



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Leitfaden zur Psychiatrieplanung

Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“

Bern, Juli 2008

Zitierweise und Bezugsquelle:

Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz (2008), Leitfaden zur Psychiatrieplanung, Bericht der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“. Bern: GDK.

Leitfaden zu beziehen bei: office@gdk-cds.ch

Berichtserarbeitung durch:

- Franz Wyss*, GDK (Leitung)
- Daniela Schibli, GDK (Sekretariat)
- Dr. Alfred Gebert, BRAINS (beauftragter Experte)
- Dr. Kai von Massenbach, Gesundheitsdirektion ZH (Vertretung von S. Schuster*)
- Dr. Michel Montavon*, Service de la santé publique du canton VD
- Max Neuhaus*, Departement Gesundheit und Soziales AG
- Dr. Regula Rička, BAG, Sektion Strategie und Gesundheitspolitik (Gast)
- Dr. Thomas Spuhler*, Gesundheits- und Fürsorgedirektion BE
- Hanspeter Vogler*, Gesundheits- und Sozialdepartement LU
- Dr. Rolf Weiss*, Gesundheitsdepartement SG

* Mitglieder der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	1
ZUSAMMENFASSUNG	2
RÉSUMÉ	5
SUMMARY	8
1 ZIELE	11
1.1 HILFE BIETEN, UM EINE DEM KVG GENÜGENDE PLANUNG ZU ERARBEITEN.....	11
1.2 EINSCHLUSS DER AMBULANTEN VERSORGUNG IN DIE SPITALPLANUNG.....	13
1.3 DAS DURCHFÜHREN VON MODELLPROGRAMMEN IST UNVERZICHTBAR	14
2 LEITSÄTZE ZUR PLANUNG/VERSORGUNGSPRINZIPIEN	18
3 PLANUNGSMODELL	20
4 PLANUNGSETAPPEN	21
4.1 PLANUNGSHYPOTHESEN UND -ZIELE	21
4.1.1 <i>Planungshypothesen</i>	21
4.1.2 <i>Planungsziele</i>	22
4.2 PLANUNGSGRUNDLAGEN.....	24
4.2.1 <i>Daten der medizinischen Statistik jährlich analysieren</i>	24
4.2.2 <i>Versorgungsdaten konsequent interkantonal vergleichbar machen</i>	24
4.2.3 <i>Ausländische Planungsgrundlagen beiziehen</i>	25
4.2.4 <i>Zusammen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung aussagekräftigere Informationen für die psychiatrische Versorgung gewinnen</i>	25
4.2.5 <i>Daten zu Zwangseinweisungen vergleichbar machen</i>	26
4.3 DARSTELLUNG DER IST-SITUATION	26
4.3.1 <i>Statistische Auswertungen mit Praxisbezug</i>	26
4.3.2 <i>Patientenströme identifizieren</i>	27
4.3.3 <i>Befragung anderer Leistungserbringer</i>	27
4.4 EVALUATION DER HEUTIGEN ANGEBOTSTRUKTUREN	28
4.4.1 <i>Eruierung von Fehlbelegungen</i>	28
4.4.2 <i>Vertiefte Analyse der Inanspruchnahme der Angebote</i>	29
4.4.3 <i>Involvierung von Leistungserbringern ausserhalb des Netzes der öffentlichen Psychiatrie</i>	29
4.4.4 <i>Evaluation als „reflektiertes Lernen“</i>	30

4.5	PROGNOSE DES ZUKÜNFTIGEN LEISTUNGSBEDARFS	30
4.5.1	<i>Prognose auf Grund des Status quo</i>	<i>30</i>
4.5.2	<i>Wenige kausal zu deutende Faktoren zur Bestimmung des Angebotes.....</i>	<i>31</i>
4.5.3	<i>Lernen von anderen Kantonen und vom Ausland.....</i>	<i>32</i>
4.6	SOLL-ZUSTAND	32
4.6.1	<i>Sektor als Basis der Leistungserbringung.....</i>	<i>32</i>
4.6.2	<i>Region als sektorübergreifende Leistungseinheit</i>	<i>33</i>
4.6.3	<i>Vermeiden des Fokussierens auf den stationären Teil der Versorgung</i>	<i>34</i>
4.6.4	<i>Gemeinsame Verantwortung mit Versicherern</i>	<i>35</i>
4.7	BILDUNG VON VERSORGUNGSVARIANTEN.....	36
4.8	LEISTUNGSVEREINBARUNG.....	37
4.9	AUSGESTALTUNG DER SPITALLISTE	38
4.10	STEUERUNGSFUNKTION DES KANTONS	38
5	ELEMENTE SPEZIELLER PSYCHIATRISCHER LEISTUNGSERBRINGUNG.....	41
5.1	KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE.....	41
5.2	ALTERSPSYCHIATRIE.....	42
5.3	FORENSIK	45
6	WARUM MODELLPROGRAMME?	47
7	AUSWAHL AUS DER FACHLITERATUR.....	52
8	ANHANG I: ERGÄNZENDE HINWEISE	54
8.1	DIFFERENZEN ZUR SOMATISCHEN VERSORGUNG	54
8.2	VERGLEICH MIT DEM EUROPÄISCHEN AUSLAND.....	58
8.3	BESCHREIBUNG DER GRUNDVERSORGUNG DURCH DIE ÖFFENTLICHE PSYCHIATRIE.....	63
8.4	IM VORANGEHENDEN LEITFADEN NICHT BEHANDELTE DIMENSIONEN	64
9	ANHANG II: ILLUSTRATIVE MODELLPROGRAMME	65
9.1	GEMEINDEINTEGRIERTE AKUTPSYCHIATRIE (GIA) IN DER PSYCHIATRIEREGION LUZERN-STADT	65
9.2	TAGESKLINIKEN DER PSYCHIATRISCHEN DIENSTE THURGAU UND DER KLINIK LITTENHEID	66
9.3	CASE MANAGEMENT DER INTEGRIERTEN PSYCHIATRIE WINTERTHUR	67
9.4	SUIZIDBEKÄMPFUNG IM KANTON WAADT	68
9.5	FORTBILDUNGSPROGRAMM FÜR ALLGEMEINPRAKTIKER UND INTERNISTEN IN GENÈVE.....	69

Vorwort

Die Berichtserstellung erfolgte durch die Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ der GDK unter Beizug eines Experten. Nach Abschluss der Arbeiten unterbreitete die Arbeitsgruppe den Leitfaden zur Psychiatrieplanung der Kommission Vollzug KVG. Diese genehmigte anfangs Januar 2007 die Durchführung einer breiten Vernehmlassung.

Zusätzlich zu den Kantonen und relevanten eidgenössischen Instanzen wurden am 17. Januar 2007 gut zwanzig Institutionen und Organisationen aus dem Gesundheitswesen und insbesondere aus dem weiten Bereich der psychiatrischen Leistungserbringer zur Stellungnahme eingeladen. Aus den eingegangenen Antworten ergaben sich folgende Schwerpunkte:

- Fast durchgängig wurden die drei Ziele des Leitfadens unterstützt.
- Ein nennenswerter Teil der Leistungserbringer problematisierte die im Leitfaden präsentierten numerischen Orientierungswerte. Oft wurden Präzisierungen verlangt.
- Und es waren wieder mehrheitlich Stellungnahmen von Leistungserbringern, welche mahnten, bei Veränderungen in der Leistungserbringung der finanziellen Abgeltung erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Um der in der Vernehmlassung geäusserten Besorgnis Rechnung zu tragen, Leistungserbringer könnten ihr Wissen und ihre Praxiskenntnisse zu wenig einbringen, wurden zwei Gelegenheiten dazu geboten. Die Tagung zur Psychiatrieplanung der GDK vom 24. Mai 2007, welche primär für die politischen Entscheidungsträger einberufen wurde, ist den Leistungserbringern geöffnet worden. Die rege Teilnahme zeugte von deren Interesse.

Zudem setzte das Zentralsekretariat im Juni 2007 eine Begleitgruppe mit Vertretern der Organisationen der Leistungserbringer und von santésuisse ein. Bis anfangs November arbeitete diese Finanzierungsprobleme bei Veränderungen des Leistungsangebotes gegenüber Krankenversicherern, Invalidenversicherung und den Kantonen auf. Zudem wurden weitere Überlegungen zu den im Leitfaden geforderten Modellprogrammen angestellt (vgl. dazu die Thesen der Begleitgruppe zuhanden der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ vom 15.11.07). Und an der gemeinsamen Sitzung mit der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ vom 6. November 2007 wurden Wünsche mit Bezug auf die definitive Fassung des Leitfadens diskutiert.

Zusammenfassung

- a) Der vorliegende Leitfaden ist eine Ergänzung zu den allgemeinen Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung (1997, revidiert 2002) und zum Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung vom Juli 2005. Während die früheren Dokumente sich auf die somatische Akutversorgung konzentrierten, fokussiert der vorliegende Leitfaden auf die spezifischen Bedürfnisse in der psychiatrischen Versorgung. Formal folgt man hier aber bewusst dem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung.
- b) Mit dem Leitfaden wollen drei hauptsächliche Ziele erreicht werden: (1) Unterstützung der Kantone bei der Planung einer dem KVG genügenden psychiatrischen Versorgung. (2) Adäquatere Berücksichtigung der ambulanten Leistungserbringung im Rahmen der Spitalplanung. (3) Die Durchführung von Modellprogrammen zu stimulieren, da sie eine unverzichtbare Voraussetzung sind, um Elemente der psychiatrischen Versorgung patientengerecht zu entwickeln.
- c) Der Einschluss der ambulanten Versorgung in die Psychiatrieplanung ist zur Erfüllung von Art. 32 KVG unverzichtbar, weil der Umwelt der Erkrankten sehr erhebliche Bedeutung in der Prävention, dem Krankheitsgeschehen und in den facettenreichen Rehabilitationsbemühungen zukommt. Die Fachliteratur weist zudem nach, dass die Inanspruchnahme stationärer Leistungen, insbesondere aber die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Kliniken, durch bedürfnisgerechte ambulante Leistungserbringung gesenkt werden kann.
- d) Die Arbeiten am Leitfaden knüpften einerseits an am Bericht der Ad-hoc-Gruppe „Psychiatrische Versorgungsstrukturen“ im Anhang II des Strategieentwurfs „Psychische Gesundheit - Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“ (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, Februar 2004). Dort wurde u.a. darauf insistiert, dass Modellprogramme mit der dazugehörigen Evaluation zum „Standard-Vorgehen“ bei der graduellen Neuorientierung der psychiatrischen Versorgung in der Schweiz werden sollte. Andererseits bildet der WHO-Bericht „Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen“ (WHO, 2006) eine weitere Grundlage des vorliegenden Leitfadens.
- e) Wenn die Psychiatrieplanung eines Kantons mehr will als eine angepasste Fortschreibung, dann ist es angezeigt, wegleitende Versorgungsprinzipien (z.B. „dezentral“) zu formulieren. Diese sind dann aber so zu gestalten, dass sie zur Überprüfung geeignet sind.
- f) Insbesondere unter Bezug von Vergleichen mit dem Ausland ergeben sich Hinweise auf einen Mangel an teilstationären und gemeindenahen Infrastrukturen sowie

auf psychiatrischen Abteilungen in somatischen Akutspitälern. Kliniken bleiben allerdings auch in der Zukunft relevant.

- g) Mittel- und langfristig scheint eine Reduktion des Bettenangebots in der Erwachsenenpsychiatrie möglich. Dies legen auch Vergleiche mit dem europäischen Ausland nahe (vgl. Kapitel 8.2). Dabei wird eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt. Zukünftig sollten mehr als die Hälfte der für die psychiatrische Versorgung eingesetzten Mittel für Leistungen in ambulanten und teilstationären Strukturen (Prävention eingeschlossen) verwendet werden.

Es werden Versorgungsregionen definiert, deren psychiatrische Dienste für den überwiegenden Teil der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sind, und es wird eine „integrierte“ Versorgung unter Einbezug von niedergelassenen Psychiatern, Grundversorgern¹, Spitexdiensten, somatischen Spitälern und weiteren Diensten angestrebt.

Bereits mittel- oder sogar kurzfristig sind auch mobile Teams vorzusehen. Zudem sollen die institutionellen Verbindungen zur Rehabilitation und Eingliederung verstärkt werden. Niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern sollen Verträge zur integrierten Versorgung angeboten werden.

- h) Der systematischen Informationsbeschaffung, der Prüfung der Bettenbelegung (mit Bezug auf Diagnosegruppen auch in Vergleich mit andern Kliniken), der Analyse der Verbindungen zwischen stationären, teilstationären sowie ambulanten Leistungen und der Evaluation soll vermehrt Beachtung geschenkt werden.
- i) Für die Prognose des Leistungsbedarfs sind Vergleiche mit anderen Leistungserbringern und der Bezug von ausländischen Planungsdokumenten angezeigt. Der kontinuierlichen Verarbeitung von Resultaten aus Modellprogrammen kommt für mittelfristige Prognosen zudem erhebliche Bedeutung zu.
- j) Effiziente, effektive und wirtschaftliche Leistungserbringung ist dann am ehesten zu garantieren, wenn die Zielsetzungen für mittel- und längerfristige Planungsperioden auf eine Art und Weise formuliert sind, dass sie überprüfbar werden. Auf Grund der Eruierung der Zielerreichungsgrade sind dann in einer Art rollender Planung Anpassungen vorzunehmen.
- k) Dem Durchführen von Modellprogrammen / Modellversuchen / Pilotprojekten soll in den kommenden Jahren erstrangige Bedeutung zukommen. Dabei wird (wie im Anhang II dargestellt) nicht Neuland beschritten. Neu ist aber, dass über die Kanto-

¹ Zu den Grundversorgern zählen Ärzte und Ärztinnen mit Praxistätigkeit und Facharzttitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, sowie Ärzte und Ärztinnen mit dem Weiterbildungstitel „Praktischer Arzt“.

ne hin eine gewisse Abstimmung bei diesen Anstrengungen zur Fundierung des Handlungswissens zu erfolgen hat.

Die spezifischen Ausprägungen für ein Angebot sind zum Beispiel je zu finden für eine grössere Stadt und für ländliche Gebiete, für je verschiedene Mitträger (z.B. Sozialdienste oder niedergelassene Psychiater), für unterschiedliche Kombinationen der Leistungen und für verschieden lange Zeitperioden (ein Jahr bis drei Jahre). Zudem braucht es ähnliche Versuche mit unterschiedlicher personeller Dotierung.

- l) Planerisch sind je auch die Spezifitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Alterspsychiatrie sowie der Forensik zu berücksichtigen. Über alle drei Elemente der Leistungserbringung sind in der Regel interkantonale Zusammenarbeit und regionale Prioritätensetzung angezeigt.
- m) Die aktuell geltenden Regeln zur Finanzierung müssen unter den veränderten Ausprägungen der Leistungserbringer angepasst werden. Versicherer sind von Anfang an in die Planung einzuschliessen.

Résumé

- a) Ce guide s'inscrit en complément des recommandations générales de la CDS concernant la planification hospitalière (1997, révisées en 2002) et du Guide pour une planification hospitalière liée aux prestations de juillet 2005. Alors que les anciens documents se concentraient sur les soins somatiques aigus, le présent guide traite des besoins spécifiques de la prise en charge psychiatrique. Sur le plan formel, on s'en tient toutefois ici volontairement au guide pour une planification hospitalière liée aux prestations.
- b) Le guide se propose d'atteindre trois buts principaux: (1) soutien des cantons à une planification des soins psychiatriques répondant aux exigences de la LAMal; (2) prise en compte plus adéquate des prestations ambulatoires dans le cadre de la planification hospitalière; (3) soutien à l'exécution de programmes-modèles, car ils constituent une condition incontournable pour développer des éléments de soins psychiatriques qui soient en conformité avec le patient.
- c) La prise en compte des prestations ambulatoires dans la planification de la psychiatrie est indispensable pour répondre à l'art. 32 LAMal, car l'environnement du patient joue un rôle primordial en prévention, dans l'évolution de la maladie et dans les multiples facettes des mesures de réadaptation. De plus, la littérature spécialisée démontre que le recours aux prestations hospitalières, en particulier la durée d'hospitalisation en clinique psychiatrique peuvent être modifiés dans le sens d'une réduction grâce à des prestations ambulatoires conformes aux besoins.
- d) Les travaux liés au guide s'inscrivent d'une part en prolongement du rapport du groupe ad hoc "Structures de prise en charge psychiatrique" en annexe II du projet de stratégie "Santé psychique – stratégie nationale pour la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique en Suisse" (Politique nationale suisse de la santé, février 2004). Entre autres, le rapport insistait sur le fait que des programmes-modèles, et avec eux une évaluation pertinente devaient établir une "procédure standard" lors de la réorientation graduelle des soins psychiatriques en Suisse. D'autre part, le rapport de l'OMS "Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions" (OMS, 2006) constitue une autre base du guide présenté ici.
- e) Si la planification psychiatrique d'un canton vise à obtenir davantage qu'une adaptation du statu quo, il est alors indiqué de formuler des principes directeurs de prise en charge (p. ex. "prise en charge décentralisée"). Ils devront toutefois être conçus de manière à pouvoir faire l'objet d'un réexamen.
- f) Une pénurie d'infrastructures semi-hospitalières et de proximité ainsi que dans les divisions psychiatriques d'hôpitaux de soins somatiques aigus apparaît en particu-

lier lorsqu'on se réfère à des comparaisons avec l'étranger. Les cliniques continuent toutefois de jouer un rôle important à l'avenir.

- g) Une réduction de l'offre de lits dans la psychiatrie d'adultes semble possible à moyen et à long terme. Des comparaisons avec d'autres pays européens le suggèrent également (cf. chapitre 8.2). On présuppose pour cette réduction une structuration minutieuse du domaine semi-hospitalier et ambulatoire. A l'avenir, plus de la moitié des moyens engagés en faveur des soins psychiatriques devraient être affectés à des prestations dans les structures ambulatoires et semi-hospitalières (y compris la prévention).

Sont définies des régions de prise en charge dont les services psychiatriques sont atteignables par la grande majorité de la population dans les 30 minutes. On vise aussi à une prise en charge "intégrée" avec la participation de psychiatres établis, de médecins de premier recours², de services d'aide et de soins à domicile, d'hôpitaux somatiques et autres services.

Des équipes mobiles sont également à prévoir à moyen ou même à court terme. En outre, il s'agit de renforcer les liens institutionnels avec la réadaptation et la réinsertion. Aux psychiatres et médecins de premier recours établis on offrira la possibilité de conclure des contrats relatifs à la prise en charge intégrée.

- h) On vouera une attention accrue à l'obtention systématique de l'information, à l'examen de l'occupation des lits (dans les groupes diagnostiques, également en comparaison avec d'autres cliniques), à l'analyse des liaisons entre prestations hospitalières, semi-hospitalières et ambulatoires, de même qu'à leur évaluation.
- i) Des comparaisons avec d'autres prestataires et le recours à des planifications étrangères sont indiqués pour évaluer le besoin en prestations. Une importance considérable doit de plus être accordée pour les prévisions à moyen terme au traitement continu des résultats des programmes-types.
- j) Une fourniture de prestations efficiente, efficace et économique est le plus à même d'être garantie lorsque les objectifs d'une période de planification à moyen ou long terme sont formulés de telle manière qu'ils soient vérifiables. Des adaptations seront ensuite apportées, au sens d'une planification adaptée en permanence, sur la base d'une détermination du degré de réalisation des objectifs.
- k) On attachera une importance primordiale à l'exécution de programmes-modèles, d'essais et de projets pilotes au cours des années à venir. Comme le montre l'an-

² Par les médecins de premier recours on entend les médecins en pratique privée porteurs du titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne ou en médecine d'enfants et d'adolescents, ainsi que les médecins porteurs du titre de formation postgrade de médecin praticien.

nexe II, la démarche dans ce contexte n'est pas inédite. Ce qui est nouveau, en revanche, c'est qu'il s'agit d'instaurer à travers les cantons une certaine harmonisation des efforts visant à consolider le savoir-faire.

Les spécificités des prestations offertes sont à rechercher par exemple pour une ville d'une certaine importance et pour des régions rurales, pour diverses institutions de soutien (p. ex. services sociaux ou psychiatres établis), pour différentes prestations combinées et pour des périodes plus ou moins longues (de un à trois ans). De plus, il s'agit d'entreprendre des essais similaires avec des dotations de personnel différentes.

- l) Au chapitre de la planification, on tiendra compte également des spécificités de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, de la psychogériatrie et de la psychiatrie forensique. En règle générale, une collaboration intercantonale et une fixation régionale des priorités sont indiquées à travers les trois éléments de prestations cités.
- m) Les règles de financement en vigueur devront être adaptées en fonction des mutations intervenues au niveau des prestations. Les assureurs seront inclus d'emblée dans la planification.

