung von Mediatoren, die über ein gutes interkulturelles Wissen und gleichzeitig über ein gewisses psychiatrisch-psychologisches Verständnis verfügen. Diese Mediatoren können Aufgaben erfüllen, die über reine

¹ ohne Leitung und Sekretariate

Dolmetscherdienste hinausgehen, sie sind kulturelle Mittler und Verständnishelfer zwischen PatientIn und TherapeutIn.

Wesentlich ist der Einbezug der KPK zum Aufbau von gemeinsamen Verfahrensrahmen im Zuge der Strukturanpassung (vgl. Kap. 12.3.3) und zur gemeinsamen Nutzung von spezifischen Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Dazu ist von EPD und KPK ein gemeinsames Konzept zu erarbeiten.

Um diese Aufgaben mit Kontinuität erfüllen und entwickeln zu können, müssen sie im Leistungsauftrag der EPD und im weiteren des Psychiatrie-Ressorts der KPD verankert sein. Dieser muss sicherstellen, dass bestimmte Fremdsprachen und Kulturkenntnisse unter den Mitarbeitenden im professionellen Team ständig verfügbar sind (türkisch, albanisch, serbokroatisch etc.), die notwendigen personellen Ressourcen namentlich für die direkte wie auch für die indirekte Tätigkeit und die nötige Entwicklungsarbeit ausgeschieden und bereitgestellt werden. Die Personalrekrutierung muss das berücksichtigen; der Leistungsauftrag dient auch als Basis für die erforderlichen fremdenpolizeilichen Genehmigungen. Hier wie in der gesamten allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung braucht es einen interdisziplinären Zugang.

Um den MigrantInnen weiter vermehrte psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten in eigener Sprache anbieten zu können, sollten zudem die Tätigkeit und Niederlassung von ärztlichen und psychologische Fachpersonen mit spezifischen Sprachkenntnissen administrativ gezielt erleichtert werden. Damit können fremdsprachige Fachkräfte nach ihrer Assistenz- und oberärztlichen Tätigkeit in der Institution schneller in die Praxis wechseln. Diese Postulate könnten als zusätzliche "Mengenausweitung" des medizinischen Angebots missverstanden werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass die bestehende Versorgungslücke gerade bei der fremdsprachlichen Bevölkerung bekannterweise massenhaft zu verfehlten Behandlungen und folglich zu kaum behebbaren Chronifizierungen führt. Das bedeutet neben dem Leiden der Betroffenen immense vermeidbare Kosten.

5.3.3.4 Umsetzung und Aufwand

Um den oben umrissenen Leistungsauftrag für die Verstärkung der transkulturellen psychiatrischen Kompetenz der allgemeinen psychiatrischen Grundversorgung erfüllen zu können, sollten folgende personelle Ressourcen vorgesehen werden: Schaffung eines Pensums für eine (oder mehrere) spezifisch ausgewiesene Fachkraft (Psychologe/in, Spezialarzt/ärztin) mit Kenntnissen in der interkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Mediation. Dieses neu geschaffene Pensum dient der konzeptionellen Weiterentwicklung der bisherigen Arbeit der MIGEV und der fachlichen Entwicklungsarbeit im institutionellen Umfeld.

Zum zweiten sollte die Bezahlung der DolmetscherInnen durch den Einbezug der entsprechenden Mittel ins Budget der Dienste längerfristig sichergestellt und damit auch klarer als bisher gere-

gelt werden. Nur so wird sichergestellt, dass MigrantInnen in der Wahl der Behandlungsmethode nicht diskriminiert werden.

5.3.3.5 Wirkungen

Eine genügend ausgebaute und gut vernetzte psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe für Migranten mit eingeschränkten Sprachkenntnissen führt dazu, die vielen chronifizierten Krankheitsverläufe v.a. im Bereich von Schmerzstörungen (und ähnlichen "somatoformen" Phänomenen) und Depressionen mit den bekannten enormen Folgekosten zu reduzieren. Dieses Ausbauniveau kann erst schrittweise für eine breite Wirkung erreicht werden.

Eine verbesserte kultursensitive Kompetenz der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Angebote wird ferner durch die Verlagerung in die Ambulanz zu einer gewissen Entlastung der stationären Einrichtungen – auch der somatischen Kliniken – führen.