Summary

- a) This guide is a supplement to the general GDK recommendations on hospital planning (1997, revised 2002) and the guide to performance-oriented hospital planning of July 2005. Whereas the earlier documents concentrated on somatic acute treatment, the present guide focuses on the specific needs in psychiatric health care. Formally, however, it follows the guide to performance-oriented hospital planning.
- b) We want to achieve three main objectives with the guide: (1) Support the cantons in planning psychiatric health care that conforms to the KVG. (2) Make greater allowance in hospital planning for out-patient service provision. (3) Stimulate the implementation of pilot programmes because they are an essential requirement in developing elements of psychiatric treatment in a patient-oriented way.
- c) The inclusion of out-patient care in psychiatric planning is essential to satisfying Art. 32 KVG because very considerable importance is attached to patients' environment in the prevention, development of disease and the diverse rehabilitation efforts. In addition, the specialist literature provides evidence that the utilisation of in-patient services, but particularly the length of stays in psychiatric hospitals, can be reduced by need-based provision of out-patient services.
- d) The work on the guide tied in with the report of the ad hoc group "Psychiatric care structures" in Appendix II of the draft strategy "Mental Health – national strategy to protect, foster, maintain and restore the mental health of the population in Switzerland" (Swiss national health policy, February 2004). One of the points insisted upon was that pilot programmes together with their evaluation should become "standard procedure" in the gradual re-orientation of psychiatric health care in Switzerland. At the same time, the WHO report "Mental health: facing the challenges, building solutions" (WHO, 2006) provides a further basis for this guide.
- e) If the aim of psychiatric planning for a canton is more than just an updating of what already exists, different treatment principles (e.g. "decentralised") need to be formulated. However, these must be designed in a way that evaluation is possible.
- f) Particularly if comparisons are made with other countries, there is evidence of a lack of community-based infrastructure as well as psychiatric departments within acute somatic hospitals in Switzerland. However, clinics will still remain relevant in the future.
- g) In the medium and long term it seems feasible to reduce the number of beds for adult psychiatry. This is further supported by comparison to other European countries (cf. chapter 8.2). In order to achieve this, careful structuring of out-patient care

will be a prerequisite. In the future, more than half of the resources used for psychiatric care are to be utilised for services in out-patient structures (including prevention).

Healthcare regions are defined whose psychiatric services are accessible to the vast majority of the population within 30 minutes, and the target is “integrated” care which involves psychiatrists in office practice, GPs³, homecare, somatic hospitals and other services.

Mobile teams are also planned in the medium or even short term. Furthermore, the institutional links are to be strengthened for rehabilitation and integration. Psychiatrists in office practice and GPs are to be offered integrated care contracts.

- h) Greater attention is to be paid to the systematic gathering of information, checking of bed occupancy (with reference to diagnostic groups and in comparison with other clinics), analysis of links between in-patient and out-patient services, and more weight has to be put on evaluation.
- i) Comparison with other service providers and reference to planning documents from abroad are recommended in order to forecast the service need. Considerable importance is also attached to the continuous processing of results from pilot programmes for the purposes of medium-term forecasting.
- j) The best way to guarantee efficient, effective and economical service provision is to formulate targets for medium and longer-term planning periods in such a way that they can be evaluated. Depending on the degree to which targets have been achieved, adjustments should then be made in a kind of rolling planning.
- k) In the coming years, top priority will be given to carrying out pilot programmes / pilot trials / pilot projects. This will not involve breaking new ground (as set out in Appendix II). What is new, however, is that these efforts are to be coordinated across the cantons in order to provide the foundations for procedural knowledge in this field.

In terms of service provision, the specific characteristics must be identified for larger cities as well as rural areas, for different providers (e.g. social services or psychiatrists in office practice), for different combinations of services and for periods of varying length (one year to three years), for example. In addition, similar attempts with different levels of staffing are needed.

³ In the present context, the term „General Practitioner“ encompasses doctors in office practice having a specialist degree in general medicine, internal medicine and child and youth medicine, as well as doctors with a postgraduate degree as “practical doctor”.

- l) The specific features of paediatric and juvenile psychiatry, geriatric psychiatry and forensics also have to be considered for planning purposes. Inter-cantonal cooperation and regional priority-setting are generally recommended for all three elements of service provision.

- m) The currently valid rules on financing must be adjusted to take account of the changed characteristics of the service providers. Insurers must be included in the planning process from the outset.

1 Ziele

Mit diesem Leitfaden wollen drei miteinander verbundene Ziele erreicht werden:

- *Hilfe bieten, um kantonal und interkantonal eine den Vorgaben des KVG genügende Planung erarbeiten zu können.*

Dabei können sowohl das Planungsmodell wie die einzelnen Planungsetappen grundsätzlich aus dem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung (GDK, Bern, Juli 2005) übernommen werden.

- *Deutlich machen, dass der ambulanten Versorgung, welche nicht unter die Planungspflicht nach KVG Art. 39 fällt, substantielle Bedeutung zukommt.*

Im Feld der psychiatrischen Versorgung existieren für einen stationären Aufenthalt in bedeutend breiterem Umfang Substitutionsmöglichkeiten als in der somatischen Akutmedizin – allerdings sind diese in der Psychiatrie dann öfters patientenbezogen zu wählen. Damit wird es unverzichtbar, die ambulanten Strukturen und Prozesse in die Spitalplanung einzubeziehen. In der psychiatrischen Versorgung werden teilweise nicht dieselben Begriffe für nicht-stationäre Behandlungskategorien verwendet wie im akut-somatischen Bereich. Allerdings bietet der Tarmed Positionen an, um Ähnliches abzugelten, siehe KI-02.04-1 und KI-02.04-4.

- *Aufzeigen, dass das Durchführen von Modellprogrammen unverzichtbar ist.*

Das aktuell als gesichert geltende Wissen mit Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 32 KVG) ist bei Elementen der psychiatrischen Versorgung substantiell bescheidener als im stationären, akut-somatischen Bereich. Um zu planungssteuernden Erkenntnissen zu gelangen, bieten sich Modellprogramme an. Mit dem vorliegenden Leitfaden will die Einsicht in die Notwendigkeit von Modellprogrammen gefördert werden.

1.1 Hilfe bieten, um eine dem KVG genügende Planung zu erarbeiten

Der Leitfaden soll kantonalen Gesundheitsdirektionen dazu dienen, die gesetzlich mandatierten planerischen Aufgaben im Kontext von Herausforderungen anzugehen, wie sie sich für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung stellen.

Der Leitfaden wird kantonalen Ausprägungen der psychiatrischen Versorgung nicht im Detail Rechnung tragen können. Zum einen sind die jeweiligen Bedingungen öfters komplexer, als dass ihnen mit generelleren Regelungsvorstellungen Genüge getan werden könnte. (So will zum Beispiel ein Kanton mehrere gerontopsychiatrische Abteilungen in der psychiatrischen Klinik führen, weil dadurch Pflegeheime entlastet werden – ein anderer Kanton setzt sich hingegen dafür ein, dass nur ausnahmsweise betagte

Patienten, und dann nur für kurze Zeitperioden, in die Klinik eintreten). Zum anderen vermögen Empfehlungen dieses Leitfadens lange nicht in jedem Kanton 1:1 umgesetzt zu werden, weil die zwingende Verpflichtung zur Bevölkerungsnähe in einer Stadt etwas Anderes bedeutet als im ländlichen Raum und erst recht als in einer dünn besiedelten Region.

Bei den zentralen Elementen zur Zielerreichung werden dabei grundsätzlich das Planungsmodell und die Planungsetappen des Leitfadens zur leistungsorientierten Spitalplanung (Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, Juli 2005) übernommen.

Die beiden hauptsächlichen Gründe für dieses Vorgehen liegen darin, dass die gesetzlichen Bestimmungen für den stationären, akut-somatischen Bereich die gleichen sind wie für das Feld der Psychiatrie (KVG Art. 32 Abs. 1; Art. 39; Art. 43 Abs. 6; Art. 46 Abs. 4; Art. 49 Abs. 7). Dazu kommt, dass es sich beim Planungsmodell für die stationäre, akut-somatische Versorgung um eine angepasste Ausgabe des allgemeinen Problemlösungszykluses handelt. Obwohl in der vorliegenden Unterlage öfters auf Unterschiede zur somatischen Akutversorgung verwiesen wird, zeigt nichts darauf, dass ein spezifisches Planungsmodell für die Psychiatrie zwingend wäre.

Mit der Verwendung des gleichen Planungsmodells wie im Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ und damit auch der Verwendung der formellen Planungsetappen kann zudem der krankensicherungspolitischen Öffentlichkeit angezeigt werden, dass beide planerischen Vorgehensweisen rekurstauglich angelegt sind.

Allerdings existieren zwischen der Versorgung von somatisch erkrankten Patienten und Unfallpatienten einerseits sowie der Versorgung psychiatrischer Patienten andererseits sehr erhebliche Unterschiede (auf einen grösseren Ausschnitt aus diesen Unterschieden wird im Anhang I aufmerksam gemacht).

Mit Blick auf die Legislativgeschichte und auf die sich schon seit mehreren Jahren abzeichnenden Herausforderungen in der psychiatrischen Versorgung kann konstatiert werden, dass ein Teil der gesetzlichen Bedingungen mit ihrem Gewicht auf der stationären Versorgung für planerische Bemühungen in der Psychiatrie wenig tauglich ist. Da aber Änderungen des KVG zu Gunsten einer psychiatrienäheren Planung sehr aufwändig ausfallen dürften (und planerische Anstrengungen in der nahen Zukunft verzögern würden), scheint es aktuell angezeigt, mit den gültigen rechtlichen Bedingungen zu planen.

1.2 Einschluss der ambulanten Versorgung in die Spitalplanung

Der Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung beschränkt sich im wesentlichen auf den stationären, akut-somatischen Bereich. Selbstverständlich wird dabei dem Ausstesten ambulanter und teilstationärer Leistungserbringung Relevanz beigemessen.

In der Psychiatrieplanung kommt dann in der ambulanten Leistungserbringung dem Engagement der öffentlich mandatierten Psychiatrie – im Gegensatz zur Psychiatrie, welche von privaten Trägern erbracht wird – sehr erhebliche Relevanz zu. Dabei sind die Konzeptualisierung der Einflussgrössen auf medizinische und pflegerische Entscheide zur ambulanten diagnostischen Abklärung und die Durchführung von Therapien in der Psychiatrie komplexer anzulegen als in der somatischen Akutmedizin.

Obwohl aussermedizinische Faktoren mit Bezug auf das Setting für akutmedizinisches Handeln auch ihre Bedeutung haben (zum Beispiel wird ein hochbetagter, allein stehender Privatversicherter, der in sehr erheblicher Distanz zum Spital wohnt, mit grösserer Wahrscheinlichkeit für seine Augenoperation hospitalisiert als der Durchschnitt der von Ophthalmologen operierten Patienten), fällt ihre Zahl für die Erklärung von stationären Aufenthalten kleiner aus als in der Psychiatrie.

Zwar ist der Umfang der Faktoren, die einen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie zu deuten vermögen, dann nur minimal grösser als jener zur Bestimmung eines Aufenthaltes in der somatischen Akutmedizin. Aber einzelnen dieser Faktoren kommt in der Psychiatrie ungleich höherer Erklärungswert zu. (Um nur einige unterschiedliche Faktoren aufzuführen: Selbstgefährdung, Fremdgefährdung, Verwahrlosung, Fehlen eines tragfähigen sozialen Netzes.)

Im Vergleich zur akutsomatischen Medizin fallen also in der stationären psychiatrischen Versorgung Einflussgrössen, welche ausserhalb des Medizinischen (u.a. im sozialen Feld) liegen, mehr Bedeutung zu. Damit ist auch klar, dass in der Psychiatrie andere Einflussgrössen mit zum Tragen kommen als in der somatischen Akutmedizin.

Damit ist wieder angetönt, dass es sich bei der vom KVG mandatierten Planung für den stationären, akut-somatischen Bereich inhaltlich öfters um wesentlich Anderes handeln muss als bei der Psychiatrie.

Es kommt dazu, dass sich in der psychiatrischen Versorgung in grösserem Umfang Substitutionsmöglichkeiten für einen stationären Klinikaufenthalt anbieten als in der somatischen Akutversorgung. Welches Ausmass mit Bezug auf die Reduktion von Aufenthaltstagen in psychiatrischen Kliniken zu erreichen ist, kann nicht abgeschätzt werden. Internationale Vergleiche und rigoroses Gegenüberstellen von Leistungserbringern in der Schweiz (z.B. im Rahmen des Konzeptes von small–area analyses) sollen in den kommenden Jahren aufzeigen, wo die Aufenthaltsdauern reduziert wurden.

Die vorangehenden Hinweise auf die Reduktion von Klinikeintritten und Klinikaufenthaltsdauern zeigen ausschliesslich auf ein Potenzial. Entscheidend ist aber, dass unter schweizerischen Bedingungen noch kein gesichertes Erfahrungswissen zum Handeln darüber existiert, wie dieses Potenzial in die Praxis umzusetzen ist. Dies hängt damit zusammen, dass oft keine direkte Substitution (zum Beispiel erheblich mehr Plätze in Tageskliniken und/oder eine stärkere Dotierung für ambulante Konsultationen und gleichzeitig eine konsequente Reduktion von Klinikbetten) geplant werden kann. Es sind vielmehr Erfahrungen aufzuarbeiten, welche Strukturen und Prozesse sich für welche Patientengruppen unter den veränderten Bedingungen zur Leistungserbringung als am effektivsten erweisen.

Wenn diese Komplexität gegenwärtig ist, dann muss klar werden, dass aktuell ein konsequentes Optimieren der Leistungserbringung mit Bezug auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (KVG Art. 32) nicht primär über die Umsetzung einer bis ins Detail durchstrukturierten Planung zu erfolgen vermag. Zwar sind und bleiben planerische Orientierungswerte unabdingbar. Aber die Planungselemente müssen so flexibel gehalten werden, dass Anpassungen im Interesse von Patientengruppen möglich bleiben. Weil das in der Schweiz bisher aufgearbeitete Wissen in diesem Feld noch nicht genügend ist, muss zwangsläufig schrittweise vorgegangen werden.

Diesem Tatbestand wird noch zu wenig oft Rechnung getragen, müsste doch konsequenterweise die Mehrzahl psychiatrischer Therapien in Forschungsprojekte eingeschlossen werden. Wenn man mit der Institutionalisierung eines Lernprozesses nicht so weit gehen möchte, wie dies in Deutschland mit den „Kompetenznetzwerken für die Medizin“ zu erreichen versucht wird, dann ist wenigstens durch die Leistungserbringer in der Psychiatrie aufzuzeigen, welche substanziellen Probleme sich in der psychiatrischen Versorgung ergeben, damit dann über die gesundheitspolitische Prioritätensetzung ein Teil dieser Probleme planerisch angegangen werden kann.

Hier bleibt festzuhalten, dass im Gegensatz zur Planung der stationären, akut-somatischen Versorgung in der Psychiatrieplanung die ambulante Leistungserbringung in ihrer facettenreichen Ausprägung intensiv mitbearbeitet werden muss.

1.3 Das Durchführen von Modellprogrammen ist unverzichtbar

Eine strategische Planung kann nie auf die Analyse des Feldes verzichten, welches durch planerische Vorgaben und Massnahmen verändert werden will. Ein (bewusster oder nicht bewusster) Verzicht würde zur Fortschreibung von nicht-reflektierten Elementen des Status quo führen.

Diese Analyse wurde anlässlich der Behandlung des Schwerpunktelementes Psychische Gesundheit – Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und

Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz im Rahmen der Arbeiten der Nationalen Gesundheitspolitik (2003 und 2004) geleistet.

Vier Planungsverantwortliche in der Psychiatrie, d.h. die sog Ad-hoc Gruppe Psychiatrische Angebotsstrukturen, haben jeweils ein Problem konzise skizziert, um dann zuhanden der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz eine Empfehlung zu formulieren.

Insgesamt wurden 31 „Grundlegende Probleme“ geortet. Ihnen ist je eine „Empfehlung“ beigeordnet, welche planerisch zu bearbeiten ist. Probleme und Empfehlungen sind im Kapitel 4 „Planungsetappen“ verarbeitet worden, soweit sie im Kontext einer Spitalplanung nach KVG Art. 39 berücksichtigt werden konnten.

Wenn dann ein Teil der Empfehlungen der Ad-hoc Gruppe keine Berücksichtigung findet, so ist dies einerseits auf den Objektbereich der vom KVG mandatierten Spitalplanung und andererseits auf die Notwendigkeit zur Reduktion der planerischen Komplexität für die politische Instanz (siehe dazu im Anhang 8.4) zurückzuführen.

Auch wenn die von den Autoren (Ad-hoc Gruppe) des Berichtes „Psychiatrische Versorgungsstrukturen“ skizzierten Probleme lange nicht jedes kantonale Gesundheitswesen in gleichem Umfang betreffen, präsentiert sich noch immer sehr Komplexes. Um diese Komplexität über die Zeit reduzieren zu können, sind die konsequente Evaluation der planerischen Massnahmen und das Arbeiten mit Modellprogrammen unabdingbar.

Die Ad-hoc Gruppe wies dem Austesten, Versuchen und Modellprogrammen prominente Bedeutung zu. Die übergeordneten Empfehlungen (S. 15 des Expertenberichtes) starten mit „1. Die psychiatrische Versorgung in der Schweiz wird geeignet (gesamthaft oder projektartig) evaluiert und dokumentiert.“ Und der Bericht schliesst dann in der Empfehlung 31 (S. 44) mit einem Plädoyer für Modellprogramme, welche „auch für die Schweiz zu einem Standard-Vorgehen werden sollen“.

Die Autoren zeigten damit an, dass der Planungsprozess wesentlich über ein Suchen mit Hilfe von Evaluationsprojekten und ein Herantasten an Erfolgversprechendes mit Hilfe von Modellprogrammen zu verlaufen hat.

In einigen Kantonen hat man schon auf der Basis sorgfältigen Eruiens von Schwachstellen mit einer Art rollender Planung begonnen (z.B. Basel-Landschaft, Genf, Zürich). In anderen Kantonen sollten die zu präsentierenden Planungsetappen zu einem strukturierten Vorgehen verhelfen. Grundsätzlich allen Kantonen bleibt aber die Aufgabe, die Leistungserbringer auf die Evaluation zu verpflichten und (gemeinsam, in Abstimmung mit anderen Kantonen) Modellprogramme zu erarbeiten.

Politik hat Veränderungen in Gang zu setzen

Tom Burns erklärte die Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung in den vergangenen Jahren über drei Faktoren: Der säkulare Wandel zeitigte eine Anzahl von Einflüssen, welche auch dazu führten, dass die professionelle Autonomie in der Psychiatrie substanziell erodierte. Neue Medikamente hätten zudem bei diesem wichtigen Element der Psychiatrie dazu geführt, dass Varianten in der Behandlung zur Diskussion gestellt werden können. Am Wichtigsten sei aber die politische Einflussnahme gewesen. Obwohl primär für Grossbritannien, die USA, Deutschland und Kanada gemeint, gelten diese Faktoren wahrscheinlich für die meisten entwickelten Gesundheitswesen. Der dritte Faktor, die politische Einflussnahme, zeigt auf die nun anstehende Herausforderung in der Schweiz. Ähnlich wie in der somatischen Medizin, wo es in der jüngeren Vergangenheit um politisch durchgesetzte Spitalschliessungen und / oder um Reduktionen der Bettenzahlen ging, handelt es sich bei den anstehenden Planungen für die psychiatrische Leistungserbringung darum, dass politische Instanzen Weichenstellungen vornehmen.

Allerdings präsentiert sich eine solche Psychiatrieplanung als sehr facettenreich. Obwohl Art. 39 KVG die stationäre Leistungserbringung ins Zentrum stellt, muss eine kunstgerechte Psychiatrieplanung das gesamte Feld psychiatrischer Leistungserbringung anvisieren: Die Durchlässigkeit der Strukturen zur Leistungserbringung ist ein unabdingbares Mandat. Und: während das KVG auf Institutionen zielt, gehört zu einer neuzeitlichen Psychiatrieplanung ein möglichst konsequentes Ersetzen einer Institutionenorientierung durch ein zeitgemässeres „Begleiten“ der einzelnen Patientinnen und Patienten.

Hier steht für die Psychiatrieplanung anderes an, als sich der Gesetzgeber vorstellte: „Nach der Praxis des Bundesrates ... gehört zur Spitalplanung eine Bedarfsanalyse ... sowie die Zuweisung und Sicherung der entsprechenden Kapazitäten durch Leistungsaufträge an die in die Liste aufgenommenen Spitäler. Für die Zuweisung und Sicherung der Kapazitäten sind die Angebote der Leistungserbringer zu evaluieren und Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu erarbeiten. Die Suche nach der im Sinne einer Gesamtbetrachtung wirtschaftlich günstigsten Lösung muss aufgrund objektiver Kriterien erfolgen und hat dem Gebot der Kostenwahrheit zu entsprechen. Die Auswahl darf sich nicht allein nach Kriterien der Wirtschaftlichkeit richten. Ein blosser Zahlenvergleich trüge weiteren wichtigen Kriterien wie der Bereitschaft und Fähigkeit der Spitäler zur Tarifbindung und zur Aufnahme schwieriger Fälle nicht Rechnung. Nur ein umfassender und entsprechend fundierter Vergleich der Angebote trägt dem Gebot der Gleichbehandlung tatsächlich Rechnung. Die Planung bedarf einer laufenden Überprüfung.“⁴

⁴ Bundesratsentscheid in der Beschwerdesache Hohenegg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gegen den Regierungsrat des Kantons Zürich betreffend Zürcher Spitalliste Psychiatrie 2005, Bern, 3. Juni 2005, S. 13.

Im Anhang II werden ausgewählte Elemente der Versorgungsplanung aufgeführt, die im Rahmen einer Veränderungsstrategie von den Kantonen berücksichtigt werden könnten. Sie sind darum aufgelistet, weil Strategien im kantonsübergreifenden Kontext für konzeptuelle Zusammenarbeit zwingend sind.

Dies bedeutet nicht, dass alle Veränderungselemente über eine Planungsperiode von z.B. fünf Jahren von Anfang an verbindlich festzulegen wären. Aber die politischen Instanzen haben ein Anrecht zu erfahren, was zum Zeitpunkt der Inkraftsetzung der Planung als Notwendigkeit für Veränderungen betrachtet wird und welche anderen potenziellen Veränderungselemente zurückgestellt werden, u.a. weil bei diesem Bereich auf Resultate aus anderen Kantonen (anderen Psychiatrieplanungen) zu warten ist, bis aus den rapportierten Resultaten für eine weiterführende Psychiatrieplanung zusätzliche Veränderungen mit einigen Erfolgsaussichten eingeleitet werden können.

Es muss zu einem zentralen Merkmal der Planung für die psychiatrische Versorgung werden, dass ein gemeinsames Lernen stattfindet. Nur so ist es möglich, empirisch fundierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, was in ländlichen Regionen, in Agglomerationen und in Städten in welchen Ausgaben den Geboten zur Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu genügen vermag.

So ist es auch möglich, den Aufwand zur Durchführung von Elementen von Modellprogrammen in den einzelnen psychiatrischen Diensten in vernünftigen Rahmen zu halten. Konzeptuell sorgfältig angelegte und zielgerichtet umgesetzte Modellprogramme verlangen von den Beteiligten erheblichen Arbeitsaufwand. Dieser vermag nur zum kleineren Teil an Spezialisten delegiert zu werden. Entscheidend bleibt immer das Verständnis einer grösseren Gruppe von Mitarbeitenden für Veränderungen, die Motivation unter neuen Bedingungen engagiert Projektelemente anzugehen und ein Engagement für konzeptuell überlegtes Arbeiten über eine längere Zeitphase hin.

Ein Leistungserbringer sollte auf alle diese Erfahrungen nicht verzichten. Nur von anderen kopieren zu wollen, würde in dem Sinne in die Irre führen, als die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht auch miterlebt hätten, wo Schwierigkeiten bei Veränderungen warten und welche „Belohnungen“ resultieren können – für das mittelfristige Gelingen ist das Erleben der Konzeptualisierung, des Prozesses der Umsetzung und des Bewältigens von Schwierigkeiten essenziell.

Kantone sollten also gleichsam ein „natürliches Labor“ bilden um z.B. zu testen, unter welchen Bedingungen eine erfolgreiche berufliche Reintegration im städtischen Rahmen auch ein Potenzial im ländlichen Kontext bietet, um unterschiedliche personelle Dotierung von aufsuchenden Diensten so anzulegen, dass ein hohes Ausmass an Effektivität resultiert oder um Informationen darüber zu erhalten, welche Arrangements einen länger dauernden Einschluss von Grundversorgern in das Netz der psychiatrischen Leistungserbringung versprechen usw.

2 Leitsätze zur Planung/Versorgungsprinzipien

1. Ob der Planung der psychiatrischen Angebotsstrukturen ein eigentliches Leitbild vorangestellt werden soll, muss durch jedes einzelne Planungsgremium selber entschieden werden. Es versteht sich von selbst, dass im vorliegenden Dokument nicht ein Leitbild formuliert werden darf, da es sich bei einem Leitbild um das Ergebnis eines kollektiven Lernprozesses des die Planung gestaltenden Gremiums (resp. der entsprechenden Arbeitsgruppen) handeln muss.

Immerhin kann darauf aufmerksam gemacht werden, dass das Psychiatriekonzept des Kantons Zürich im Kapitel 5 unter „Allgemeine Leitsätze und Menschenbild“ gehaltvolle Diskussionsanstösse für die Erarbeitung eines je eigenen Leitbildes bietet.

2. Aus diesen Grundlagen wurden in der Zürcher Planung (S. 56f) dann „Leitsätze für die psychiatrische Versorgung“ abgeleitet:
 - Die psychiatrischen Angebote sollen patientenorientiert sein, d.h. sie sollen so ausgestaltet sein, dass der einzelne Betroffene seinem Anliegen gemäss behandelt werden kann. Dabei sollen psychiatrische Einrichtungen auch besonderen Bedürfnissen gerecht werden, insbesondere solchen, die mit dem Geschlecht, dem Lebensalter, dem kulturellen Hintergrund oder dem körperlichen Gesundheitszustand zusammenhängen.
 - Grundlage der Behandlung soll ... eine mitmenschlich tragende Beziehung zwischen Betreuenden und Patientinnen und Patienten sein. Die Psychiatrie, insbesondere deren Institutionen, hat den Auftrag ... auf Infrastrukturen hinzuwirken, die Mitmenschlichkeit und Kontinuität in der Behandlung erleichtern.
 - Die therapeutischen Angebote sollen im Sinne der „Hilfe zur Selbsthilfe“ die vorhandenen Ressourcen von Patientinnen und Patienten beachten und die vorhandenen Fähigkeiten möglichst stärken, damit die Betroffenen ihre Identität, ihre Würde und ihr Selbstvertrauen bewahren oder wiedererlangen können.
 - Das therapeutische Angebot soll möglichst leicht erreichbar sein. Notfalleinrichtungen sollen rund um die Uhr zur Verfügung stehen.
 - Die zunehmende Spezialisierung in der Psychiatrie soll – im Einverständnis mit den Patienten – über die Koordination der beteiligten Personen und Institutionen den Patienten zum Vorteil werden.
 - Das in der Gemeinde vorhandene Potential an sozialer Unterstützung, an Hilfe und Pflege, an Freizeitangeboten und Arbeitsmöglichkeiten soll vorrangig, vor der Errichtung spezieller Institutionen, genutzt werden.
 - Die Patientenrechte sind im Sinne der europäischen Menschenrechtskonvention auszugestalten.

Auf ähnlicher Ebene liegen die Versorgungsprinzipien, welche für das Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft⁵ Geltung haben. Dort wird angezeigt, welche zehn Grundsätze die Ausgestaltung der psychiatrischen Dienstleistungen bestimmen sollen:

- umfassend
- bedürfnisorientiert
- ganzheitlich
- integrierend
- schützend
- minimal restriktiv
- differenziert und koordiniert
- dezentral
- rehabilitativ
- beziehungsorientiert und kontinuierlich.

In den Planungen deutscher Bundesländer findet man öfters einen direkten Bezug zu den vier Grundprinzipien der Psychiatrie-Enquête (1975): Gemeindenahe Versorgung; bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychiatrisch Kranken; Planung, Koordination und Kooperation aller Dienste in der Versorgungsregion; Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Daraus entstehen dann mehr oder weniger operationalisierte Handlungsanleitungen – so z.B. im 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen, 2000, S. 8 ff. oder im Psychiatrieplan 2000 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, S. 6 ff.

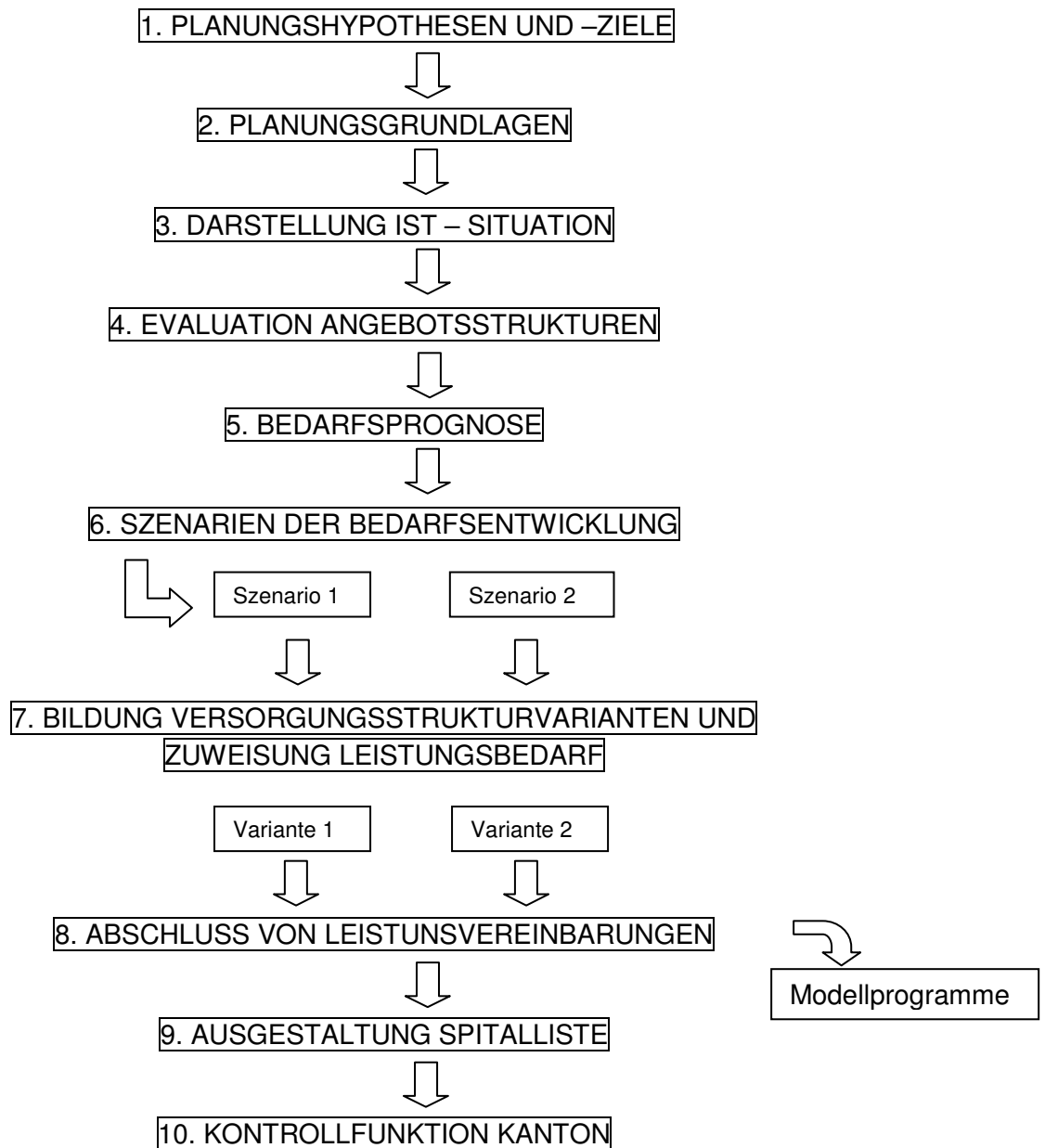
3. Es wird empfohlen, Leitsätze oder Versorgungsprinzipien einer detaillierteren Ausgestaltung der psychiatrischen Leistungserbringung voranzustellen. Im Gegensatz zu manchen bisherigen Planungen muss neu versucht werden, Prinzipien so zu operationalisieren, dass der Umfang ihrer Umsetzung möglichst überprüfbar wird. Dies auch darum, weil man sich mehr und mehr auf eine rollende Planung auszurichten hat – sie verlangt gehaltvollere Informationen zur Steuerung, als man sich bis anhin gewohnt war.

⁵ Kantonale Psychiatrische Dienste, Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal 2003, S. 47.

3 Planungsmodell

Es wird das Planungsmodell aus dem Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung (Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung“ zuhanden des Vorstandes der Schweizerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz, Bern, Juli 2005) übernommen. Dieses Modell kann problemlos auf die KVG-mandatierte Psychiatrieplanung übertragen werden.

Planungsmodell mit 10 Planungsetappen



4 Planungsetappen

4.1 Planungshypothesen und -ziele

4.1.1 Planungshypothesen

Die aus ausländischen Planungsdokumenten und über die Fachliteratur gewonnenen Informationen zeigen auf vielfältige Art und Weise, dass die aktuelle psychiatrische Versorgung in der Schweiz – von den eingesetzten finanziellen Mitteln und von den Strukturen her beurteilt – noch zu viel Gewicht auf das stationäre Element legt (Ausnahmen bestätigen die Regel).

Wenn dann die im Vergleich mit anderen Gesundheitswesen höhere Zahl von Betten auch ausgelastet ist, dürfte das sog. Roemersche Gesetz zur Deutung beigezogen werden: Angebotene Betten werden belegt.

Dieser Tatbestand kann auf Grund von Publiziertem auch so gedeutet werden, dass es noch an genügend präventiven und/oder aufsuchenden und/oder krisenintervenierenden Strukturen und Prozessen fehlt, welche einen Teil der Hospitalisierungen hätten vermeiden können.

Mit Bezug auf Strukturen und Prozesse ist von der Annahme auszugehen, dass es in manchen Regionen an Plätzen für die ambulante Betreuung und an Teams mangelt, welche psychisch Kranke in ihrer angestammten Umgebung betreuen (sog. assertive community treatment). Kriseninterventionen scheinen noch zu oft auf psychiatrische Kliniken zu fokussieren, und Rehabilitationsprozesse vermögen von der Psychiatrie her (mannigfacher Hindernisse wegen) nicht komplex genug angelegt zu werden. Insbesondere mit Bezug auf die vielfältigen Ausprägungen der Rehabilitation (welche öfters nicht wie in der somatischen Medizin auf den Abschluss der Akutphase folgt) dürften die Bedingungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in der Psychiatrie wenig zweckmässige Konditionen setzen.

Das Mandat, kostenintensive Betten in psychiatrischen Kliniken zu reduzieren, bedeutet aber unter keinen Umständen einen radikalen Abbau von (auch schützenden) stationären Angeboten. WHO Euro postuliert als Ansatz „Balanced Care“⁶. „Balanced Care findet im Prinzip ausserhalb des Krankenhauses statt, wobei diesem jedoch eine wichtige Backup-Funktion zukommt. Das heisst, die psychische Gesundheitsversorgung ist in normalen bevölkerungsnahen Settings angesiedelt, und Krankenhausaufenthalte werden möglichst kurz gehalten, die Einweisungen erfolgen umgehend und nur, wenn sie wirklich erforderlich sind.“

⁶ WHO Euro, Was spricht für eine Gemeindepsychiatrie?, Zusammenfassung der Publikation *What are the arguments for community-based mental health care?*, WHO Euro, Copenhagen, August 2003.

Auf der planerischen Ebene ist dann die Feststellung wichtig: „Kosten-Wirksamkeits-Studien über die Auslagerung der Versorgung aus dem Krankenhaus in die Gemeinde und krankenhausexterne Psychiatrieteams haben gezeigt, dass die Qualität der Versorgung eng mit dem Kostenaufwand zusammenhängt.“

Zu WHO Euro gehören wirtschaftlich starke und weniger starke Länder. Deshalb hat diese Organisation ihre Empfehlungen nach den in den Mitgliedländern verfügbaren Ressourcen abzustufen. Für die Schweiz gilt: „Länder mit umfassenden Ressourcen sollten ... eine differenziertere Versorgung anbieten, wie z.B. spezialisierte Ambulatorien und entsprechende Psychiatrieteams in der Gemeinde, eine aufsuchende intensive Betreuung (die so genannte „Assertive Community Treatment“ (ACT)) sowie Alternativen zur akuten Krankenhausversorgung, gemeindenaher Langzeitversorgung in Heimen und berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen.“

4.1.2 Planungsziele

Längerfristig zu verfolgende Ziele

Aktuell werden im öffentlichen Gesundheitswesen je nach Kanton zwischen zwei Drittel und vier Fünftel aller kantonal eingesetzten Mittel für die stationäre Versorgung verwendet. Am Horizont der zukünftigen Bestrebungen sollte die Orientierung stehen, dass mehr als die Hälfte aller öffentlichen Mittel für präventive, aufsuchende und rehabilitative Leistungen in ambulanten Strukturen, die psychiatrische Präsenz im allgemeinen Gesundheitswesen und für Leistungen an Dritte im Rahmen einer integrierten Versorgung eingesetzt werden.

Mittel- und langfristig scheint eine Reduktion des Bettenangebots in der Erwachsenenpsychiatrie möglich. Dies legen auch Vergleiche mit dem europäischen Ausland nahe (vgl. Kapitel 8.2 „Vergleich mit dem europäischen Ausland“). Dabei wird eine sorgfältige Strukturierung des teilstationären und ambulanten Bereichs vorausgesetzt. Werden bestimmte Leistungen von einem Kanton für ein Kantonskonkordat erbracht, wie es zur Zeit im Kanton Genf in der Forensik geplant ist (Projekt Curabilis), sind die Bettenzahlen in diesem Kanton selbstverständlich höher. Darüber hinaus müssen Modellprogramme die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit neuer Versorgungsstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit aufzeigen.

Angesichts der anzustrebenden Reduktion der Bettenzahlen ist den normsetzenden Instanzen klar zu machen, dass die durchschnittliche Bettenbelegung auch auf unter 90% sinken kann. Eine der bedeutsamsten Herausforderungen liegt darin, dass die Zahl der Aufnahmen möglicherweise nicht zurückgehen wird, wohl aber die jeweiligen Aufenthaltsdauern. Damit resultieren Spitzen, wie auch – im Vergleich mit der Vergangenheit – Unterbelegungen. Die Kliniken sollen grundsätzlich in der Lage sein, auch bei Nachfragespitzen qualitativ gut zu arbeiten.

Mit Bezug auf Effizienz und Effektivität der Leistungen resultieren in mehrfacher Hinsicht bedeutende betriebliche Herausforderungen, kann doch der Personalbestand nicht immer auf die Spitzen in der Belegung ausgerichtet sein. Wenn Kliniken hier innovative Lösungen finden, sollten die Kantone bereit sein, diese ausserhalb der Budgetrestriktionen zu unterstützen.

Mittelfristig sollten psychiatrische Dienste in einem Sektor/einer Region für 90% dieser Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Transportmitteln zu erreichen sein. Es liegen ausreichend viele Hinweise vor, dass bei schwerer Erkrankten der Anteil der Therapieabbrecher proportional zur Distanz zu den Leistungserbringern zunimmt.

Niedergelassene Psychiater sind innerhalb geeigneter Versorgungsmodelle für Verträge zur „integrierten Versorgung“ zu gewinnen, abgeschlossen durch die Institution, welcher die psychiatrische Grundversorgung übertragen ist. Dadurch soll die Mitarbeit niedergelassener Psychiater in der ambulanten Leistungserbringung, im somatischen Akutspital, in der sekundären Prävention sowie in der Rehabilitation garantiert werden (zur Definition der Grundversorgung siehe Kapitel 8.3 „Beschreibung der Grundversorgung durch die öffentliche Psychiatrie“) – dies wieder im Rahmen von Modellprogrammen.

In Gebieten aktueller psychiatrischer Unterversorgung sind als Erstes die ambulanten Dienste auszubauen. Kann die psychiatrische Unterversorgung auf diese Weise nicht behoben werden, sind mit Grundversorgern innerhalb geeigneter Versorgungsmodellen Verträge zur integrierten Versorgung durch die Institutionen abzuschliessen, welcher die psychiatrische Grundversorgung übertragen worden ist. (Die finanziellen Aufwendungen dafür werden über die kantonalen Beiträge an die öffentliche psychiatrische Versorgung budgetiert. Es ist darauf hin zu wirken, dass die Versicherer die Hälfte des Aufwandes übernehmen.)

Gelegenheiten zur delegierten Psychotherapie sind durch die Institution, der die psychiatrische Grundversorgung übertragen wurde, über teilzeitliche Anstellungen von entsprechenden Fachpersonen in der ambulanten Versorgung intensiv zu ermöglichen.

Für die aktuelle Planungsperiode geltende Ziele (Illustrationen)

- Die ambulante Versorgung muss in Richtung wirksame präventive, aufsuchende, krisenintervenierende und rehabilitative Strukturen ausgebaut werden.
- Mit mindestens einem mobilen Team pro Sektor soll im Sinne eines Modellprogramms die Behandlung und Betreuung psychisch Erkrankter im häuslichen Umfeld garantiert werden.
- Die psychiatrische Präsenz im allgemeinen Gesundheitswesen will über drei Dimensionen verstärkt werden:

- a) Krisenintervention und sekundäre Prävention sollen für jene Bevölkerungsgruppen, welche in einer Distanz von mehr als 30 Minuten (mit dem öffentlichen Verkehr zu einer psychiatrischen Klinik) leben, 24 Stunden pro Tag in einem somatischen Akutspital angeboten werden,
- b) die institutionellen Verbindungen des Psychiatricentrums zu Institutionen für die längerfristige Rehabilitation, die berufliche Eingliederung und zu Institutionen der IV sowie zur Betreuung Alkoholabhängiger müssen substantiell verstärkt werden (was damit im Einzelnen gemeint ist, ist im Leistungsauftrag festgehalten),
- c) niedergelassenen Psychiatern und Grundversorgern sind von der mit der psychiatrischen Grundversorgung mandatierten Institution Verträge zur „integrierten Versorgung“ anzubieten. Mit integrierter Versorgung ist eine vertragliche Regelung mit niedergelassenen Ärzten gemeint, die noch während des Aufenthaltes eines Patienten in der Klinik für die anschliessende Betreuung involviert werden.

4.2 Planungsgrundlagen

4.2.1 Daten der medizinischen Statistik jährlich analysieren

Die *Medizinische Statistik der Krankenhäuser* ist wertvoll für die Analyse behandelter stationärer Patienten und zur Deutung verschiedener Aspekte der Inanspruchnahme (siehe dazu die 3. Etappe des Planungsmodells).

Der Vergleich mit ausserkantonalen Kliniken zeigt zum Beispiel, wie die Aufenthaltsdauern für Patienten einer Diagnosegruppe – z.B. F2 Schizophrenie oder F3 affektive Störungen – ausfallen. Wenn diese notwendigen Vergleiche durchgeführt werden, so ist selbstverständlich bei der Analyse dem Faktum der Wiedereintritte gebührende Beachtung zu schenken.

4.2.2 Versorgungsdaten konsequent interkantonal vergleichbar machen

Planungsgrundlagen zur stationären und zur ambulanten Versorgung haben in der Regel nur auf der Ebene des eigenen Versorgungsgebietes einen gewissen Informationswert (Angebot an Plätzen, Auslastung, Anzahl von Konsultationen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Diagnosen der Patienten usw.). Dabei sind sehr oft potenziell wesentliche Merkmale von Klienten und ihrer Patientenkarriere nicht im Zusammenhang mit statistischen Informationen eines Versorgungsangebotes verfügbar.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium bietet eine grössere Zahl wertvoller Informationen. Es vermag allerdings nur Daten aufzubereiten, welche von Kliniken und psychiatrischen Diensten zur Verfügung gestellt werden.