Ein verbindlicher und verankerter Ausbau der in den EPD schon vorhandenen Kompetenzen hat den Vorteil, dass für einen öffentlichen Dienst die Zusammenarbeit mit den anderen staatlichen Stellen im Gesundheits-, Erziehungs-, Justiz-, Fürsorge- und Sozialbereich erleichtert ist.

Eine verbesserte psychiatrisch-psychosoziale Betreuung gerade auch von Asylsuchenden sollte zu einer Abnahme von Verhaltensweisen führen, die durch Unterversorgung mitbedingt sind wie gewalttätige Ausbrüche, delinquentes Verhalten etc.

5.3.4 Problembereich 4: Kooperations- und Koordinationsformen in der ambulanten Versorgung

Um Patientinnen und Patienten einen gut organisierten Zugang zur adäquaten Behandlung zu gewährleisten, wird die Kooperation im ambulanten Bereich durch eine Reihe einzelner Massnahmen nachhaltig verbessert.

Der Grossteil psychisch kranker Menschen wird im ambulanten Versorgungsbereich behandelt und betreut. Dieser umfasst die Externen Psychiatrischen Dienste, die hausärztlichen Praxen von Allgemeinmedizinern und Allgemeininternisten sowie die Fachpraxen der privaten psychiatrischen und nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen.

Da es sich bei den Praxen um eine heterogene Gruppe von selbständigen Kleinunternehmen handelt, ist eine gesamthafte Planung der Koordination und Kooperation nicht in derselben Verbindlichkeit möglich wie bei staatlichen Diensten. Dennoch liegt ein grosses Potential in verstärkten und teils neuen Kooperationsformen.

Dabei geht es sowohl um die allgemeinpsychiatrische Grundversorgung wie auch um die spezialisierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereiche (die Notfallorganisation wird gesondert im nächsten Abschnitt behandelt):

Im Zentrum dieses Abschnitts steht die Vernetzung der privaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen. Da die Schnittstelle EPD-hausärztliche Praxen offenbar mit Erfolg gepflegt und im allgemeinen sehr gut beurteilt wird, ergibt sich hier kein Innovationsbedarf.

5.3.4.1 *Kompetenz der HausärztInnen und Schnittstelle zu den Fachpraxen*

In den meisten Fällen psychischer Störung sind die HausärztInnen Primär- und Endversorger. Sie erkennen je nach Ausbildungsstand psychische Krankheiten in unterschiedlichem Masse, ihre Kommunikationsmöglichkeiten sind entscheidend, ob sie eine adäquate und hilfreiche Betreuung und Behandlung aufbauen können (über die Pharmakotherapie hinaus) – das beinhaltet auch den Umgang mit einem gewissen Mass an Widerständen, welche die PatientInnen entgegensetzen und in der Natur der psychischen Störungen liegen. HausärztInnen überweisen PatientInnen mit erkannten psychischen Störungen selten an Fachpraxen zur Abklärung oder weiteren Behandlung. Von einer Verbesserung dieser Wege ist ein grosser Nutzen für die PatientInnen zu erwarten.

Die Hindernisse können vielfältig sein: Ungenügende gegenseitige Kommunikation und Berichterstattung – es fehlt an gemeinsamer Sprache, unklare Indikation und Rahmenbedingungen bei Zuweisungen, lange Wartefristen, Fehlen von direkten und persönlich bekannten AnsprechpartnerInnen oder ungenügende Erreichbarkeit der psychiatrisch-psychologischen Praxen.

Ziele:

- HausärztInnen erkennen relevante psychische Störungen. Sie können psychisch erkrankte PatientInnen in geeigneter Weise auf ihre Problematik ansprechen und sie wenn nötig für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Fachabklärung und -behandlung motivieren. Dies ist eine Frage der Ausbildung, welche die einzelnen Ärztinnen und Ärzte sehr individuell handhaben. An geeigneten Fortbildungsangeboten mangelt es nicht – neben anderen sind die EPD auf diesem Gebiet sehr aktiv. Hingegen wird das Thema in der Weiterbildung in den somatischen Kliniken vernachlässigt. Darum haben die von uns vorgeschlagenen Spitalpsychiatrischen Teams auch eine sehr gewichtige Weiterbildungsfunktion für die somatischen ÄrztInnen.
- HausärztInnen behandeln PatientInnen mit psychischen Erkrankungen und Krisen nach ihren Möglichkeiten und erkennen frühzeitig eine Indikation zur Überweisung in eine Fachpraxis oder –stelle.
- HausärztInnen und Fachpraxen bzw. EPD arbeiten eng miteinander. Parallelbehandlungen verlaufen koordiniert.