Vom Arbeitsaufwand her ist es dann nicht zu verantworten, dass jeder Kanton Vergleichsdaten aus anderen Kantonen beschafft und verarbeitet. Weil ambulante Leistungserbringung in der Zukunft stärker gefördert wird, müssen brauchbare Datensätze für diesen Bereich konstruiert werden, denen Planungsrelevanz zukommt. Dies ist aber nur in der Zusammenarbeit mehrerer Kantone sinnvoll, weil insbesondere die erkenntnisleitende Generierung von Daten einer breit abgestimmten Diskussion bedarf.

4.2.3 Ausländische Planungsgrundlagen beiziehen

Die Konsultation ausländischer Planungsgrundlagen ist darum wichtig, weil auf diese Weise schweizerische Besonderheiten (z.B. die Finanzierung) aus anderer Perspektive vertieft diskutiert werden können. Ausgewählte ausländische Planungsdokumente zeigen auch an, welche planerischen Bemühungen mit Vorteil für die strategische Planung im eigenen Kanton zu beobachten sind (vgl. dazu auch das Kapitel 8.2 „Vergleich mit dem europäischen Ausland“).

Zur Illustration aktuell nur zwei Hinweise, welche für eine vertiefte Würdigung ausführlicherer Argumentation und der Darstellung der jeweiligen Entwicklung während der vergangenen 10 Jahre bedürften: In der Provinz Québec wird darauf gezielt, das Bettenangebot in psychiatrischen Kliniken auf 2 pro 10'000 Einwohner zu senken.⁷ Im Bundesland Niederösterreich sollen 3.5 Plätze für 10'000 Einwohner genügen – dabei werden Betten in Kliniken und Plätze in ambulanten Angeboten addiert, und es wird deshalb nicht mehr von Anzahl Betten pro 10'000 Einwohner gesprochen.⁸

4.2.4 Zusammen mit dem Bundesamt für Sozialversicherung aussagekräftigere Informationen für die psychiatrische Versorgung gewinnen

Die Informationen des BSV zur IV (*IV-Statistik 2004*) bieten aktuell für die Psychiatrieplanung noch kaum relevante Informationen. Insbesondere vermag (noch) nicht in Erfahrung gebracht zu werden, welche Patientengruppen in der beruflichen Förderung, in Eingliederungsstätten, Wohnheimen und Werkstätten betreut werden. Da den Schnittstellen zur IV für die Organisation der psychiatrischen Versorgung nennenswerte Bedeutung zukommt, ist zusammen mit dem BSV nach der Gewinnung von planungsrelevanten Informationen zu suchen.

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Plan d'action en santé mentale 2005-2010, Québec 2005 (rubrique Documentation, section Publication, www.msss.gouv.qc.ca).

⁸ H. Katschnig et al., Evaluation des Niederösterreichischen Psychiatrieplans 1995, Wien 2003. <http://cms.noegus.at/images/noepsy03-kurz-end.pdf>

4.2.5 Daten zu Zwangseinweisungen vergleichbar machen

Obsan zeigte in *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz*, Neuchâtel, 2004, dass aufgearbeiteten Informationen über einen kleinen Ausschnitt der psychiatrischen Versorgung planerisch eine nennenswerte Bedeutung zukommen kann: Die Rate der unfreiwilligen Eintritte (fürsorgerische Freiheitsentziehung FFE und andere unfreiwillige Eintritte) in psychiatrische Kliniken schwankt zwischen den Kantonen sehr erheblich. Bei einer Planung des stationären Angebotes kann eine FFE-Rate von gut 20% aller Eintritte keineswegs ausser Acht gelassen werden. (In der strategischen Planungsdimension wird es mindestens bei diesen Kantonen auch darum gehen, Ursachen für die vergleichsweise hohe Rate zu analysieren und – wenn dies angezeigt wäre – den Prozess zur Einweisung per FFE zu verändern.)

Für das gesamte Feld der psychiatrischen Versorgung dürfte noch eine Reihe von statistischen Datensätzen für eine planerische Fundierung existieren – allerdings keine, welche schon mit der psychiatrischen Leistungserbringung verbunden sind! Gedacht wird dabei an Informationen zur finanziellen Unterstützung (IV-Renten-Empfänger in psychiatrischer Betreuung, Ergänzungsleistungsbezüger, Fürsorgeleistungen usw.). Es wäre für die GDK nicht sinnvoll vorgeben zu wollen, welche dieser Informationen für die Planung zu berücksichtigen sind. Wichtiger ist immer das planungsleitende Interesse eines Kantons und jenes der Leistungserbringer in der Psychiatrie.

4.3 Darstellung der IST-Situation

4.3.1 Statistische Auswertungen mit Praxisbezug

Die im *Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung* (S. 31-33) erwähnten Auswertungssysteme GS_bG und CCS-CH können auch für die Psychiatrieplanung eingesetzt werden. Im Vordergrund des Interesses stehen dabei Vergleiche zwischen den Daten einer psychiatrischen Klinik (oder der Daten der Kliniken eines Kantons) mit den anderen Kliniken.

Hier liegen informationsträchtige Datensätze vor, welche einen fundierten Dialog zwischen Vertretern der politischen Instanz und den operativ Verantwortlichen ermöglichen sollten. Ein solcher Dialog ist aus mehreren Gründen von erheblicher Bedeutung:

- a) Zur Operationalisierung versorgungspolitischer Vorgaben ist das Engagement der in der Praxis Tätigen unabdingbar,
- b) die längerfristige Entwicklung der psychiatrischen Versorgung fordert von manchen Mitarbeitenden berufliche Veränderungen. Mitsprache bei Veränderungen sollte sich positiv auf ihr Engagement auswirken, und
- c) die kritische Beurteilung des Ausmasses der jeweiligen Zielerreichung ist wesentlich zuverlässiger, wenn operative Ziele mitbestimmt werden können.

Beide Systeme können also Diskussionsgrundlagen über den Ressourceneinsatz in stationären Institutionen eines Kantons im Vergleich zu ausserkantonalen Leistungserbringern bieten. Um den Maximen des Strebens nach Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu genügen, bietet die Analyse solcher Daten eine gute Basis.

Weil in den Kantonen mit Bezug auf die psychiatrische Versorgung manches in Bewegung gekommen ist, soll empfohlen werden, Datensätze retrospektiv (mindestens drei Jahre zurück) aufzuarbeiten und auszuwerten. Die Deutung der erwähnten Bewegung in der psychiatrischen Versorgung ist für kantonale Instanzen wichtig, weil es in kurzen Planungszeiträumen öfters darum gehen muss, an Entwicklungen anzuknüpfen statt „ganz Neues“ zu traktandieren – einmal abgesehen davon, dass es auch für die Leistungserbringer wichtig ist, Ausweise über Veränderungen und ihre Trends vorlegen zu können.

4.3.2 Patientenströme identifizieren

Im Vergleich zur somatischen Spitalplanung besitzt die Gliederung nach Versorgungsstufen aktuell kaum Bedeutung. Dagegen wird aufzuführen sein, welche Spezialangebote auf der Ebene eines Kantons oder überkantonale mandatiert sind (zum Beispiel Psychotherapiestation oder spezielle psychiatrische Leistungen für Gruppen von MigrantInnen).

Der Darstellung der Patientenströme in den jeweiligen Versorgungsgebieten kommt dann erstrangige Bedeutung zu. Es geht primär darum zu eruieren, wie sich die Leistungen „an der Peripherie“ (Distanz zu den Angeboten von mehr als einer halben Stunde Fahrzeit mit öffentlichen Transportmitteln) präsentieren.

Es könnte zum Beispiel danach gesucht werden, ob somatische Akutspitäler in relevanter Distanz zur psychiatrischen Klinik signifikant mehr Hospitalisationen auf Grund psychischer Erkrankungen oder öfters eine Komorbidität in diesem Feld ausweisen – wie denn bei weiterführenden Arbeiten sorgfältig darauf zu achten ist, welche psychischen Erkrankungen im somatischen Akutspital aktuell schon behandelt werden (womit keineswegs angetönt sein will, dass diese Behandlungen in Akutspitälern konsequent ausgeschlossen werden sollten).

4.3.3 Befragung anderer Leistungserbringer

Die Schwierigkeiten zur Gewinnung von planungsrelevanten Informationen in diesem Feld könnten durch qualitative Analysen teilweise ausgeglichen werden. Es ist zu empfehlen, dass niedergelassene Ärzte (Grundversorger und Spezialärzte) und Schlüsselpersonen im weiteren Feld der psychiatrischen Versorgung (insbesondere in den Sozialdiensten, bei Fürsorgebehörden usw.) konsequent zu Problemen mit Bezug auf die erfahrenen Ausprägungen der psychiatrischen Versorgung befragt werden.

Wenn diese Ausgabe der Informationsgewinnung über mehrere Planungsperioden konsequent in methodisch anspruchsvollem Rahmen durchgehalten wird, resultiert weit mehr als ein „Feedback“ oder eine „Befragung von Kunden“.

Differenzierte Planung psychiatrischer Leistungserbringung verlangt den Einschluss einer viel grösseren Zahl von Beteiligten (Organisationen, Institutionen, einzelnen Leistungserbringern usw.) als die Planung der stationären somatischen Akutversorgung. Wenn der Mehrzahl dieser Leistungserbringer die Chance einer fairen Teilnahme an Planungsentscheiden geboten wird, nimmt die Wahrscheinlichkeit zu, dass Veränderungsstrategien akzeptiert werden. Wenn dem dann nicht so ist, muss beim nächsten Planungsschritt (oder bei der Planung von Elementen veränderter Leistungserbringung) eben danach gesucht werden, wo Hindernisse vorhanden sind, Probleme auftauchten oder Schwierigkeiten resultierten.

4.4 Evaluation der heutigen Angebotsstrukturen

4.4.1 Eruierung von Fehlbelegungen

Mit dem zu traktandierenden Abbau von Betten in psychiatrischen Kliniken ist es unabdingbar, dass nach dem Ausmass inadäquater Bettenbelegung gesucht wird. Dazu existiert in der Deutschschweiz eine Analyse, welche die Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich in Auftrag gegeben hat – *Eignung des aktuellen Behandlungssettings für die Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich: Ergebnisse einer Stichtagserhebung* (Zürich, September 2002).

Wie in der somatischen Versorgung steht auch das AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) und der Nottingham Acute Beds Use Survey (NABUS) in der Ausgabe für die Psychiatrie zur Verfügung. Es wird empfohlen, die Analyseinstrumente konsekutiv in einem Zeitraum von achtzehn bis sechsunddreissig Monaten einzusetzen.

Das im Kanton Zürich verwendete Konzept (nicht aber das AEP und der NABUS) lässt sich auch für die Leistungserbringung im ambulanten Bereich einsetzen. Im übrigen gilt für die ambulante Leistungserbringung, dass ein tragendes Konzept, dessen Zielsetzungen messbar gemacht sind und welches die Klienten genügend präzise beschreibt, eine ausreichend taugliche Grundlage für die Evaluation bietet.

Es scheint unbestritten zu sein, dass Elemente der psychiatrischen Leistungserbringung immer noch zum (selbstverständlichen) Bestand gehören, ohne dass eine periodische Überprüfung angelegt ist. Baer, Cahn et al. hielten diesen Tatbestand wie folgt fest: „Teile verschiedener psychiatrischer Versorgungsbereiche sind stark aus der Praxis heraus entstanden und weiterentwickelt worden, ohne dass Alternativen systematisch und wissenschaftlich evaluiert worden sind“ (Bericht der Ad-hoc-Gruppe „Psychi-

atrische Versorgungsstrukturen“, S. 44). Dieser Tatbestand ist nicht nur mit Bezug auf die gesetzlich mandatierte Planung inakzeptabel. Es liegt auch ein gravierender operativer – und erst recht strategischer – Mangel vor.

4.4.2 Vertiefte Analyse der Inanspruchnahme der Angebote

Die Verbindungen zwischen stationären und ambulanten Leistungen sollen konsequent analysiert werden. Im Rahmen des allgemeineren Konzeptes von Case Management existieren Anhaltspunkte, wie dies zu geschehen hat, ohne dass ein eigentliches „Fallregister“ zu konstruieren wäre. Dass hier Brisantes vorliegen kann, zeigte sich zum Beispiel im Kanton Bern während der letzten zehn Jahre: Obwohl in den Regionen fünf so genannte Psychiatriestützpunkte existieren, scheint die Mehrzahl von hospitalisierten Patienten bei späteren Krankheitsepisoden nur eher selten mit diesen Leistungserbringern in Kontakt gewesen zu sein.

Mit grosser Wahrscheinlichkeit liegen komplexere Situationen vor als nur der vertraute bisherige Kontakt von Patienten zu Mitarbeitenden in Kliniken. Mit Sicherheit müsste das „Betreuungsnetz“ (niedergelassene Ärzte, Sozialdienste usw.) danach befragt werden, aus welchen Gründen bei welchen Erkrankungen respektive Personengruppen darauf verzichtet wurde, die Stützpunkte einzubeziehen.

4.4.3 Involvierung von Leistungserbringern ausserhalb des Netzes der öffentlichen Psychiatrie

Auch bei der Darstellung der aktuellen Angebotsstrukturen können qualitative Analysen einige wertvolle Informationen zeitigen. Noch einmal ist auf die aussen stehenden Experten zu verweisen: Niedergelassene Ärzte (sowohl Psychiater wie Grundversorger), Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Sozialdiensten und Schlüsselpersonen vermögen aufzuzeigen, wo Stärken und Schwächen der aktuellen Leistungserbringung vermutet werden.

Bis jetzt fehlen hier in der Schweiz systematisch angelegte Erhebungen. Auch bei den Psychiatrieplanungen scheint das Wissen von aussen stehenden Experten nicht konsequent genutzt worden zu sein (eine Ausnahme wurde hier bei der Erarbeitung der Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft gemacht, als sechs spezielle Planungsgruppen mitarbeiteten).

Damit solche qualitativen Analysen zu eigentlichen Expertenbeurteilungen werden, ist eine sozialwissenschaftlich fundierte Informationserhebung unabdingbar. Auch die Auskunft Erteilenden müssen in dieser zumeist neuen Rolle dazulernen. Dies ist wahrscheinlich am ehesten dann zu erreichen, wenn die Auskunftspersonen durch die sich konstant (jedes Jahr) wiederholenden Befragungen ihre Urteile zu fundieren trachten, und wenn sie erfahren können, dass die Aufarbeitung aus der Expertenbefragung kunstgerecht erfolgte, sowie wenn sie über allfällige Veränderungen unterrichtet wer-

den. Die Evaluation der Angebotsstrukturen erhält auf diese Art und Weise eine wesentlich andere Bedeutung als die bis anhin praktizierte.

4.4.4 Evaluation als „reflektiertes Lernen“

Bei einem substanziellen Teil der „Strukturanalyse“ ist die Initiative der Leistungserbringer von erstrangiger Bedeutung. Es ist erfolgsversprechend, wenn sich die involvierten Gruppen der Leistungserbringer Ziele, zum Beispiel mit Bezug auf die Durchlässigkeit, setzen, die notwendigen (Teil-)Reorganisationen treffen und Kriterien für das Messen des Erfolges resp. Misserfolges festlegen. Nach Ablauf einer ausreichend langen Zeitperiode ist dann das neue Arrangement zu evaluieren.

Die vom Bundesrat im Zusammenhang mit der Spitalplanung öfters angerufene Evaluation erhält in der psychiatrischen Leistungserbringung – gleichgültig ob sie sich auf die stationäre oder die ambulante Leistungserbringung bezieht – eine andere Bedeutung. Mandatiert sind in aller Regel formative oder summative Evaluationsstudien, welche am ehesten dann das weitere Arbeiten beeinflussen können, wenn sie auf Anwendung ausgerichtet sind.

Obwohl auch mit Bezug auf die psychiatrische Versorgung evidence-based Elemente vorhanden sind, gilt in diesem Feld öfters als mit Bezug auf die somatische Versorgung, dass manches an Handlungswissen auch über „Versuch und Irrtum“ zu gewinnen ist. In diesem Sinne ist in den meisten Kantonen primär auf „reflektiertes Lernen“ zu zielen und nur ausnahmsweise auf Forschungsprojekte.

4.5 Prognose des zukünftigen Leistungsbedarfs

4.5.1 Prognose auf Grund des Status quo

Beim Prognostizieren des künftigen Leistungsbedarfs scheinen epidemiologische Werte wenig ratsam. Dies aus folgenden Gründen:

- a) Die Planungsrelevanz von epidemiologischen Informationen über einen grösseren Teil von psychischen Störungen ist bescheiden, weil die Prävalenzen öfters keine einigermaßen zuverlässige Prognosegrösse für die Inanspruchnahme von Leistungen bieten.
- b) Auch wenn ein allgemein anerkannter Schlüssel für die Umsetzung von Prävalenzen in Prognosewerte für die Inanspruchnahme akzeptiert würde, könnten die über ein grösseres Kollektiv eruierten Inzidenz- und Prävalenzraten in der Regel nicht auf Angebote eines einzelnen Kantons umgelegt werden (Ausnahmen bilden vielleicht die bevölkerungsreichsten Kantone).

- c) Zuverlässige epidemiologische Studien über das Feld der Psychiatrie sind kostspielig. Das gerade anschliessend empfohlene Vorgehen und das sorgfältige Aufbereiten (und Auswerten!) von Diagnosen zeitigt nur einen Bruchteil dieser Kosten.

Die vorangehend notierten Hinweise bedeuten selbstverständlich nicht, bei einer Planung seien Informationen aus epidemiologischen Studien irrelevant. Aber im zu beplannenden Kanton (in der Region) sind für die mandatierte Psychiatrieplanung nicht zusätzlich zum weiten Feld der zu bearbeitenden Daten auch noch epidemiologische Erhebungen durchzuführen.

Dieses Vorgehen ist auch dann akzeptabel, wenn „harte Fakten“ aus der Epidemiologie zur Verfügung stehen. So lässt zum Beispiel die demographische Entwicklung recht zuverlässige Schätzwerte darüber zu, wie viele Personen hirnorganisch erkranken werden. Es ist aber kaum zu prognostizieren, wie viele dieser Erkrankten so verhaltensauffällig werden, dass um psychiatrische Behandlung nachgesucht wird.

Es liegt dann auf ganz anderer Ebene, wenn versorgungspolitisch entschieden wird, Demenz-Abklärungen (durch die Psychiatrie) seien zu forcieren, Pflegeheimen müsse psychiatrische Unterstützung gewährt werden und/oder Spitex-Diensten in einem Kanton solle direkter Zugang zu psychiatrischen Leistungen geboten werden.

4.5.2 Wenige kausal zu deutende Faktoren zur Bestimmung des Angebotes

Soziale und wirtschaftliche Faktoren haben Einfluss auf die psychiatrische Versorgung. Allerdings lassen sich nur ausnahmsweise kausale Beziehungen eruieren: Minimales gesamtwirtschaftliches Wachstum und eine prägnante Sockel-Arbeitslosigkeit erschweren mit Sicherheit die (berufliche) Rehabilitation. Andere sozialstatistische Auffälligkeiten konnten für unsere Regionen bis anhin dagegen nicht in einen kausalen Zusammenhang zur psychiatrischen Versorgung gebracht werden (zu denken ist zum Beispiel an die zunehmende Zahl von Alleinstehenden).

Der säkulare Trend zur steigenden Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen vermochte bis heute nicht befriedigend gedeutet zu werden. Die neuere Diagnostik (DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) zeitigte einen Einfluss, auch die „Psychiatisierung“ von sozial unerwünschtem Verhalten oder das ethnopsychiatrische Engagement für Gruppen von Einwanderern können beigetragen haben usw. Es kommt aber wohl auch ein neueres Verständnis gegenüber der Psychiatrie als medizinischer Disziplin dazu (weniger Barrieren zur Inanspruchnahme) – ein Tatbestand der in diesem Ausschnitt des Gesundheitswesens auch positiv gewertet werden kann.

Und mit Bezug auf die Ausweitung des psychiatrischen Angebotes sollte das Engagement der (öffentlichen) Psychiatrie selbst mitberücksichtigt werden – die Entwicklung vom allerdings schon länger zurückliegenden kustodialen Charakter der Betreuung

einiger Gruppen von Patienten bis zu den nun vorliegenden Empfehlungen der Ad-hoc Gruppe Psychiatrische Angebotsstrukturen zeigt auf diese Vermutung.

4.5.3 Lernen von anderen Kantonen und vom Ausland

Während der Verzicht auf eigentliche Prognosen für eine Zeitperiode von vier Jahren akzeptabel erscheint, muss die strategische Planung über ein fundiertes und auch transparentes Fundament verfügen. Es wird vorgeschlagen, ausländische Analysen und Planungsdokumente als Elemente für die strategische Planung beizuziehen. Unter diesen Umständen erhält aber die Strategie eine eigentliche Meta-Ebene. In der kommenden Dekade wird es in den meisten Kantonen darum gehen, aus den einzelnen Schritten zu Veränderungen so dazuzulernen (Evaluation!), dass sich im Verbund eine längerfristige Strategie fundiert formulieren lässt.

Mit anderen Worten: Aus dem Lernen in der Praxis (eben in der operativen Planung) muss über Modellprogramme resp. über die in jedem Fall mandatierten Evaluationen ein Wissen generiert werden können, das zunehmend hilft, die anfänglich noch relativ vage Strategie zum für weitere Planungsperioden Verbindlichen zu machen.

Ausländische Planungselemente sind kaum je direkt auf kantonale Bedingungen übertragbar. Aber sie zeigen an, unter welchen Bedingungen was wie mit welchen Folgen für welche Gruppen von Patienten mehr oder weniger erfolgreich wurde. In diesem Sinne stimulieren sie die planerische Fantasie. (Es ist dann ein Problem für sich selbst, dass der Wissenschaftsbetrieb nur wenig Chancen bietet, von „versandeten“ Versuchen Mitteilung zu machen.)