- Allgemein wird die Erreichbarkeit der PsychiaterInnen verbessert. Bestimmte Fachpraxen sind für HausärztInnen auf vereinbarten Wegen einfach erreichbar zu Fragen der Indikationsstellung, zur Abklärung und Behandlung.

Kooperationsvorschläge:

- Die Fachgruppe Psychiater erarbeitet einen Standard zur telefonischen Erreichbarkeit.
- Die Fachgruppe Psychiater und die hausärztlichen Fachvereinigungen erarbeiten gemeinsame Kriterien/Leitlinien zur Indikation von fachpsychiatrischer Abklärung sowie fachpsychiatrischer und -psychotherapeutischen Behandlung.
- Zusammenarbeit von HausärztInnen und Fachpraxen in lokalen Gruppen. Ein Hausarzt schliesst mit einer Reihe von Fachpraxen eine Zusammenarbeitsvereinbarung ab, welche Terminanfragen, rasche Zuweisungen, Zuweisungsziele, Berichtswesen etc. regelt. Dazu geben die zuständigen Vereinigungen (der HausärztInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen) einen Standard heraus – entsprechende Entwürfe sind bereits ausgearbeitet.
- Die Fachverbände geben eine gemeinsame Liste aller Fachpraxen (PsychiaterInnen und PsychologInnen) heraus und aktualisieren sie regelmässig (bisher waren die Listen getrennt).

5.3.4.2 *Kooperation der Fachpraxen untereinander und mit den EPD*

Ausgangslage:

Die Arbeit in den Fachpraxen tendiert zur Vereinzelung. Wohl gibt es eine gut institutionalisierte Verbindung zwischen privatpraktizierenden PsychiaterInnen und der Leitung von KPK, EPD und KJPD über die gemeinsame Fachgruppe Psychiater BL. Doch die einzelnen Praxen entwickeln ein eigenes Profil in ihrer methodischen Ausrichtung und der Zusammensetzung ihrer Klientel. Dahinter steht eine beachtliche Aktivität zu bestimmter Weiter- und Fortbildung.

Daraus entstehen fachbezogene Kontakte und Vernetzungen, aber diese ergeben in der Regel keine angebotsbezogenen Konzepte und Kooperationen. Folglich bleibt es recht unbestimmt, welche Fachpraxis welches Spektrum anbietet und welche neuen Entwicklungen sie aufnimmt. Das bleibt auch für potentielle PatientInnen und Zuweiser intransparent.

Nun werden zur Zeit viele neue Verfahren und Kombinationen für spezifische Störungen und Situationen entwickelt und propagiert. Anfragen diesbezüglich gehen nicht zuletzt besonders an die EPD, welche diese gerne aufnimmt (z.B. Sexualtherapie, Psychotraumatologie), aber an Begrenzungen der Ressourcen stösst, die Vielfalt der Aufgaben kaum bewältigen kann und daher mit der Kernaufgabe der allgemeinpsychiatrischen Grundversorgung in Konflikt gerät.

Ferner haben die einzelnen Fachpraxen ohne Vernetzung nur sehr begrenzte Möglichkeiten, mit Patienten und Problemen aus dem allgemeinpsychiatrischen Grundversorgungsbereich, welche den Praxisrahmen aus fachlichen, organisatorischen oder sonstigen Gründen sprengen. Diese Patientengruppen sind dann in der Fachpraxis unterrepräsentiert. Typische Beispiele sind alterspsychiatrische PatientInnen, die nicht nur spezifische Kenntnisse, sondern auch Hausbesuche und Angehörigenarbeit benötigten, oder chronisch psychisch Kranke mit Unterstützungsbedarf im sozialen und beruflichen Bereich. Aus diesen Gründen kommen wir zur Annahme, dass mit klareren Kooperationslinien die Ressourcen der Fachpraxen, aber auch der EPD für die Versorgung noch deutlich effizienter genutzt werden können.

Ziele:

- Im gegenseitigen Verhältnis von Fachpraxen und EPD sind Funktionen, Kooperationsformen und Angebotsentwicklung geklärt, daraus ergibt sich eine verstärkte Vernetzung.
- Die Fachpraxen bilden Kooperationsformen aus, die zu einer verbesserten Bündelung spezifischer Leistungen führen.