4.6 SOLL-Zustand

4.6.1 Sektor als Basis der Leistungserbringung

Die Grundversorgung (siehe Kapitel 8.3) oder mindestens der grössere Teil dieses Leitungsbündels soll in der Organisationseinheit Sektor erbracht werden. Der Sektor ist die kleinste Organisation der Leistungserbringung.

Wie gross die Servicepopulation für einen Sektor ausfällt, hängt von der Bevölkerungsdichte und kantonsspezifischen Gegebenheiten ab. Unter diese kantonalen Konditionen fallen eine Vielzahl von Spezifika, welche von der Sprache (Oberwallis), einem geographischen Faktum (Gross- und Klein-Base), der Bevölkerungsverteilung (Luzern-Stadt, Luzern-Land) usw. abhängen.

Unter Würdigung dieser Umstände wird es schwierig, Werte für die Grösse eines Sektors (d.h. Anzahl Einwohner pro Sektor) über alle Kantone hin vorzugeben. Aber in der Regel dürften bedeutend mehr als 100'000 Einwohner pro Sektor nicht adäquat sein,

um psychiatriepolitisch gesetzte Werte (insbesondere Bevölkerungsnähe, Nicht-Stigmatisierung, Einbezug der sozialen Situation, Personenorientierung, vernetztes Handeln) zu erreichen.

Strukturen, welche für eine relativ kleine Servicepopulation angelegt sind, ist neben manchen Vorteilen mit Sicherheit der Nachteil eigen, dass es ihnen für einige Aufgaben an Spezialisten (Mitarbeitende mit speziellem Wissen und/oder vertieften Erfahrungen für die Behandlung einiger ausgewählter Erkrankungen) mangelt. Auch aus dieser Perspektive sollte nun einsichtig werden, dass die Gliederung in Sektoren und Regionen bei konsequent gestalteter Zusammenarbeit ein Effizienz und Effektivität förderndes Element eigen ist. Selbstverständlich ist die Wirtschaftlichkeit nicht zu vernachlässigen. Aber die notwendigen Koordinationsaufgaben sind in der Psychiatrie zwangsläufig recht aufwändig.

4.6.2 Region als sektorübergreifende Leistungseinheit

Eine Region umfasst dann zwei oder auch drei Sektoren. Obwohl jeder Sektor über Betten verfügt (insbesondere für die Krisenintervention), ist in der Regel die Region jene Stufe, welcher uneingeschränkte Aufnahmepflicht zukommt. Ein Beispiel aus der Innerschweiz muss zur Illustration genügen: Die Kantone Uri, Schwyz und Zug bilden je einen Sektor (eventuell wird im Kanton Schwyz die Bildung von zwei Sektoren angestrebt) – zusammen konstituieren sie dann die Psychiatrieregion, welche aktuell über das Konkordat schon existiert.

Für einige Kantone fällt die Ebene der Psychiatrieregion mit jener des Kantons zusammen (z.B. Kanton Schaffhausen). Mindestens in den Kantonen Bern, Waadt und Zürich sind aber auf kantonaler Ebene mehrere Regionen zusammengefasst.

Die Leistungserbringung über zwei oder drei Ebenen dient primär dazu, der Maxime der Bevölkerungsnähe zu genügen. Dabei darf aber, wie schon erwähnt, die Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung nicht ausser Acht gelassen werden.

In der Regel vermag ein Sektor nicht alle Aufgaben, welche über den Sockel der Grundversorgung hinausreichen, alleine zu erfüllen. Dem Austarieren bei der Aufgabenzuweisung (über Leistungsaufträge für den jeweiligen Sektor), der Optimierung der Zusammenarbeit (über Leistungsaufträge für Regionen) und der gegenseitigen Unterstützung kommt dann erstrangige Bedeutung zu.

Eine Quantifizierung von Leistungen und eine Zuweisung zu unterschiedlichen Ebenen der Leistungserbringung (Grundversorgung und erweiterte Grundversorgung) ist aktuell nicht möglich.

Bei dieser Planungsetappe sollte es dann auch möglich sein, spezielle Aufgaben, welche teilweise interkantonal zu erbringen sind (Forensik, Multiproblemfamilien usw.), einzuordnen.

4.6.3 Vermeiden des Fokussierens auf den stationären Teil der Versorgung

Unter schweizerischen Bedingungen wird in den kommenden Planungsperioden die Aufhebung von psychiatrischen Kliniken seltene Ausnahme bleiben. Die Schliessung von stationären Einheiten ist ja auch kein primäres Ziel – das Streichen von der Spitalliste kann dann immer noch eine Konsequenz gesundheits- und finanzpolitischer Vorgaben sein.

Prioritäres Ziel ist die Behebung vermuteter und manifester Schwächen in der aktuellen Leistungserbringung – Massstab dazu ist Art. 32 KVG. Da einige dieser Schwächen wahrscheinlich mit der öfters noch prädominanten Position psychiatrischer Kliniken im Kontext der gesamten Leistungserbringung in Verbindung zu bringen sind, muss bei der Festlegung des Soll-Zustandes die folgende (zugegebenermassen plakative) Orientierung durchgehalten werden: Als planerische Maxime gilt die konsequente Ausrichtung auf Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. Diese Maxime ist in Normen umzusetzen, die mehrheitlich empirisch überprüfbar sein sollen (ohne dass aber daraus bürokratischer Aufwand resultieren darf).

Als planungsleitend muss gelten, dass die Allokation der öffentlichen finanziellen Mittel nicht in einer Fortschreibung des Status quo, eventuell mit minimalen Anpassungen, erfolgt. Wenn dann auch nach Anstrengungen zum Aufbau und zur Konsolidierung nicht unmittelbar in den Klinikbereich gehörender Leistungselemente noch immer mehr als gut die Hälfte der kantonalen Mittel für die stationären Leistungserbringer resultieren, wären Optionen zu prüfen, um die Zentrierung auf die stationären Leistungserbringer, die „Kliniklastigkeit“, zu dämpfen.

Prüfenswert dürfte die Ausgliederung von Elementen stationärer Leistungserbringung sein. Unbedingt durchzutesten ist die Überlegung, dass Sektoren, in deren Aufgabengebiet sich keine psychiatrische Klinik befindet (mit erheblicher Wahrscheinlichkeit verfügt dann aber die übergeordnete Psychiatrieregion über eine Klinik), Klinikaufenthalte aus den Mitteln des Sektors „einkauft“. Andererseits darf durch solche betriebswirtschaftlichen „Reorganisationen“ die angestrebte Kontinuität der Betreuung auf keinen Fall gestört werden.

Zu warnen bleibt allerdings, Elemente der Leistungserbringung aus „budgetkosmetischen“ Gründen neuen Trägern zuzuweisen. In der psychiatrischen Leistungserbringung kommt der Übersichtlichkeit hohe Bedeutung zu.

Ohne eine abschliessende Aufzählung der Optionen zur Minderung potenzieller „Kliniklastigkeit“ anzustreben, wäre auch die Variante zu prüfen, dass ab einer neuen Finanzierungsperiode ein (leicht) progressiver Teil des erwarteten Aufwandes für einen Teil der stationären Aufenthaltstage von der psychiatrischen Klinik einem Sektor zur Weiterentwicklung seiner Leistung zur Verfügung gestellt würde⁹ (zur Illustration: Im ersten Jahr 7% des Aufwandes für die bis anhin resultierenden Aufenthaltstage von Patienten aus dem entsprechenden Sektor, im zweiten Jahr 10%, im dritten Jahr 15%).

Zudem könnte nach einem schon länger erprobten englischen Vorbild diskutiert werden, ob einer Region, welche mindestens zwei Sektoren umfasst, ein Globalbudget unter Einschluss erwarteter Leistungen von Versicherern übertragen werden soll, aus dem alle künftigen Leistungen zu decken wären (also stationäre und ambulante – um auch so die gemeinsame Verpflichtung festzuschreiben). Ein solches Modellprojekt erhält aber erst dann die notwendige Aussagekraft, wenn gleiche oder ähnliche Modellprojekte auch in anderen Regionen durchgeführt werden – die Faktoren, welche Einfluss auf den Ressourceneinsatz haben, können kürzerfristig öfters nur in einem schrittweisen Vorgehen verändert werden – eigentliche „Quantensprünge“ dürften in den meisten Gegenden der Schweiz ausgeschlossen sein. Um dann weniger von konservierenden lokalen Bedingungen abhängig zu sein, ist einmal mehr darauf zu drängen, dass auch mit Bezug auf die Finanzierung mehrere Modellprojekte umgesetzt werden.

4.6.4 Gemeinsame Verantwortung mit Versicherern

Möglicherweise ist die Behauptung „Bestehende Versorgungsstrukturen sind auch Spiegelbild bestehender Finanzierungsformen“ (Zechmeister und Österle, in Psychiatrische Praxis, vol. 31, 2004, S. 184.) wegen der Verwendung des Begriffes „Spiegelbild“ etwas zu plastisch ausgefallen. Dass die Finanzierung aber auch auf diesen Teil medizinisch-pflegerischer Leistungserbringung Auswirkungen hat, steht fest. Damit ist mandatiert, dass dieser Einflussfaktor bei der Entwicklung von Varianten zum Soll-Zustand prominent mitbedacht wird.

Versicherer sind bei der Erarbeitung einer Psychiatrieplanung bedeutend stärker zu involvieren als bei der stationären somatischen Akutversorgung. Dabei geht es nicht nur um die Nutzung des spezifischen Sachverstandes und um die Förderung finanzierungspolitischer Kreativität. Weil in den diffizilen Phasen einer überlegten Neuorientierung den Finanzierungsmodalitäten unter Umständen erhebliche Bedeutung zukommt, sollte wenigstens bei diesem Ausschnitt aus der Zukunftsgestaltung eine geteilte Verantwortung gesehen werden.

⁹ z.B. Ch. Roick et al., Das Regionale Psychiatriebudget: Ein neuer Ansatz zur effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen, in Psychiatrische Praxis, vol. 32, 2005, S. 177-184.

Versicherer sind insbesondere dann gefordert, wenn über einzelne Anpassungen hinaus etwas grundsätzlich Neues mit der Finanzierung anvisiert wird. Gedacht ist hier zum Beispiel an das Arbeiten mit einem Globalbudget im Rahmen von Modellversuchen.

4.7 Bildung von Versorgungsvarianten

Das hauptsächlichste politische Kriterium, welches auf der übergeordneten Instanz zu entscheiden ist, betrifft die generelle Ausrichtung der psychiatrischen Leistungserbringung im Kontinuum zwischen „sozial gerecht“ und „utilitaristisch“ (W. Rössler¹⁰). Es handelt sich darum, ob einer breit angelegten psychiatrischen Versorgung für die Gesamtbevölkerung Vorrang eingeräumt werden muss gegenüber der Bestanderhaltung oder dem Ausbau von Leistungen für besonders benachteiligte Gruppen (gedacht wird insbesondere an chronisch psychisch Kranke).

In der stationären psychiatrischen Versorgung spielen im Gegensatz zur stationären somatischen Versorgung Mindestfallzahlen als Kriterium für die Leistungserbringung praktisch keine Rolle – trotzdem darf die Wirtschaftlichkeit der Leistungseinheiten nicht ausser Acht gelassen werden, auch wenn ihr nie primäre Bedeutung zukommen darf.

Die planerische Priorisierung der Aufgaben erfolgt für die psychiatrische Versorgung nicht hauptsächlich entlang medizinischer oder ökonomischer Kriterien. Geographische Kriterien sollen einen gewissen Einfluss zeitigen, demographische Kriterien hingegen nur dort, wo die Gerontopsychiatrie bis anhin überhaupt nicht entwickelt werden konnte. Zur Illustration werden folgende Elemente im Sinne der Ad-hoc Gruppe Psychiatrische Angebotsstrukturen vorgeschlagen:

- Teilweiser Abbau der stationären Psychiatrie. 80% der Plätze jener Patienten, die als nicht richtig platziert beurteilt wurden – mindestens aber 10% –, sind im Sinne eines Lernprozesses in der 1. Planungsperiode aufzuheben.
- Strikte Vernetzung und Prozess des Einschlusses von Einrichtungen des Sozialwesens in die psychiatrische Leistungserbringung.
- Mit niedergelassenen Psychiatern sind innerhalb geeigneter Versorgungsmodelle Verträge zur „integrierten Versorgung“ anzustreben. Ziel ist, mindestens einen Zehntel der Patienten in der Akutbehandlung und in der Rehabilitation durch diese Fachärzte zu betreuen.
- In Gebieten aktueller psychiatrischer Unterversorgung sind als Erstes die ambulanten Dienste auszubauen. Kann die psychiatrische Unterversorgung auf diese Weise nicht behoben werden, ist mit Grundversorgern eine Verbindung im Sinne der in-

¹⁰ W. Rössler, Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung?, in Nervenarzt, vol. 74, 2003, S. 552-560.

tegrierten Versorgung einzugehen. Die Mehrkosten für die Betreuung durch Grundversorger sollten (wenigstens in der Versuchsphase) zur Hälfte über das kantonale Budget für die psychiatrische Versorgung und zur Hälfte zu Lasten der Versicherer gehen.

- Aufbau und Betrieb einer weiteren tagesklinischen Einrichtung im Sinne einer stärkeren Dezentralisierung der Leistungserbringung. Die Ziele, welche von den Leistungserbringern zu operationalisieren sind, sollen sich sowohl auf die Frührehabilitation wie auf die Behandlung im Akutstadium beziehen.

4.8 Leistungsvereinbarung

Die folgenden Bemerkungen sind nicht im Rahmen des Aufbaus dieses Planungselementes entlang des *Leitfadens zur leistungsorientierten Spitalplanung* gewonnen worden. Es handelt sich vielmehr um Illustrationen für mögliche Inhalte.

Die Psychiatrische Klinik N stellt für ihre beiden Sektoren die Grundversorgung sicher. Diese Grundversorgung umfasst die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Erwachsenen aller Bevölkerungsgruppen und Diagnosen, sowohl in akuten Krisen und Notfällen als auch in chronischen Verläufen und koordiniert, steuert und begleitet die Rehabilitation in Zusammenarbeit mit allen anderen dazu notwendigen Institutionen und Leistungserbringern.

Mit Bezug auf die Organisation der Leistungserbringung sind der Psychiatrischen Klinik N alle Leistungen der Grundversorgung übertragen, sowie insbesondere noch:

- Betrieb eines Notfalldienstes und einer Kriseninterventionsstation am Kantonsspital.
- Führung einer Tagesklinik zur Akutbehandlung ausserhalb der Klinik und zur Rehabilitation.
- Für die Behandlung im Akutstadium und während der Rehabilitation setzt die Psychiatrische Klinik N ein mobiles Team für das Versorgungsgebiet V ein.
- Eine geriatrisch-gerontologische Abteilung zur Intensivbehandlung psychisch Kranker wird im (somatischen) Spital S betrieben.
- Mit allen in der Rehabilitation und der Betreuung von psychiatrischen Patienten tätigen Institutionen und Leistungserbringern werden Verträge über den Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychiatrischen Klinik und die gegenseitige Zusammenarbeit beim Case Management abgeschlossen.
- Der Sozialarbeiterpool der Psychiatrischen Klinik N wird so aufgeteilt, dass für die mit Verträgen verbundenen niedergelassenen Psychiater und Grundversorgern so-

zialarbeiterische Unterstützung und Interventionen, die erheblichen Aufwand verursachen, übernommen werden.

- Mit Bezug auf die bei dieser Planungsetappe zu regelnden Bedingungen für die Qualitätssicherung nach KVG wird festgehalten, dass die zwei mandatierten Pilotprojekte [hier noch nicht bestimmt] und die für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Leistungserbringung notwendigen Evaluationsstudien ausreichend grossen Einsatz zur Überprüfung des Verhältnisses von IST:SOLL verlangen und deshalb aktuell keine Projekte zur Qualitätssicherung im engeren Sinne mandatiert sind.

4.9 Ausgestaltung der Spitalliste

Siehe dazu 5.9 des Leitfadens zur leistungsorientierten Spitalplanung, S. 62 ff.

4.10 Steuerungsfunktion des Kantons

- Die Steuerungsfunktion eines Kantons im Feld der psychiatrischen Versorgung unterscheidet sich in der mittelfristigen Zukunft von jener im stationären, akutsomatischen Bereich. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die öffentliche psychiatrische Leistungserbringung in den nächsten Jahren in einer prägnanten Phase des Umbaus befinden wird (der vorliegende Leitfaden zielt in diese Richtung). In Zeiten des Wandels ist es aber besonders anspruchsvoll, aussagekräftige Vergleiche unter Versorgungssystemen durchzuführen.
- Während in der nahen Zukunft Wirtschaftlichkeitsvergleiche in der stationären akutsomatischen Versorgung sich zu einem nennenswerten Teil auf DRGs¹¹ (wenigstens die häufigeren) stützen können, ist es in der Psychiatrie in absehbarer Zeit kaum möglich, dass Vergleiche über einzelne ICD¹²-Diagnosen direkt zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern dienen. Die Varianzen innerhalb der F-Diagnosen des ICD sind mit Bezug auf die Inanspruchnahme von Ressourcen recht gross und werden grösser, wenn die Strukturen in den ambulanten und teilstationären Bereichen verändert werden, was ja eines der hauptsächlichsten Argumente gegen den Einsatz von DRGs in der Psychiatrie ist.
- Die vorangehenden Hinweise bedeuten aber nicht, dass für kantonale Instanzen Steuerungsaufgaben entfallen würden. In den kommenden Jahren sollen die Kantone bei der Konzeptualisierung von Modellprogrammen involviert sein und mitberurteilen sowie mitentscheiden lernen, unter welchen Konditionen welche getesteten

¹¹ Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppierung)

¹² International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO. Die F-Diagnosen bezeichnen psychische Störungen und Verhaltensstörungen.

Strukturen und Prozesse für die Gestaltung des künftigen Angebotes (also auch der Formulierung des Leistungsauftrages) zu gelten haben.

- Den Kantonen ist es zudem aufgetragen, die von den Leistungserbringern aufbereiteten Informationen und Daten über die perzipierten Auswirkungen des veränderten Angebotes zu beurteilen. Wenn in der öffentlichen psychiatrischen Leistungserbringung eine graduelle Ablösung der schon erodierenden Klinikzentrierung stattfindet, dann müssen Rückmeldungen von Partnern im Gesundheits- und Sozialwesen eine grössere Bedeutung als bis anhin zukommen. Früher noch anzutreffende Befragungen zur „Zufriedenheit“ zum Beispiel von Hausärzten müssen Analysen von Strukturen, Abläufen und Resultaten durch Spitex-Dienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Sozialdienste, Angehörige usw. weichen. Im Vordergrund muss also über die Zeit ein eigentliches Re-Engineering der Leistungen des gesamten Feldes durchgeführt werden (und dies primär zum Vorteil von Patientengruppen!).
- Betriebsvergleiche anhand von Leistungen werden aber auch unter den sich kontinuierlich wandelnden Bedingungen nicht überflüssig. Allerdings ist intensiver als bis jetzt nach zuverlässigen Vergleichsdimensionen zu suchen. Nur gerade als Illustration zu dieser Vorstellung – und nicht etwa als Vorgabe – will folgender Hinweis verstanden werden: Beim Vergleich der Leistungen psychiatrischer Kliniken gilt es (eine zuverlässige Kostenrechnung ist nun überall weit fortgeschritten), für die Erwachsenenpsychiatrie mit geeigneten Faktoranalysen zu bestimmen, welche Grössenklassen von Kliniken die aussagekräftigste Basis für Vergleiche bieten. Anschliessend sollte die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes von Pflegefachpersonen über geeignete Vergleiche der stationären Leistungserbringung beurteilt werden.
- Ebenfalls auf überkantonaler Ebene sind Anstrengungen zu unternehmen, um die Rechenschaftslegung für die teilstationäre und ambulante Leistungserbringung so anzulegen, dass Vergleiche über mehrere Kantone hin gehaltvoll ausfallen. Einer der Indikatoren für eine gewisse gegenwärtig vorhandene Kliniklastigkeit der Versorgung ist, dass Daten zum stationären Bereich für zwei eidgenössisch mandatierete Statistiken erhoben werden – für die anderen Bereiche der psychiatrischen Leistungserbringung sind die (öfters nicht aufbereiteten) Daten für Vergleiche alles andere als vollständig.
- Der beabsichtigte graduelle Wandel in der psychiatrischen Versorgung stellt auch für die Festlegung von Tarifen gewichtige Herausforderungen. Es scheint wenigstens für einige Jahre nicht möglich, die Aufwendungen für die öffentliche Psychiatrie auf konstantem Niveau zu halten, weil nicht sämtliche Mehrkosten für den Aufbau von neuen Leistungen mit einem geringeren Aufwand für teilweise substituierte Aufgaben kompensiert werden können. Auch besteht in einigen Gebieten der Schweiz nicht nur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterversorgung, so dass dort die Aufwendungen noch zunehmen werden. Andererseits wurde mehr-

fach wissenschaftlich nachgewiesen, dass einige Veränderungen in der Leistungserbringung eine gewisse Verminderung des finanziellen Aufwands zur Folge haben.

- Die Steuerungsfunktion eines Kantons sollte sich in den nächsten Jahren nicht primär im periodischen Beurteilen der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Elementen des leistungserbringenden Arrangements zeigen. Wesentlicher wird das Mitarbeiten an oder wenigstens das Begleiten von Veränderungen. Dabei kann es sich nicht um eine Verdoppelung des Sachverstandes mit Bezug auf die Umsetzung psychiatrischen Wissens handeln. Aber es wird öfters als bis anhin darum gehen, Planungselemente auch kunstgerecht mit Bezug auf zu gewinnende Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit anzulegen.
- Die gerade präsentierten Überlegungen sprechen auch für einen (mindestens temporären) stärkeren Einschluss der Versicherer in die Fortentwicklung psychiatrischer Leistungserbringung. Ihre Möglichkeiten zur Beurteilung der Kostenentwicklung in einer Vielzahl von Kantonen sollte die innerkantonale Entwicklung auch darum stimulieren, weil die breitere Basis (das heisst z.B. Informationen über die Entwicklung psychiatrischer Leistungen bei niedergelassenen Ärzten) das mitbringen kann, was die Psychiatrie mehr als die somatische Medizin für sich beanspruchen müsste: den Blick auf das Ganze.