Vorschläge:

Die EPD funktionieren weiter als Drehscheibe im gesamten psychiatrischen Versorgungssystem. Sie stellen bei Indikation für sozialpsychiatrische Fälle wieder vermehrt Begleitungen mit Koordinationsfunktion zur Verfügung, welche durch langfristige MitarbeiterInnen übernommen werden. Koordinationsbegleitung bedeutet quasi eine spezifische Beistandschaft bei einer komplexen, langfristigen Behandlung: In einer persönlichen, konstanten Beziehung (welche nicht als Therapie im engeren Sinne definiert ist) werden die PatientInnen begleitet in wechselnden Therapieformen, Rehabilitationsprogrammen und Rahmen – auch stationären Aufhalten, welche unterschiedliche Fachpersonen leiten. Die "Betreuungscoordination" sorgt für eine Linie in der Behandlung und integriert die Information. Im Gegensatz zu einem "case management", das vom Kostenträger gestellt wird, liegt die Funktion hier bei einer Fachperson, die als Teil des Teams mit dem Patienten eine persönliche Beziehung aufnimmt – was bei psychisch Kranken unerlässlich ist. Diese Funktion greift naturgemäss auch ins Gebiet der Rehabilitation.

TherapeutInnen in Fachpraxen können im Rahmen einer solchen Koordination ins Netz einbezogen werden und eine wesentliche Behandlungskomponente übernehmen, ohne das Netz selber organisieren und zusammenhalten zu müssen, wozu sich eine Praxis oft kaum eignet¹.

¹ Bisher ist man von der Idee ausgegangen, dass die privaten Fachpraxen, wenn sie einen sozialpsychiatrischen Fall übernehmen, selber die eigentliche Langzeitbetreuung und Koordination wahrnehmen (und allenfalls ergänzende Dienstleistungen von den EPD beziehen). Dies stellt oft eine Überforderung dar

Psychotherapien sollen hauptsächlich von den Fachpraxen übernommen werden. Dazu müssen die Überweisungen funktionieren: Anhand von Listen (siehe oben) und durch persönlichen Austausch. Die EPD behalten die in einem Konzept gefasste Anzahl Psychotherapie-PatientInnen, die zu Weiterbildungszwecken und zur Aufrechterhaltung des eigenen therapeutischen Know-how notwendig ist. Bei bestimmten Methoden können die EPD eine lokale, begrenzte Entwicklungsaufgabe übernehmen.

Fachpraxen verbinden sich zu privaten *Kompetenzzentren* mit einem gut definierten spezifischen Angebot. Gemäss den von der Planungsgruppe entwickelten Modellvorstellungen kann man vielfältige Themen aufgreifen: Zu denken ist besonders an spezifische Psychotherapie bestimmter Störungen (Zwang, Angst etc.), an bestimmte Settings (Paartherapie etc.), auch weitere Felder (Alterspsychiatrie etc.). Gemeint sind fachliche Verbundstrukturen mit einfacher, nicht ortsgebundener Organisation, die dank elektronischer Verbindung funktioniert. Eine Reihe von Fachpraxen tun sich zusammen, bilden sich gemeinsam weiter, betreiben gemeinsam Qualitätssicherung, übernehmen spezifische Konsilien und bieten Fortbildung an. Das Spezialgebiet wird nur einen Teil der Praxistätigkeit füllen. Die Organisation sorgt für gemeinsame gute Erreichbarkeit und gegenseitige Vertretung. Ein solches Kompetenzzentrum kann auch interdisziplinär zusammengesetzt sein – PsychologInnen können hier einen wesentlichen Beitrag leisten. Die Fachgruppe Psychiater ist bereits an der Entwicklung eines allgemeinen Rahmens für solche Kompetenzzentren.