5 Elemente spezieller psychiatrischer Leistungserbringung

5.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist mit noch mehr Handlungsfeldern anderer Instanzen verbunden als jener der Erwachsenenpsychiatrie. Er „umfasst auch stark Aufgaben im familiären, pädagogischen und institutionellen Umfeld“.¹³ Wohnortnähe ist nicht nur im Interesse von Kindern und Jugendlichen sondern auch zur effizienten Leistungserbringung notwendig. Dem steht der Tatbestand entgegen, dass Kinder- und JugendpsychiaterInnen im ländlichen Raum und dann erst recht in dünner besiedelten Gegenden nur selten präsent sind.

Es soll Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten ermöglicht werden, niedergelassene Fachärzte über teilzeitliche Anstellungen für kantonale Aufgaben einzusetzen, sofern dies die Chancen erhöht, dass sich Kinder- und JugendpsychiaterInnen in unterversorgten Gebieten niederlassen.

Die zum Teil unterschiedlichen Strukturen mit Bezug auf schulpsychologische, heilpädagogische, sozialpädagogische und kinderpsychiatrische Leistungserbringung sind nicht a priori als nachteilig zu beurteilen. Sie bieten u.a. die Chance für unterschiedliche Anlaufstellen. Um die Verbindungen zu halten, ist in der Verwaltung ein interdepartementaler Arbeitsausschuss zur Kinder- und Jugendpsychiatrie aus allen mitbeteiligten Departementen/Direktionen (Gesundheit, Erziehung, Justiz etc.) einzusetzen. Wenn dann mehrere Departemente zusammen ein Modellprojekt finanzieren, dann liegt ein Ausweis für innovatives Handeln vor. (Dies ist im Kanton Thurgau der Fall, wo drei Departemente das Projekt Mutter-Kind in der psychiatrischen Versorgung finanzieren.)

Alle vom Kanton (mit-)subventionierten sozial- und heilpädagogischen Institutionen sind in den jeweiligen Leistungsaufträgen zu verpflichten, psychiatrische Konsiliartätigkeit zu beanspruchen (Empfehlung 11 der Ad-hoc Gruppe). Ein intensives konsiliarisches Engagement durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist auch für pädiatrische Abteilungen von Akutspitalern und für Kinderkliniken angezeigt. Die grösseren dieser Kliniken sollten mindestens zwei Staff - Kinder- und JugendpsychiaterInnen angestellt haben.

Wie in der Erwachsenenpsychiatrie sind auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ambulante Angebote im grösseren Ausmass als bis heute zur Verfügung zu stellen. Weil auch sie zwingend wohnortsnah anzubieten sind, und weil damit meist kleine und sehr kleine Gruppen resultieren, stellen sich erhebliche Managementprobleme, um auch diese Leistungserbringung wirtschaftlich zu gestalten.

¹³ Kantonale Psychiatrische Dienste, Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal, September 2003, S. 30.

Folgende Angebote sind in der Regel überkantonal anzubieten:

- stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie: Die Bettenzahl ist so stark abhängig vom regionalen Angebot an pädagogischen Akut- und Langzeitplätzen, an Tagesstrukturen und pädagogischen Familienbegleitungen, dass hier auf die Angabe von Richtwerten verzichtet wird.
- stationäre forensische Abteilung für Jugendliche in jeder Sprachregion,
- stationäre Suchtbehandlung für Jugendliche,
- Angebote für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit psychischen Krisen.

5.2 Alterspsychiatrie

Psychische Erkrankungen im hohen Alter sind verbreitet. Bei der über 80jährigen Bevölkerung sind Depressionen annähernd so stark vertreten wie demenzielle Erkrankungen. Betagte leiden zudem unter Problemen, wie sie in diesem Ausmass bei keiner anderen Bevölkerungsgruppe auch nur annähernd anzutreffen sind: Kognitive Dysfunktionen nach Spitalaufenthalt und Medikationsfehler (wobei öfters Psychopharmaka mitbeteiligt sind).

Ein möglichst langes Verbleiben in der angestammten Umgebung ist erklärtes Ziel jeder neueren Alterspolitik. Da der überwiegende Teil der Betagten zu Hause lebt, kommt den Spitex-Diensten im Bereich der Alterspsychiatrie erstrangige Bedeutung zu. Mit seinem Entscheid vom 18. März 2005 hat das Eidgenössische Versicherungsgericht den Weg für ein substanziell stärkeres Engagement der spitalexternen Krankenpflege geöffnet. Im Zusammenhang mit der Revision der Pflegeversicherung ist politisch darauf zu drängen, dass die gerade für alterspsychiatrisches Arbeiten nachteilige Limite von 60 Stunden pro Quartal aufgehoben oder auf mindestens 90 Stunden erhöht wird.

Wie ein auch alterspsychiatrisch kompetenter Spitex-Dienst zu organisieren ist, damit wirksam und wirtschaftlich gearbeitet werden kann, ist aus der Fachliteratur nicht ableitbar. Mit grösserer Wahrscheinlichkeit muss lokalen Bedingungen Rechnung getragen werden – eine Spitex-Organisation für 6'000 Einwohner sieht sich mit anderen Bedingungen konfrontiert als eine Spitex-Organisation, welche für eine Bevölkerung von 30'000 tätig ist.

Denkbar sind mindestens drei Varianten:

- Spezialisierte Fachpersonen, die in einem eigenen Verein zusammengeschlossen sind, können für eine oder mehrere Spitex-Organisationen psychiatrische Patienten versorgen resp. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spitex-Organisation im Umgang mit alters-psychiatrischen Patienten befähigen.

- Grössere Spitex-Organisationen achten bei der Einstellung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darauf, dass sie innerhalb ihrer eigenen Organisation auf psychiatrische Erfahrungen und auf Sachverstand zählen können.
- Alterspsychiatrische Aufgaben können als Mandat des mobilen Teams einer Klinik ausgeführt werden.

Auf jeden Fall ist aber in Erinnerung zu halten, dass ein Teil der zu Hause aufzusuchenden Hochbetagten auch somatische Erkrankungen aufweist. Es ist dann in der Regel nicht angezeigt, dass mehr als ein Dienst für die entsprechende Person krankenpflegerisch tätig ist.

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen werden aus verschiedenen Gründen oft nicht adäquat betreut und/oder gepflegt. Während von psychiatrischen Diensten ein erheblicher Einsatz für Fort- und Weiterbildungsangebote verlangt werden sollte, sind für psychiatrische Therapie (zusätzlich zur hausärztlichen), Liaison- und Konsiliartätigkeit in Heimen grundsätzlich niedergelassene Fachärzte zu verpflichten.

Mehrere Kantone haben schon jetzt in ihre Betriebsbewilligung die Bedingung aufgenommen, dass eine vertragliche Abmachung zwischen Heim und niedergelassenem Psychiater/niedergelassener Psychiaterin getroffen wird. Auf einer anderen Ebene liegt dann der Umstand, dass ein solcher Vertrag alleine noch keine höhere psychiatrische Kompetenz des Personals zu generieren vermag.

Alters- und Pflegeheime werden sich in der Zukunft in (reine) Pflegeheime verwandeln – eine Entwicklung, welche in einigen Kantonen (z.B. Basel-Stadt, Waadt) quasi schon abgeschlossen ist, und in anderen (z.B. Luzern, Schwyz) erst in einem Jahrzehnt stattfinden wird. Es ist darüber hinaus wahrscheinlich damit zu rechnen, dass diese Pflegeheime nicht zuletzt wegen dem dezidierten Willen, zu Hause zu bleiben, (und auch der voraussehbaren hohen Kosten sowie der öfters nicht befriedigenden Qualität) zu Krankenheimen werden.

Entlang dieser Perspektive müssen jetzt schon Weichen gestellt werden, damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeheime kompetent allen Herausforderungen begegnen können. Es wäre verhängnisvoll, wenn bei der notwendigen Weiterentwicklung der Psychiatrie zusätzlich spezielle Heime für alterspsychiatrische Bewohnerinnen und Bewohner geschaffen würden.

Rund die Hälfte aller Pflorgetage in öffentlichen Akutspitälern resultiert von Patientinnen und Patienten im Alter von 70+. Mit Sicherheit könnte bei mindestens 10% dieser Akutpatienten eine behandlungsnotwendige psychische Erkrankung diagnostiziert wer-

den (dass sie häufig nicht diagnostiziert wird, ist ein Problem für sich selbst¹⁴). Tatsächlich ist „der Spitalaufenthalt immer ein sensibler Moment und eine Chance, zuvor psychiatrisch Unbehandelte einer Behandlung zukommen zu lassen“ (Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, Liestal 2003, S. 130).

Für jedes grössere Spital ist psychiatrische Präsenz zu fordern – hier handelt es sich um ein generelles Postulat und nicht um ein alterspsychiatrisches. Insbesondere bei den Liaison-Aufgaben ist aber spezielle alterspsychiatrische Kompetenz notwendig.

Das gesamte Feld der Alterspsychiatrie bedarf in der Deutschschweiz der Förderung. Erfolgversprechender und effizienter als die Schaffung eines „Kompetenzzentrums Alterspsychiatrie“ (Folgeplanung II, a.a.O., S. 135) an fast jeder psychiatrischen Klinik könnte eine grundsätzlich überkantonale Schwerpunktbildung in fünf oder sechs Institutionen der Deutschschweiz sein (der Kanton Zürich hat dies in Hegibach schon realisiert).

Mit dieser angestrebten Einschränkung auf die Minderzahl der psychiatrischen Kliniken und der Verpflichtung zu interkantonaler Zusammenarbeit wollen drei Ziele verfolgt werden:

- 1) Die psychiatrische, psychotherapeutische sowie pflegerische Forschung (Empfehlung 27 der Ad-hoc Gruppe) soll in einem Rahmen stattfinden, der auf eine ausreichende personelle Dotierung bauen kann.
- 2) Mit der notwendigen Förderung der Alterspsychiatrie ist die Gefahr verbunden, dass Betagte öfters hospitalisiert werden. Wenn es sich um überkantonale Institutionen handelt, sollte Gegensteuer möglich sein.
- 3) Wie vorangehend erwähnt, gibt es grundsätzlich extrem wenige alterspsychiatrische Patienten, welche wegen ihrer Erkrankung nicht in einem Pflegeheim verbleiben könnten. Jedes Angebot, Pflegeheime von diesen Bewohnerinnen und Bewohnern „entlasten“ zu wollen, würde das Prinzip der Normalisierung verletzen.

Obwohl die Feststellung von der Möglichkeit zur Behandlung in der angestammten Umgebung auch für jene alterspsychiatrischen Patienten gilt, welche zu Hause leben, vermag das Moment der Entlastung des tragenden Netzes dann doch für einen Klinikaufenthalt ins Gewicht zu fallen.

Die Ad-hoc Gruppe verlangte mit der Empfehlung 28, die alterspsychiatrische Professionalisierung voranzutreiben. Allerdings scheint der Weg dazu noch zu wenig ergründet. Die auf den ersten Blick einfachste Lösung wäre die Schaffung eines eigenen Facharztstitels. Tatsächlich ist es nicht unproblematisch, in einer markant älter werden-

¹⁴ z.B. H. Bickel und S. Weyerer, Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Alter, Stuttgart 2006.

den Bevölkerung ein Feld auszugliedern, dem sich grundsätzlich jeder Psychiater, jede Psychiaterin annehmen sollte.

Es kommt dazu, dass eine eigentliche Spezialisierung wohl noch längere Zeit nicht im Feld der Erwachsenenpsychiatrie stattzufinden hätte. Bei Betagten und insbesondere bei Hochbetagten ist der Multimorbidität hohe Aufmerksamkeit zu schenken. Eine intensive Verbindung mit der geriatrischen Medizin (welche sich notabene auch noch nicht als Subspezialität etabliert hat) wäre unabdingbar.

5.3 Forensik

Gutachterliche Tätigkeit in diesem Feld sollte von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Kliniken und von ambulanten Diensten in dem Umfang übernommen werden, als dies zur Erfüllung der Aus- und Weiterbildung notwendig ist. In der Regel sollte in einem Sektor auch ein Facharzt mit dem hier relevanten Fachausweis mitarbeiten.

Sofern dann von den niedergelassenen Psychiatern und den existierenden forensischen Leistungserbringern (Abteilungen und Institute) der Nachfrage der Justiz nicht zu genügen vermocht wird, sind kategorial neue Lösungen zu suchen – gedacht wird an die Medas (Medizinische Abklärungsstellen), welche für die IV tätig sind.

Für komplexe und sehr komplexe Gutachten ist auf die fünf Universitäten mit medizinischen Fakultäten zu verweisen. Es ist aber auch denkbar, dass „for profit“-Organisationen hier eine Marktchance geboten wird.

Dass von Seiten der staatlichen Psychiatrie nicht allen Genüge zu tun ist, wird im Psychiatriekonzept des Kantons Zürich mit Bezug auf Straftäter deutlich gemacht: „... ist zu fordern, dass entsprechend den Vorentwürfen zur Strafrechtsrevision ab sofort nur stationäre Massnahmen für Patientinnen und Patienten, welche voll und ganz vom heute üblichen klinisch-psychiatrischen Rahmen profitieren, gerichtlich empfohlen werden. Darunter fallen vorab die meisten schizophreniekranken Massnahmepatientinnen und -patienten. Mit dazu gehören auch die selteneren Massnahmepatientinnen und -patienten mit klaren affektpsychotischen und neurotischen Störungen. Hingegen fallen alle diejenigen von Massnahmen Betroffenen heraus, welche wegen hoher Gefährlichkeit oder komplexer antisozialer Persönlichkeitsstörungen Hochsicherung und kriminal- und sozialtherapeutischer Mittel bedürfen Als Konsequenz ist eine restriktive klinische Eingangskontrolle angemeldeter Massnahmefälle zu empfehlen sowie die systematische Anpassung der Empfehlungspraxis forensisch-psychiatrischer Gutachter.“ (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, Psychiatriekonzept, S. 86.)

Es scheint erheblicher Konsens darüber zu bestehen, dass für psychisch kranke Straftäter spezialisierte Angebote existieren sollten (Empfehlung 22 der Ad-hoc Gruppe). Die konkretesten Vorstellungen dazu sind im gerade erwähnten Psychiatriekonzept

des Kantons Zürich zu finden (S. 86 f.). In einem „Verbundsystem“ von vier oder fünf deutschschweizerischen Kliniken (erwähnt werden beispielhaft die Rheinau, Münsingen, St. Urban und Wil) wären aufgabenspezifische Schwerpunkte zu bilden. Einer dieser Schwerpunkte könnte sich „gefährlicher Schizophreniekranker“ annehmen.

6 Warum Modellprogramme?

1. In der Fachliteratur dominiert die Überzeugung, dass eine psychiatrische Versorgung, welche die öffentlichen Mittel schwergewichtig für psychiatrische Kliniken einsetzt, weder effektiv noch effizient sei.

Um eine grössere Wirksamkeit zu erreichen, hat die psychiatrische Versorgung stärker als bis anhin ambulante Beratung, Therapie und Betreuung zu fördern, ohne dass deswegen psychiatrische Kliniken zu schliessen wären.

2. Wichtig ist vielmehr, dass in einem sehr langfristigen Lernprozess konsequent immer wieder nach den erfolgversprechendsten Angeboten und Kombinationen von Angebotselementen für Patientinnen und Patienten gesucht wird. Eine Gruppe kann auf der Kriseninterventionsstation (am somatischen Akutspital) in der Krise so gestützt werden, dass die ambulante Betreuung anschliessend ausreicht resp. dass niedergelassene Psychiater einen grösseren Teil dieser Patientengruppe weiter betreuen. Für wieder eine andere Gruppe ist der aufsuchende und kontinuierliche Kontakt in der angestammten Umgebung (in der eigenen Wohnung) am hilfreichsten (am effektivsten).

Für einen nennenswerten Anteil von Patienten bietet ein kürzerer oder eventuell auch längerer Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik weiterhin die beste Basis, um dann unter Umständen für eine grundsätzlich terminierte Zeit in einem Wohnheim den Umgang mit Krisen zu testen oder direkt wieder in der angestammten Umgebung wirken zu können.

3. Tageskliniken können für etwa einen Drittel der Patienten eine Alternative zur stationären Akutbehandlung bieten. In der Regel ist davon auszugehen, dass die tagesklinische Behandlung, welche meist nur wochentags angeboten wird, von längerer zeitlicher Dauer sein wird als ein stationärer Aufenthalt.

Das Ausmass der Remissionen ist (bei gleichem case-mix) annähernd gleich hoch bei einem stationären Aufenthalt wie bei einem Aufenthalt in der Tagesklinik. Trotzdem resultieren für tagesklinische Patienten nennenswert bescheidenere Kosten. Die Grössenordnung von rund zwanzig Prozent tieferem Aufwand ist aber nur ein Annäherungswert. Es scheint von wesentlicher Bedeutung zu sein, wie sich das Gesamtangebot der psychiatrischen Leistungserbringung präsentiert, um dann die Position von Tageskliniken (und ihrer Effektivität und Effizienz) bestimmen zu können. Dies ist eben auszutesten.

Bei der Bestimmung des Ausmasses von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit müssen die Aufgaben der jeweiligen Tagesklinik zusätzlich in die Analyse einbezogen werden. Es hat Auswirkungen auf das Einsparpotenzial, ob für Patienten eine frü-

here Entlassung aus Kliniken prioritär ist oder für eine Gruppe von potenziellen Patienten ein Klinikaufenthalt vermieden werden soll. Wenn der Tagesklinik ein Mandat für berufliche Eingliederungen zugeteilt ist, resultiert eine nochmalige Veränderung des Rahmens für eine Kostenreduktion.

Im Rahmen von Modellprogrammen – wie sie exemplarisch im Kanton Thurgau durchgeführt werden – ist zu klären, unter welchen Umständen eine vorläufige Maximierung der Zielerreichung erreichbar scheint, um dann bei der weiterführenden Planung die gesamten Arrangements so zu optimieren, dass die Erreichung von Zielen noch erfolgversprechender ausfällt.

4. Die jüngere Entwicklung in der internationalen psychiatrischen Versorgung kann mit der Kurzformel „gemeindenah und personenzentriert“ charakterisiert werden. Es ist also zum einen notwendig, dass Erkrankte möglichst in ihrer angestammten Umgebung bleiben (und wenn möglich auch weiterhin arbeiten) können. Zum anderen sind konsequent Angebote zu suchen, welche auf den jeweiligen Patienten/die jeweilige Patientin „massgeschneidert“ sind.
5. „Gemeindenah und personenzentriert“ zeigt an, dass die psychiatrische Versorgung oft bedeutend facettenreicher anzubieten ist, als dies in den meisten Gegenden der Schweiz aktuell der Fall ist. Dabei trifft man dann aber planerisch auf erhebliche Unsicherheiten. Mit Bezug auf eine grössere Zahl von Operationen (invasiven Eingriffen) kann aktuell recht präzise festgelegt werden, welcher Eingriff unter welchen Bedingungen teilstationär durchgeführt werden kann. Wenn die Fachdiskussionen verfolgt und statistische Informationen verglichen werden, sind für Chirurgen (zusammen mit der Anästhesie) potenzielle Gefahren bei einem teilstationären Aufenthalt zuverlässig abschätzbar.

Dem ist in der Psychiatrie weit weniger der Fall. Ohne abschliessend die Unterschiede aufzuzählen, wird auf folgende Momente aufmerksam gemacht: Mit der psychiatrischen Diagnose wird eine ganze Anzahl unterschiedlicher Manifestationen zusammengefasst, welche nur bedingt die sozialen Konsequenzen für die Patientin/den Patienten selbst und zumeist kaum die Konsequenzen für sein/ihr soziales und berufliches Umfeld anzeigen (diese Konsequenzen haben dann aber öfters wieder einen Einfluss auf das Krankheits- resp. Rehabilitationsgeschehen).

Noch gewichtiger ist, dass die Auswirkungen der Therapien in der Psychiatrie ungleich weniger gut prognostizierbar sind als bei den vorangehend erwähnten Operationen. Und am ausgeprägtesten sind Differenzen bei der Wahl von „therapeutischen Arrangements“. Im angetönten Fall ginge es nur darum, ob ein sog. vollstationärer Spitalaufenthalt anstelle des tageschirurgischen Eingriffes zu treten habe – oder ob gänzlich auf den Eingriff zu verzichten sei.

Zwar gibt es eine grössere Gruppe psychisch erkrankter Patienten, bei denen der Entscheid klar Zugunsten einer Hospitalisation oder Zugunsten einer ambulanten Betreuung gefällt werden kann – immer vorausgesetzt, dass eine ausreichende Zahl von Therapieplätzen zur Verfügung steht. Aber für eine stattliche Zahl psychisch Erkrankter bietet sich bei einem dichteren Netz von psychiatrischen Angeboten eine Vielzahl von Optionen an.

6. Das Feld psychiatrischer Therapie und Rehabilitation präsentiert sich tatsächlich als sehr vielfältig. Unter diesen Umständen ist das vorläufig gesicherte Wissen über die jeweils erfolgversprechendsten Patientenpfade zwangsläufig relativ bescheiden.

Unter schweizerischen Verhältnissen kommt dazu, dass innerhalb der bestehenden Strukturen grundsätzlich vorhandenes Handlungswissen (aus anderen Gesundheitswesen vermittelt) nur teilweise übernommen werden kann.

Am Schluss von Kapitel 1 wurde darauf aufmerksam gemacht, dass international tief greifende Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung über politische Entscheide (also nicht etwa psychiatrieimmanent) erreicht wurden. Dieser Tatbestand wird mit drei Beispielen illustriert – die Beispiele stammen aus unterschiedlichen Dekaden:

- In den USA wurde Mitte der 70er Jahre auf die Initiative der Exekutive hin der Community Mental Health Act vom Parlament beschlossen. Damit wurden die Weichen gestellt, um wesentlich wohnortsnäher (in sog. catchment areas) psychiatrische Leistungen anzubieten und die (zum Teil riesigen) psychiatrischen Kliniken rigoros zu verkleinern.

Das National Institute of Mental Health (NIMH) erhielt den Auftrag, einen Teil der sukzessive stattfindenden Veränderungen über den Forschungsschwerpunkt Evaluation zu begleiten.

- Nach der auch für die Psychiatrie in der Schweiz bedeutsamen Psychiatrie-Enquête des deutschen Bundestages wurde anfangs der 80er Jahre von der Bundesregierung der Auftrag zur Durchführung und Evaluation von Modellprogrammen erteilt. („Ziel des Programms [ist] die modellhafte Erprobung einer nahtlosen, aufeinander abgestimmten Gesamtversorgung psychisch Kranker und Behinderter in ausgewählten Versorgungsgebieten von der ambulanten über die stationäre Behandlung bis zur Rehabilitation. Hierzu sollen Modelle geschaffen werden, anhand derer übertragbare Erkenntnisse über die Entwicklung zur Vollversorgung im ambulanten, komplementären und rehabilitativen Bereich, unter Einschluss der stationären Versorgung und auf diese Weise wis-

senschaftlich abgesicherte Praxiserfahrungen für denkbare gesetzgeberische Konsequenzen gewonnen werden können.“¹⁵)

- In England wurde Ende der 90er Jahre eine umfangreiche Bestandesaufnahme über das Feld der psychiatrischen Dienstleistungen zuhanden der Regierung erarbeitet. Das Department of Health publizierte dann im Frühjahr 2000 The NHS Plan, welcher im Detail vorgab, wo welche Veränderungen zu treffen seien, zum Beispiel müssten 260 Gemeindeteams (Assertive outreach teams), 360 Kriseninterventionsteams usw. tätig werden.¹⁶
7. Während nur in Deutschland der Begriff Modellprogramme verwendet wurde, haben alle mit der Schweiz vergleichbaren Gesundheitswesen (z.B. auch Frankreich, Belgien, Norwegen) die Verpflichtung zur Evaluation in ihre Psychiatrieplanungen eingeführt. In den USA ging man soweit, dass anfänglich zwei Prozent des Betriebsaufwandes eines Community Mental Health Centers für die Evaluation eingesetzt wurden (zusätzlich zu den Mitteln, welche über das NIMH zur Verfügung standen) – nach einigen Jahren wurde man sich gewahr, dass auch ein Prozent für diese Arbeiten genügt.

Immer handelte es sich darum, Praxiserfahrungen so aufzuarbeiten, dass fundiertere Planung der psychiatrischen Leistungserbringung möglich wurde. Nichts anderes als dies steht nun auch in der Schweiz als Aufgabe an.

Etwas überzeichnend kann behauptet werden, dass aktuell noch zu wenig auf schweizerische Verhältnisse angepasstes Wissen darüber existiert, was von wem wie zu gestalten ist, damit die Maxime der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllt werden kann.

Um auf eine andere Ebene zu gelangen, muss so etwas wie ein gemeinsames Lernen (in das unbedingt auch die Versicherer einzuschliessen sind) in Gang gesetzt werden. Pointiert formuliert ist festzustellen, dass der aktuelle Wissensbestand für eine langfristig angelegte Psychiatrieplanung noch zu wenig fundierte „Planungshypothesen“ erlaubt.

Um zu Fundierterem zu gelangen, ist Zusammenarbeit unter den Kantonen notwendig. Während bevölkerungsreiche Kantone in der Lage sein sollten, grössere Evaluationsprojekte selber durchzuführen, sind kleinere Kantone damit überfordert. Es braucht aber Erkenntnisse von Modellprogrammen aus einer grösseren Zahl

¹⁵ Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn, 11. November 1988, A.1 S. 15 f.

¹⁶ Department of Health, The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform, London 2000. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on

von Kantonen, weil in notwendigem Ausmass verallgemeinerbares Wissen sich nicht nur auf städtische Verhältnisse, sondern auch auf ländliche beziehen sollte und weil relativ kleine Differenzen in der Ausgestaltung von psychiatrischen Angeboten möglicherweise signifikante Differenzen bei Resultaten zeitigen.

Einfacher argumentiert: Eine Fallstudie über den Einsatz einer mobilen Equipe kann nicht genügen, um faire Aussagen über den Stellenwert einer solchen Leistung zu formulieren. Das Resultat wird in erheblichem Ausmass vom Gesamtsetting psychiatrischer Leistungserbringung abhängen. Unter diesen Umständen ist also nur schon für ein einzelnes neues Element mehr als eine Evaluationsstudie notwendig.

7 Auswahl aus der Fachliteratur

Zusätzlich zu den in den Fussnoten genannten Publikationen:

T. Berhe et al., „Home treatment“ für psychische Erkrankungen, in *Nervenarzt*, vol. 76, 2005, S. 822-831.

M. A. Blais et al., Predicting Length of Stay on an Acute Care Medical Psychiatric Inpatient Service, in *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 31, 2003, S. 15-29.

H. D. Brenner et al., Gemeindeintegrierte Akutversorgung. Möglichkeiten und Grenzen, in *Nervenarzt*, vol. 71, 2000, S. 691-699.

H. D. Brenner und H. Hoffmann, Den Schweizern sind die Betten teuer!, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, 2004, S. 166-168.

P. Brieger und H.-J. Kirschenbauer, Kann Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung in Deutschland wissenschaftlich fundiert sein?, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, 2004, S. 383-386.

T. Burns et al., Home treatment for mental health problems: a systematic review, in *Health Technology Assessment*, vol. 5, no. 15, 2001.

T. Burns, Psychiatry in the future. Changes in UK mental health care over the past 15 years, in *Psychiatric Bulletin*, vol. 28, 2004, S. 275-276.

Th. W. Kallert et al., Direkte Kosten akutpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 32, 2005, S. 132-141.

H. Kunze und S. Priebe, Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie, in *Psychiatrische Praxis*, vol. 33, 2006, S. 53-55.

A.D. Lesage et al., Toward Benchmarks for Tertiary Care for Adults With Severe and Persistent Mental Disorders, in *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, 2003, S. 485-492.

M. Marshall et al., Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care, in *Health Technology Assessment*, vol. 5, no. 21, 2001.

M. Marshall, How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network. July 2005. <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>.

H. Melchinger et al., Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung, in *Nervenarzt*, vol. 77, 2006, S. 73-80.

E. Roberts et al., A Review of Economic Evaluations of Community Mental Health Care, in *Medical Care Research and Review*, vol. 62, 2005, S. 503 – 543.

W. Rössler und A. Theodoridou, Neue Versorgungsmodelle in der Psychosebehandlung, in *Nervenarzt*, Vol. 77, Suppl. 2, 2006, S. 111-120.

P. Schunke, Future of mental health services in Europe: from fragmentation to integration? [MSc Thesis; verfasst u.a. im Rahmen eines Praktikums bei der GDK]. London School of Economics and Political Science; 2003.

G. Thornicroft et al., Community mental health teams: evidence or belief?, in *British Journal of Psychiatry*, vol. 175, 1999, S. 508-513.

S. Weinmann und W. Gaebel, Versorgungserfordernisse bei schweren psychischen Erkrankungen, in *Nervenarzt*, vol. 76, 2005, S. 809-821.

Weltgesundheitsorganisation WHO 2006. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO.

http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050912_1?language=German

8 Anhang I: Ergänzende Hinweise

8.1 Differenzen zur somatischen Versorgung

Wenn in Planungen zur psychiatrischen Leistungserbringung Gestaltungsprinzipien aufgeführt sind, so dominieren soziale Elemente. Diese sind für die öffentliche Psychiatrie imperativ. Wenn sie nicht konsequent umzusetzen getrachtet werden, dann ist die Zielerreichung medizinischen und pflegerischen Handelns selbst gefährdet. Darin unterscheidet sich die Psychiatrie von einem grösseren Ausschnitt aus der Leistungserbringung der somatischen Medizin.

Statt nun diese Elemente (bevölkerungsnah, nicht-stigmatisierend, die soziale Situation einbeziehend, personenorientiert, vernetzt handelnd usw.) zu umschreiben, will hier auf Unterschiede zwischen psychiatrischer und somatischer Versorgung aufmerksam gemacht werden. In aller Regel hat die gleiche politische Instanz zu beiden Planungen Entscheide zu fällen. Da sollte es überlegtes Vorgehen stützen, wenn einige markante Unterschiede gegenwärtig sind – auf jeden Fall aber stärker präsent als dem Gesetzgeber bei der Formulierung von KVG Art. 39.

- a) Soziale Dimensionen (im weiteren Sinne) besitzen so viel Gewicht, dass sie in der psychiatrischen Versorgung intensiv mitzuberücksichtigen sind.

Im Gegensatz zur teilstationären und ambulanten Versorgung in der somatischen Medizin spielt in der Psychiatrie die (mit öffentlichen Transportmitteln zum Ort der Leistungserbringung zurückzulegende) Distanz eine sehr erhebliche Rolle. Als Regel gilt, dass ab einer Reisezeit von einer halben Stunde die Inanspruchnahme von Leistungen proportional zur Distanz abnimmt.

Dieser Tatbestand muss in einer Planung als eigenständige Grösse Berücksichtigung finden. Zudem ist für manche psychiatrischen Kliniken in Erinnerung zu rufen, dass die Distanz zu Bevölkerungszentren erheblich sein kann – sie ist weniger für den Klinikaufenthalt selber bedeutsam als im Zusammenhang mit dem notwendigen Kontakt zu den Lebensverhältnissen vor dem Klinikeintritt. Sicher ist, dass psychiatrische Kliniken sich öfters in einer Entfernung befinden, wie sie für Spitäler nicht akzeptiert würde.

Für die Indikation zur stationären Behandlung von Unfällen und akutem Krankheitsgeschehen spielen soziale Faktoren eine bescheidene Rolle. Für die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen sind nicht-medizinische Faktoren dagegen öfters von sehr erheblicher Relevanz.

Allgemein gilt für psychiatrische Patienten, dass die soziale Situation im weiteren Sinne einen erheblichen Einfluss auf „Behandlungschancen“ hat (in der somatischen Medizin ist die soziale Ebene – ausser für Betagte – nur von marginaler Be-

deutung). Psychiatrische Leistungserbringung muss, wenn dies angezeigt ist, auch im sozialen Umfeld (und wenn nötig für dieses selbst) tätig sein.

Die überwiegende Mehrzahl der in somatischen Akutspitälern behandelten Patientinnen und Patienten hat nach dem Spitalaustritt keine sozial negativen Konsequenzen zu befürchten. (Ein Teil kann sogar mit sozial positiv gewerteten Vorteilen rechnen.) Nicht so für Patienten aus psychiatrischen Kliniken: Nach längeren (oder sich repetierenden) Klinikaufenthalten trägt das soziale Netz weniger, der Arbeitsplatz kann in Gefahr sein, die bisherige Wohnung muss eventuell aufgegeben werden usw.

Für einen Teil der psychisch Kranken wirken Lebensbedingungen mit Bezug auf Klinikaufenthalte mit einem Verstärkereffekt – Probleme in der Lebenswelt fördern direkt einen Klinikaufenthalt, und ein Klinikaufenthalt wirkt sich für eine Gruppe wieder negativ auf die Lebenswelt aus.

Hier liegt ein wesentlicher Grund, warum in der psychiatrischen Versorgung darauf gezielt werden muss, möglichst nahe an der Lebenssituation der Patienten tätig zu sein und Unterstützung dafür zu bieten, dass die Situation in der Lebenswelt nicht verschlimmert wird.

Es besteht ein relativ solider Wissensbestand, dass für einen Teil der psychiatrischen Patienten Therapie und/oder Rehabilitation sowie die weitere Betreuung nahe an der Lebenssituation das effektivste Vorgehen bedeutet. Da dem Aufsuchen einer psychiatrischen Klinik ein stigmatisierendes Element eigen sein kann, ist der Sekundärprävention und der Krisenintervention ausserhalb der Klinik stärkere Bedeutung als bis anhin beizumessen.

Auf etwas anderer Ebene mit Bezug auf diese Dimension liegt die Zwangseinweisung. Sie ist praktisch nur in der Psychiatrie möglich.

Abschliessend ist noch zu konstatieren, dass Unklarheit oder Erfolglosigkeit in der somatischen Medizin psychiatrisiert werden kann. Dagegen ist es äussert selten, dass ein psychisches Leiden somatisch gedeutet zu werden vermag.

- b) Die aktuelle Finanzierung wirkt hemmend auf die Wirksamkeit psychiatrischer Leistungserbringung.

In der somatischen Versorgung können Gesetzmässigkeiten für die Entschädigung der Leistungserbringer im ambulanten Bereich, für die teilstationären und die stationären Leistungen mehr oder weniger im jeweiligen Leistungsbereich nachvollzogen werden. Bei der psychiatrischen Versorgung werden keine finanziellen Stimuli gesetzt, damit im Interesse einer möglichst wirksamen Versorgung bevölkerungs-

nahe, nicht-stigmatisierend, auf die berufliche Integration gerichtet und präventiv gehandelt werden kann.

Diese Feststellung gilt auch für hausärztliche Leistungen (z.B. substanziell erhöhter Zeitaufwand), die spezialärztliche Betreuung (z.B. kaum Chancen zur Effizienzsteigerung mit Hilfe der Sozialarbeit), Spitex-Leistungen in der „psychiatrischen Behandlungspflege“ und in der ambulanten Versorgung, welche praktisch immer multiprofessionell zu erfolgen haben.

Psychiatrische Leistungen sind öfters in einem multidisziplinären Team zur Verfügung zu stellen (mit Sicherheit öfters als in der stationären Akutmedizin). Die finanziellen Steuerungsmechanismen sind aber noch nicht so angelegt, dass eine konsequente Orientierung hin auf die Prävention eines Klinikaufenthaltes, die Vermeidung beruflicher Desintegration und Anstrengungen wider die Chronifizierung in grösserem Umfang unterstützt würde.

Wichtig ist dann auch der Tatbestand, dass beim Verfolgen der individuell effektivsten Kombination der Leistungserbringung sehr unterschiedliche Kombinationen der Erbringung von Leistungen über einen bestimmten Zeitabschnitt resultieren können. Dabei ist es für die Leistungserbringung (mindestens aktuell noch) problematisch, für Elemente der Leistungserbringung über unterschiedliche Budgets arbeiten zu müssen.

Etwas übertrieben könnte die Situation als Paradoxon formuliert werden: Während mit Bezug auf die Behandlung und Betreuung von Patienten hohe Flexibilität angezeigt ist, bringt die je spezifische Finanzierung ein gewichtiges Trägheitsmoment mit sich, das die erwünschte Flexibilität hemmt. Zum Verständnis dieser Behauptung ist mitzubedenken, dass die jeweilige personelle Dotierung auch vorgibt, wie eine Leistung im stationären Bereich oder in den unterschiedlichen ambulanten Angebotselementen entschädigt wird. Dies trägt dem Tatbestand zu wenig Rechnung, dass in einem Team flexibel zu handeln ist.

- c) Öffentliche und private Leistungen für psychisch Kranke stehen in einem teilweisen Nebeneinander – die mangelnde Vernetzung gehört zu den gravierenden Schwächen in der psychiatrischen Versorgung.

Die hausärztliche und die spezialärztliche Versorgung der Bevölkerung einer Region ist nur ausnahmsweise direkt in der Planung der stationären Versorgung für somatisch Erkrankte zu berücksichtigen. Die ambulante Versorgung in der Psychiatrie hat dagegen einen bedeutsamen Einfluss auf das Angebot, das ein Kanton zur Verfügung zu stellen hat – also auch auf die Spitalplanung in der Psychiatrie.

Die ambulante Versorgung durch Grundversorger hat für die somatische stationäre Versorgung erhebliche Bedeutung: Ein Teil der Diagnostik erfolgt in der ärztlichen Praxis, die im Spital begonnene Therapie wird von den niedergelassenen Ärzten weitergeführt usw. Ein nennenswerter Teil nichtpsychiatrischer Spezialärzte (z.B. Gastroenterologen, Kardiologen, Nephrologen, Onkologen, Pneumologen) behandelt dann im Vergleich zu den Grundversorgern schwerere Erkrankungen und schwieriger zu behandelnde Patienten.

Für psychiatrische Spezialärzte mit eigener Praxis gilt dies nur bedingt. Grundversorger behandeln mit Sicherheit mehr hirnorganisch Erkrankte und mehr Depressive als niedergelassene Psychiater. Schizophrene und affektpsychotische Patienten werden von keiner der beiden Ärzte-Gruppen prioritär behandelt.

K. Ernst spricht von „paradoxe Patientenselektion der psychiatrischen Privatpraxis“: Von der Gesamtzahl derjenigen psychiatrischen Fälle, die grundsätzlich ambulant behandelbar sind, begeben sich tendenziell eher die leichter Kranken zum psychiatrischen Spezialisten und nicht die schwerer Kranken.¹⁷ (Bei der Würdigung dieser Feststellung ist in Erinnerung zu rufen, dass die Schweiz weltweit über die dichteste Versorgung mit niedergelassenen Psychiatern verfügt.)

Beim Versuch zur Involvierung von Psychiatern mit eigener Praxis in Elemente der Leistungen, welche man aktuell als staatliche Aufgabe betrachtet, muss klar werden, dass es zwar auch um die finanzielle Entschädigung geht; aber darüber hinaus sind Konditionen einer integrierten Versorgung zu schaffen, welche ein effizientes und effektives Arbeiten auf beiden Seiten fördern.

Die acht psychiatrischen Privatkliniken bieten einen proportional bedeutend kleineren Anteil an Betten an, als dies in der somatischen stationären Versorgung der Fall ist. Somatische Privatspitäler werden in der Regel nach dem Belegarztprinzip geführt. Private psychiatrische Kliniken kennen dagegen durchwegs das Chefarzt-Prinzip, was wieder daraufhin zeigt, dass niedergelassene Psychiater nicht auch Klinikpatienten betreuen.

- d) Ein Teil des notwendigen psychiatrischen Handelns verlangt mittel- und längerfristige Kontinuität.

Das Krankheitsgeschehen in der somatischen Medizin lässt sich oft und bei Unfällen sogar sehr oft gut eingrenzen. Dies ist z.B. eine wesentliche Voraussetzung zur Bildung von DRGs. Bei manchen Erkrankungen und bei der Behandlung von Unfallfolgen vermag auch recht klar zwischen einer Akutphase und eventuell angezeigter Rehabilitationsphase getrennt zu werden.

¹⁷ K. Ernst, Psychiatrische Versorgung heute, Stuttgart und Berlin 1998, S. 44 ff.

In der Psychiatrie sind Übergänge zwischen Akutgeschehen und Rehabilitation nicht selten fließend. Die Indikation zur Rehabilitation ist dabei öfters weniger vom sog. Rehabilitationspotenzial als von der Patientenkarriere bestimmt. Es kommt dazu, dass ein Teil des Krankheitsgeschehens auch bei jüngeren Patienten einen chronischen Verlauf nimmt (bei Schizophrenie wahrscheinlich ein gutes Drittel) – es vermischen sich dann akute Elemente mit rehabilitativen und (phasenweise) hauptsächlich betreuenden.

Leistungserbringer in der Psychiatrie warten meist mit der Zuweisung des Status „Chronischkranker“. Tatsächlich werden Patienten (immer wieder) in den Status „akutkrank“ zurückgenommen, um die Etikettierung als „Chronischkranken“ zu vermeiden – dabei verhindern aktuell aber manche Konditionen den Erfolg. So dürfte z.B. von der Invalidenversicherung in der jüngsten Vergangenheit ein chronifizierender Einfluss ausgegangen sein.