5.3.4.3 Einbezug von nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen in eigener Praxis

Die PsychologInnen stellen ein beachtliches Potential, um den steigenden Bedarf im therapeutischen Bereich aufzufangen. Allerdings ist das strukturelle Grundproblem, das Ausbleiben eines KVG-Tarifs für die nicht-ärztliche Psychotherapie, vom Kanton nicht zu beseitigen. Man kann aber mit dem nötigen Engagement einiges kompensieren und den Sekundärfolgen, z.B. der mangelnden Vernetzung, entgegenzutreten. Es gibt in vielen Fällen die Möglichkeit von Ersatzfinanzierungen, diese sind in einem Manual aufzuzeigen. Die PsychologInnen können zusätzlich eine Anlaufstelle für Finanzierungsfragen einrichten. Als ein Instrument der Vernetzung kann eine gemeinsame Liste der ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachpraxen dienen. Ebenso sind gemeinsame lokale Fachanlässe zu fördern.

5.3.4.4 Umsetzung und Aufwand

Die vorgelegten Lösungen erfordern in erster Linie fachliche und organisatorische Planungsarbeit – zum Teil sind diese bereits im Gang, sowie ein langfristiges Engagement zum "Unterhalt" der Kooperationsstrukturen. Dabei sind die ärztlichen Fachvereinigungen des Kantons besonders gefordert. Es fallen bei ihnen eventuell externe Kosten an, weil nicht alles in ehrenamtlicher Arbeit von StandesvertreterInnen geleistet werden

kann. Die Verstärkung der Betreuungskoordination erfordert eine strukturelle Aufwertung und zusätzliche Ressourcen in diesem Bereich der EPD. Dies kann stufenweise erfolgen und wird teilweise durch Verschiebung möglich, wenn die Allgemeinpsychiatrie im EPD durch den Aufbau von Spezialdiensten (vgl. Kap. 5.3.1.3/10.3.3.3/7.3.1.2) entlastet wird.

5.3.4.5 Wirkung

Dank besserer Kooperation durch ein Bündel von Massnahmen ist generell eine verbesserte Effizienz zu erwarten, namentlich eine spürbare Entlastung in den Abläufen an Schnittstellen, mit weniger Kontakt- und Kontinuitätsabbrüchen. Das erzeugt eine "Klima-Verbesserung" unter den Fachleuten und dürfte die Sicherheit und Tragfähigkeit der Helferbeziehungen heben. Dadurch ergibt sich ein präventiver Effekt bei Krisen. Die privaten Kooperationszentren können sich als zukunftsweisendes Modell erweisen und viel zur Entwicklung und Nutzung spezifischer Angebote in der Versorgung beitragen.

5.3.5 Problembereich 5: Organisation des psychiatrischen Notfalldienstes

Der psychiatrische Notfalldienst erhält eine vereinfachte Struktur.

Der psychiatrische Notfalldienst ist nicht nur eines der Kernelemente der allgemeinpsychiatrischen Versorgung, sondern auch eine „Visitenkarte“ der Psychiatrie. Für psychisch akut erkrankte Menschen und ihre Angehörigen stellen Notfallsituationen vor allem im Rahmen einer erstmaligen Erkrankung äusserst belastende und erschütternde Momente dar, bei denen die Funktionsweise und Qualität der Notfallversorgung von grosser Bedeutung ist. Eine gute Notfallversorgung kann auch präventiv wirken und dazu beitragen, dass akute Krisensituation effektiv auch zur Chance werden, ungünstige Lebensumstände korrigieren zu wollen.

5.3.5.1 Ausgangslage

Notfälle haben stark zugenommen (vgl. Kap. 5.2.4.1). Das betrifft auch die Klinikeintritte. Eine Reihe von Vorschlägen (Spitalpsychiatrische Teams, verstärkte Tagesversorgung, Betreuungskoordination etc.) werden diesem Trend entgegen gesetzt. Im folgenden wird nur auf das Problem der komplizierten Notfalldienstordnung eingegangen.

Grundsätzlich besteht – gemäss Reglement der Ärztesgesellschaft Baselland – eine Notfalldienstpflcht für PraxisinhaberInnen bis zum Alter von 55 Jahren. Die aktuelle Regelung sieht vor, dass die Behandelnden primär für ihre PatientInnen selbst zuständig sind und im Notfall für sie auch den regulären Praxisbetrieb verlassen und auch ausserhalb der Praxisöffnungszeiten zu Hilfe

eilen müssen. Der Dienst ist eingerichtet für nicht in Behandlung stehende PatientInnen sowie für den Abwesenheitsfall.

In der Psychiatrie besteht eine abweichende Struktur, da Notrufe zumeist von Unbekannten kommen, ihre Erledigung viel länger dauert als ein somatischer Notfall und zudem der laufende Betrieb mit Psychotherapien und Gesprächen weniger Störungen und Verschiebungen erträgt. Daher ergab sich die Notwendigkeit, den psychiatrischen Notfalldienst als durchgehenden Dienst (24 Stunden mal 365 Tage) zu organisieren.

Auch die EPD als öffentlicher Dienst mit Notfallauftrag und Konsiliarbereitschaft muss einen Dienst organisieren. Daraus ergab sich früh eine Kooperation zwischen den Praxen und den EPD in der Dienstorganisation. Allerdings führt die unterschiedliche Entwicklung der Partner auch zu erheblichen gegenseitigen Problemen und schliesslich zu einem recht komplizierten Kompromiss:

Kantonsweit besteht ein 24-Stunden-Notfalldienst durch die psychiatrischen Praxen und die Externen Psychiatrischen Dienste mit jährlich gegen 1'000 Meldungen. Die EPD sind tagsüber von Montag bis Freitag ausser über Mittag zuständig. Für unbekannte PatientInnen, die nicht auf die Beratungsstelle kommen können, bieten die EPD jedoch die niedergelassenen KollegInnen auf. In der übrigen Zeit sind die privaten Praxen gänzlich zuständig. Für die Konsiliardienste an den Kantonsspitalern, namentlich für die Notfallstationen sind generell die EPD zuständig, dafür halten sie einen eigenen Pikettdienst.

Diese Organisation hat erhebliche Schwächen:

- Für die NutzerInnen ist die Verschachtelung der Zuständigkeit zu kompliziert, was öfters zu Pannen führt.
- Ein ausrückender Notfalldienst wäre für die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in den EPD ein wichtiges Lernfeld.
- Die Praxen sind während des Notfalldienstes für sämtliche Aufgaben, inklusive FFE-Einweisungen und gefährliche Situation verantwortlich, sowie für Einsätze in den Bezirksgefängnissen, für welche es in anderen Kantonen Spezialdienste (Amtsärzte, Polizeiassistent etc.) gibt. Diese Aufgaben gehen erheblich über die gesetzliche Notfalldienstpflcht hinaus, gerade diese amtlichen Einsätze haben deutlich zugenommen.

5.3.5.2 Lösungsvorschlag

Zur Vereinfachung der Notfalldienstordnung wird folgende Änderung vorgeschlagen: Während der Bürozeiten Montag bis Freitag übernehmen die EPD sämtliche Notfallsituationen bei eigenen und bisher unbehandelten PatientInnen.

5.3.5.3 *Umsetzung und Aufwand*

Es braucht nach Berechnungen zusätzliche 0,5 Assistenzarztstellen sowie ergänzende oberärztliche Aufsichtsleistungen in den ganzen EPD für diese Aufgabe.

5.3.5.4 *Wirkung*

Die klarere Organisation der Zuständigkeit wird die Nutzung des Notfalldienstes und auch das Eintreffen von Hilfe an Ort vereinfachen und zeitlich verkürzen. Damit kann einer weiteren Eskalation der Situation vorgebeugt und in Einzelfällen auch ein fürsorglicher Freiheitsentzug verhindert werden. Die Praxistätigkeit bleibt zu regulären Zeiten ungestört.

5.3.6 **Zusammenfassung der Vorschläge**

In den Betrieb der Kantonsspitäler Liestal und Bruderholz werden schrittweise kleine spitalpsychiatrische Teams integriert, um die Erfassung, Behandlung und Triagierung psychisch kranker PatientInnen zu verbessern und das medizinische Personal zu unterstützen und zu trainieren.

Die Tagesversorgung wird durch eine weitere Tagesklinik im unteren Kanton ausgebaut, konzeptionell differenziert und in ihrer Krisenbereitschaft verstärkt.

Der bestehende Schwerpunkt der EPD in der Betreuung von MigrantInnen (MIGEV) wird systematisch ausgebaut, die Aufgaben im Leistungsauftrag verankert.

In der ambulanten Versorgung werden Kooperation und Koordination zwischen hausärztlichen, psychologischen und psychiatrischen Praxen sowie den EPD durch Standards und die Förderung lokaler Gruppen verbessert. Die Schaffung interdisziplinärer privater Kompetenzzentren wird von den KPD und den Fachgesellschaften unterstützt.

Der Notfalldienst wird bezüglich zeitlicher Zuständigkeit vereinfacht.