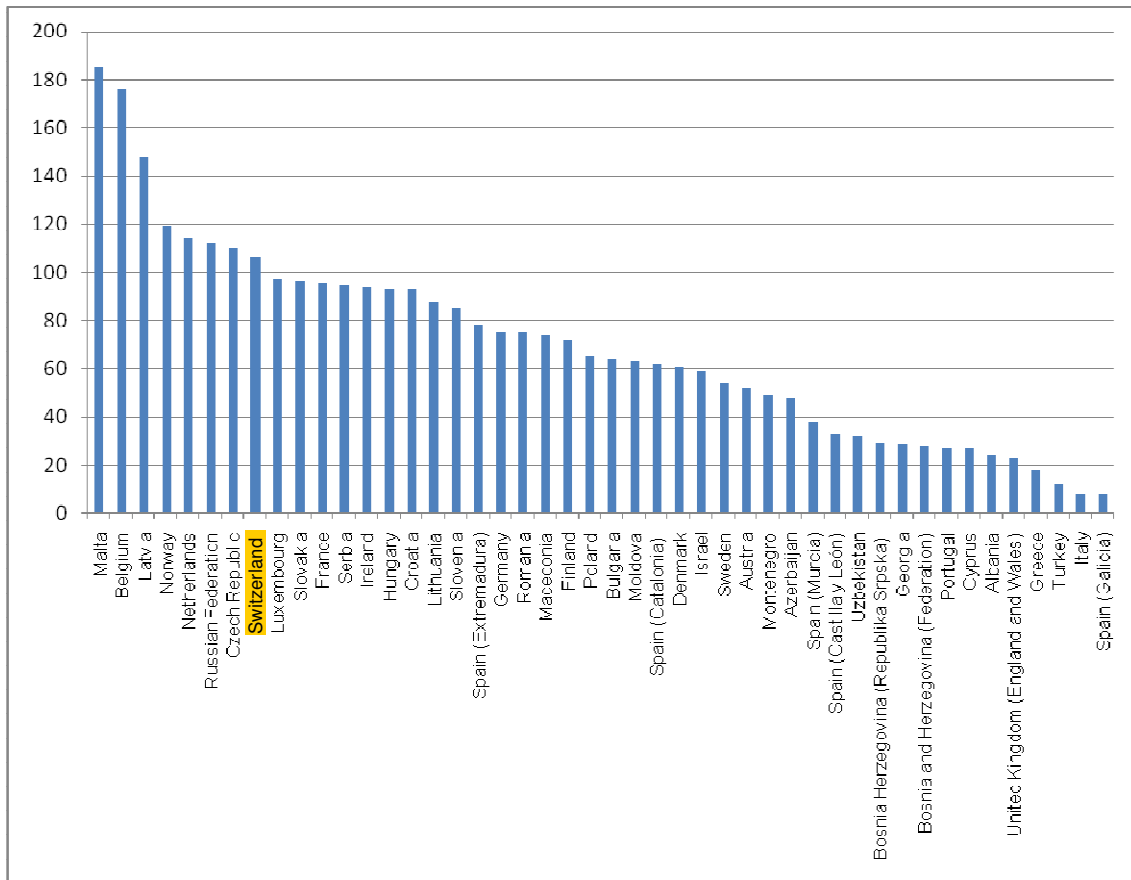
8.2 Vergleich mit dem europäischen Ausland

In Abbildung 1 sind die Anzahl Betten in stationären psychiatrischen Einrichtungen pro 100'000 Einwohner dargestellt. Unter psychiatrische Einrichtungen fallen:

- Psychiatrische Kliniken (*ohne* spezifische Kliniken und Abteilungen für forensische Patienten und Suchtpatienten).
- Gemeindenahe stationäre psychiatrische Einrichtungen und psychiatrische Abteilungen in somatischen Kliniken.

Die Daten wurden 2007 vom WHO Regionalbüro für Europa erhoben und entstammen aus dem Bericht „Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen, WHO Regional office for Europe (in press)“ (geplantes Publikationsdatum 10. Oktober 2008).

Abbildung 1: Anzahl Betten in stationären psychiatrischen Einrichtungen pro 100'000 Einwohner (ohne Sucht und Forensik)



In Tabelle 1 sind die in Abbildung 1 verwendeten Zahlen aufgeschlüsselt. Die Zahlen in der ersten Daten-Spalte (Total Psychiatrie-Betten pro 100'000) korrespondieren mit den in Abbildung 1 verwendeten Werten. Diese setzen sich aus den Betten in psychiatrischen Kliniken (Daten-Spalte 2) und Psychiatrie-Betten in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen und somatischen Kliniken (Daten-Spalte 3) zusammen. In den meisten Ländern wird die stationäre psychiatrische Versorgung mehrheitlich durch psychiatrische Kliniken gewährleistet. In Ländern wie Norwegen, Luxemburg oder Schweden basiert die stationäre psychiatrische Versorgung jedoch mehrheitlich auf gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen oder somatischen Kliniken.

Tabelle 1: Anzahl Betten in stationären psychiatrischen Einrichtungen pro 100'000 Einwohner (ohne Sucht und Forensik)

Land	Total Psychiatrie-Betten pro 100'000	Betten in psychiatrischen Kliniken pro 100'000	Psychiatrie-Betten in gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen und somatischen Kliniken pro 100'000
Malta	185	185	0
Belgium	176	152	24
Latvia	148	137	11
Norway	119	69	50
Netherlands	114	-	-
Russian Federation	112	-	-
Czech Republic	110	96	14
Switzerland	106	100	6
Luxembourg	97	52	45
Slovakia	96	18	78
France	95	-	-
Serbia	95	-	-
Ireland	94	71	23
Hungary	93	-	-
Croatia	93	-	-
Lithuania	88	78	10
Slovenia	85	72	13
Spain (Extremadura)	78	73	5
Germany	75	-	-
Romania	75	54	21
FYR Macedonia	74	64	10
Finland	72	-	-
Poland	65	49	16
Bulgaria	64	28	36
Moldova	63	63	0
Spain (Catalonia)	62	46	16
Denmark	61	-	-
Israel	59	55	4
Sweden	54	4	50
Austria	52	37	15
Montenegro	49	49	0
Azerbaijan	48	-	-
Spain (Murcia)	38	-	-
Spain (Castilla y León)	33	23	10
Uzbekistan	32	31	1
Bosnia Herzegovina (Republika Srpska)	29	-	-
Georgia	29	29	0
Bosnia and Herzegovina (Federation)	28	-	-
Portugal	27	17	10
Cyprus	27	21	6
Albania	24	18	6
UK (England and Wales)	23	14	9
Greece	18	14	4
Turkey	12	-	-
Italy	8	0	8
Spain (Galicia)	8	0	8

Bemerkungen: Es liegen nicht zu allen Ländern Angaben zur Aufschlüsselung der Psychiatrie-Betten vor. Fehlende Werte sind mit einem Querstrich (-) gekennzeichnet.

Im Folgenden wird die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung von fünf westeuropäischen Ländern kurz beschrieben, die z. T. beträchtliche Unterschiede in den Bettenzahlen aufweisen. Betreffend ihrem allgemeinen Entwicklungsstand sind die Länder hingegen untereinander und mit der Schweiz in etwa vergleichbar. Die dazu benötigten Angaben stammen vorwiegend aus der Länderreihe „Health Systems in Transition (HiT)“ des WHO Regionalbüros Europa¹⁸. Ausgewählt wurden Belgien und Norwegen, zwei Länder mit einer hohen Bettendichte sowie unsere Nachbarländer Deutschland mit 75 und Österreich mit rund 50 Betten pro 100'000 Einwohner. Abschluss bildet die UK (England und Wales) mit rund 20 Betten pro 100'000 Einwohner.

Belgien¹⁹ stellt die Versorgung psychisch Kranker primär anhand der folgenden fünf Dienste sicher: Psychiatrische Kliniken, psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, psychiatrische Pflegeheime, betreutes Wohnen sowie ambulante Zentren. Die heutigen Versorgungsstrukturen sind das Resultat zweier Reformen. Die Reform von 1990 war auf eine Reduktion des stationären Klinikangebotes und eines Ausbaus der gemeindenahen Versorgung ausgerichtet. Durch die Reform von 1999 sollten die intensive und spezialisierte Versorgung in psychiatrischen Kliniken ausgebaut, Grenzen zwischen der ambulanten und stationären Versorgung abgebaut und Klinikbetten weg von den Kliniken, in Richtung Pflegeheime und betreutes Wohnen, verschoben werden. Zur Zeit ist eine weitere Reform geplant, die auf eine bessere Koordination der Angebote zielt.

In **Norwegen**²⁰ erfolgte die Versorgung psychisch Kranker bis vor kurzem durch traditionelle psychiatrische Institutionen und psychiatrische Kliniken. In den 1990er Jahren wurde die psychische Gesundheit auf die politische Agenda Norwegens gesetzt. Ein Weissbuch wies auf Mängel bei der Versorgung psychisch Kranker hin. Daraufhin wurde eine Reform eingeleitet mit dem Ziel, die Versorgung patientengerechter zu gestalten. Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Qualität wie auch die Organisation der Dienste und die Behandlung sollten verbessert werden. Schwerpunkt bildete der Aufbau von so genannten „Community mental health centres“ (CMHC). CMHC bestehen aus einer Reihe verschiedener Angebote wie ambulante Einrichtungen und stationäre Kliniken für Kurzaufenthalte, Tageskliniken, Kriseninterventions- und Gemeindeteams (assertive outreach). Auf der einen Seite kooperieren diese mit den psychiatrischen Kliniken, auf der anderen Seite mit der medizinischen Grundversorgung und anderen Gemeindediensten. Dadurch soll eine kohärente und abgestimmte Versorgung der Patient/innen erzielt werden. Dies konnte bis heute nur teilweise erreicht werden. Insbe-

¹⁸ Die betreffenden Berichte, wie auch diejenigen vieler anderer europäischer Länder sind auf den Seiten der WHO Europe abrufbar: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

¹⁹ Corens D. *Health system review: Belgium. Health Systems in Transition*, 2007; 9(2): 1–172. <http://www.euro.who.int/Document/E90059.pdf>

²⁰ Johnsen JR. *Health Systems in Transition: Norway*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf>

sondere die Zusammenarbeit mit den Kliniken funktioniert nur in etwa der Hälfte der Fälle. Die Verbesserung dieser Zusammenarbeit stellt sodann die grösste Herausforderung in den nächsten Jahren dar.

In **Deutschland**²¹ stützt sich die Versorgung psychisch Kranker seit rund 30 Jahren vermehrt auf gemeindenahere Versorgungsstrukturen. Auslöser war eine Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages 1975, die unnötige Hospitalisierungen und eine geringe Versorgungsqualität beanstandete. Die Situation der neuen Bundesländer ähnelte 1990 der Lage in den alten Ländern vor der Psychiatriereform. In der Folge setzte auch dort ein Prozess der Enthospitalisierung ein. Dieser war mit einer Zunahme gemeindenaher Angebote verbunden wie betreute Wohngemeinschaften, ambulante Kriseninterventionszentren und Zentren zur psychosozialen Beratung und sozialen Unterstützung. Die Quantität und Qualität dieser Angebote variieren stark zwischen den verschiedenen Kommunen und Ländern. Allgemein werden die Möglichkeiten zur beruflichen Rehabilitation und umfassender sozialer Integration noch als unzureichend betrachtet.

In **Österreich**²² werden seit Ende der 1970er Jahre Reformen in der psychosozialen Versorgung durchgeführt mit dem Ziel, die traditionelle Anstaltspsychiatrie in eine wohnort- und lebensnahe Betreuung überzuführen. Seit den 1980er Jahre wurden ein stetiger Abbau stationärer psychiatrischer Betten und eine deutliche Reduktion der durchschnittlichen Belegsdauer erzielt. Gleichzeitig wurde eine extramurale psychiatrische Versorgung aufgebaut. 1999 ist erstmals österreichweit ein verbindliches Psychiatriekonzept beschlossen worden mit folgenden Leitlinien: Bedürfnisgerechtigkeit, Bedarfsgerechtigkeit, Vernetzung und Versorgungsverpflichtung, Integration in die Grundversorgung, Qualitätssicherung und Partizipation. Um das angestrebte Ziel „ambulant vor stationär“ zu erreichen, soll der Ausbau von semistationären, ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten weiter forciert werden.

In **Grossbritannien** wurde, wie schon in Kapitel 6 erwähnt, Ende der 90er Jahre eine umfangreiche Bestandesaufnahme zu den psychiatrischen Dienstleistungen zuhanden der Regierung erarbeitet. Der daraus resultierende und im Jahr 2000 publizierte Bericht „The NHS Plan“²³, gab im Detail vor, wo welche Veränderungen zu treffen seien. Beispielsweise müssten 260 Gemeindeteams (Assertive outreach teams), 360 Kriseninterventionsteams usw. tätig werden. In den folgenden Jahren fanden tief greifende

²¹ Busse R, Riesberg A. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2005. <http://www.euro.who.int/document/e85472g.pdf>

²² Hofmarcher MM, Rack HM. *Gesundheitssysteme im Wandel: Österreich*. Kopenhagen, WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, 2006. <http://www.euro.who.int/document/e89021g.pdf>

²³ Department of Health, *The NHS Plan – A Plan for Investment, A Plan for Reform*, London 2000.

Veränderungen statt. Bis 2007 wurden 252 Gemeindeteams, 343 Kriseninterventions-teams und 118 Frühinterventionsteams (early intervention teams) aufgebaut²⁴. Diese Teams arbeiten eng mit der stationären Versorgung zusammen. Dadurch konnten Probleme früher identifiziert und die Patient/innen eher in ihrer angestammten Umgebung versorgt werden. In einem nächsten Schritt sollen verschiedene bestehende Grenzen und Hindernisse abgebaut werden, z.B. diejenige zwischen dem psychiatrischen Bereich und dem Sozialbereich oder zwischen den psychiatrischen Diensten und der in den betreffenden Gemeinden lebenden Bevölkerung, insbesondere den ethnischen Minoritäten.

8.3 Beschreibung der Grundversorgung durch die öffentliche Psychiatrie

In Anlehnung an das Psychiatriekonzept des Kantons Zürich²⁵ werden unter der psychiatrischen Grundversorgung folgende Leistungselemente verstanden:

- Ambulante Behandlung:
Ambulatorium, mobile Equipe, Konsiliar- und Liaisonleistungen.
- Intensive Akutbehandlung:
Akutstationen, Kriseninterventionszentrum, Tagesklinik.
- Intensive Intermediärbehandlung:
Rehabilitationsstationen, Tagesklinik.
Betreuung ausserklinischer Angebote beruflicher und sozialer Rehabilitation.
- Langzeitbetreuung und -behandlung:
Tageszentren, geschützte Werkstätten, Wohngruppen, Wohnheime.
Betreuung von Abteilungen und Heimen für psychiatrische Langzeitpflege, Hostel.
(Bei diesen Leistungseinheiten findet sich öfters eine Überschneidung mit Institutionen der Invalidenversicherung.)

Das Zürcher Psychiatriekonzept sieht dann für Suchtpsychiatrie und Alterspsychiatrie ebenfalls die Dotierung über diese vier Stufen vor. Obwohl es unbestritten ist, dass Suchtkranke resp. gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten spezieller Leistungseinheiten bedürfen (z.B. Drop-In oder eine spezialisierte geriatrisch-gerontopsychiatrische Abteilung), wird auf eine Aufspaltung der Grundversorgung verzichtet.

²⁴ *Breaking down barriers. Clinical Case for Change: Report by Louis Appleby, National Director for Mental Health. Department of Health. 2007.*
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074579

²⁵ Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept, Zürich Februar 1999, S. 58.

Die Grundversorgung durch die öffentliche Psychiatrie ist in jedem Sektor anzubieten – eventuell werden Leistungen zusammen mit einem anderen Sektor erbracht (zu denken ist z.B. an Akutstationen in einer psychiatrischen Klinik).

8.4 Im vorangehenden Leitfaden nicht behandelte Dimensionen

Mehrere Empfehlungen der Ad-hoc Gruppe Psychiatrische Angebotsstrukturen wurden nicht für den Leitfaden verarbeitet. Dies geschah ausschliesslich darum, weil die vorliegende Planungshilfe zur Erfüllung von KVG Art. 39 so praktikabel wie nur möglich ausgestaltet werden wollte.

Der Leitfaden muss Gesundheitsdepartementen Orientierungshilfe liefern, damit die Arbeiten, welche zusammen mit einer grösseren Zahl von Fachpersonen unterschiedlichster Observanz zu leisten sind, kunstgerecht (effizient und effektiv) erfüllt werden können.

Es ist dann grundsätzlich diesen kantonal und ausserkantonale zu gewinnenden Fachpersonen übertragen, bei einzelnen Planungsschritten mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen die Komplexität zu erhöhen. Dies gilt insbesondere für die folgenden Dimensionen, welche auch darum nicht in die Planungsetappen eingefügt wurden, weil aktuell das stationäre Element nicht dominiert resp. weil sie – wie bei der Substanzabhängigkeit – zu einem beachtlichen Teil durch die Grundversorgung abgedeckt wird:

- Substanzabhängigkeit

- Mangelnde psychiatrische Präsenz im Allgemeinspital

- Spezifische Behandlung von Migrantinnen und Migranten

- Gesonderte Behandlung der Rehabilitation und der sich dort stellenden Herausforderungen („im Gegensatz zum engeren Bereich der [Akut-]Psychiatrie findet in der Psychiatrischen Rehabilitation in der Schweiz seit längerem eine fachliche Stagnation mit weit reichenden Konsequenzen statt ...“ Ad-hoc Gruppe, S. 37)

Ebenfalls nicht behandelte Dimensionen sind die Wechselwirkungen zwischen sich verändernder oder zu verändernder Praxis und der Aus- Weiter- und Fortbildung sowie das weite Feld der Qualitätsfragen.

Endlich ist auch darauf aufmerksam zu machen, dass die vorliegende Unterlage nicht auf das ausserordentlich wichtige Element der Finanzierung eingegangen ist. Substanzuelle Veränderungen in der psychiatrischen Leistungserbringung sind nur dann überhaupt möglich, wenn die Finanzierung über das KVG und über das IVG wesentlich anders ausgestaltet wird.

9 Anhang II: Illustrative Modellprogramme

Im Folgenden werden exemplarisch fünf Beispiele von Modellprogrammen vorgestellt. Modellprogramme sind Massnahmen von Leistungserbringern, welche Strukturen und / oder Prozesse zielgerichtet verändern und damit Informationen darüber aufarbeiten, in welchem Ausmass die gesetzten Ziele erreicht wurden. Eine Liste mit weiteren Modellprojekten ist auf der GDK-Website (www.gdk-cds.ch) einsehbar.

9.1 Gemeindeintegrierte Akutpsychiatrie (GiA) in der Psychiatrieregion Luzern-Stadt

Die Psychiatrieregion Luzern-Stadt zählt rund 180'000 Einwohner. Für die stationäre Behandlung psychisch Erkrankter steht auf dem Areal des Kantonsspitals Luzern eine substanzuell unter dem schweizerischen Durchschnitt liegende Zahl von Betten zur Verfügung.

Die nennenswert hohe Zahl ausserkantonaler Hospitalisierungen zeitigte für den Kanton Luzern in den vergangenen Jahren durchschnittlich eine halbe Mio. Franken Folgekosten. Statt diese Kosten durch innerkantonale Hospitalisierungen zu reduzieren (was eine Erhöhung des Bettenangebotes verlangen würde), sollen bestehende Strukturen der Unterstützung und Betreuung mit Hilfe eines psychiatrischen Gemeindeteams ausgebaut werden.

Das Team wird elf Vollstellen umfassen: 1 Oberarzt, 1 Assistenzarzt, 8 Pflegefachpersonen und 1 Sozialarbeitende. Der Aufwand ist von santésuisse und dem Kanton Luzern je zu 50% zu decken (der Kanton Luzern übernimmt zusätzlich die einmaligen Investitionskosten). Pro Patient ist ein Tarif von Fr. 254.-- pro Tag angesetzt. Dies entspricht der Tagestaxe der Psychiatrischen Klinik Luzern-Stadt für das Jahr 2005.

Das Team stellt die Versorgung während 24 Stunden sicher. Der resultierende Aufwand in der Psychiatrischen Klinik Luzern-Stadt und in der Tagesklinik muss aus den Mitteln des Gemeindeteams gedeckt werden.

Die so genannte integrierte Behandlung wird vom gleichen Behandlungsteam angeboten. Diesem ist auch die Verantwortung für die ambulante, teilstationäre und bei Bedarf für die stationäre Behandlung übertragen. Die Zuteilung der Patienten zum Modellprojekt erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Das Eintrittskriterium ist ohne Ausnahme die normale Zuweisung zur stationären Behandlung, sowohl regulär als auch im Notfall. Wird ein Patient in der Nacht zugewiesen, so evaluiert ihn/sie das gemeindepsychiatrische Team am darauf folgenden Morgen.

Der Kanton Luzern und santésuisse haben eine Projektdauer von zwei Jahren festgelegt, mit einer Option auf Verlängerung um ein Jahr. Leistungen und Zielerreichungs-

grad des Modellprojektes werden an einer Abteilung der Psychiatrischen Klinik Luzern-Stadt gemessen. Der Start des Modellprojektes ist auf anfangs 2007 festgelegt.

Dieses Projekt besticht durch die Klarheit der Anlage, welche aber dem Team erheblichen Gestaltungsraum belässt. Eine Duplikation mit etwas verschiedenen Konditionen in einem anderen Kanton wäre sehr erwünscht.

9.2 Tageskliniken der Psychiatrischen Dienste Thurgau und der Klinik Littenheid

Die Psychiatrischen Dienste Thurgau und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid tragen gemeinsam die Verantwortung für das Projekt und haben am 28.6. 2005 ein gemeinsames „Umsetzungskonzept für den Pilot Tagesklinik Psychiatrische Dienste Thurgau/Klinik Littenheid“ unterzeichnet. Ziel ist die Stabilisierung der stationären Pflageetage auf dem Niveau des Jahres 2004 und ein Rückgang der Klinikeintritte um 20-40%.

Die beiden Tageskliniken sind konzeptuell unterschiedlich angelegt. Da die Vergleichbarkeit in weitem Umfang gegeben ist, resultieren durch die Differenzierung der Anlage zusätzliche Informationen.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Konzepte der beiden Tageskliniken

	Psychiatrische Dienste Thurgau	Klinik Littenheid
Art der Tagesklinik	Vorschalt-Tagesklinik	Gemischte Abteilung: Vorschalt-Tagesklinik und Nachgelagerte Tagesklinik
Standort	Ausserhalb der Klinik, in der Peripherie von Kreuzlingen	Im Klinikareal
Grösse	20 Plätze	10-12 Plätze
Infrastruktur	Bestehende Infrastruktur Orbit	Infrastruktur musste aufgebaut werden
Leitung	Die Vorschalt-Tagesklinik wird organisatorisch als selbständige Station geführt.	Die Tagesklinik wird teilweise in den Klinikbetrieb integriert.
Eröffnung	Umfänglicher Start im Januar 2007	Stufenweiser Aufbau und Betrieb ab Januar 2006
Vollbetrieb	Ab Anfang 2007	
Reporting	Reporting, begleitet durch das Gesundheitsamt und santésuisse	
Finanzierung	Tagestaxe für Vorschalt-Tagesklinik ca. Fr. 300.--, 48% der anrechenbaren Kosten durch Versicherer, 52% durch Kanton.	Die bisherigen Tagestaxen für Tagespatienten und die bestehende Finanzierung wird beibehalten.

Bei den Evaluationsinstrumenten handelt es sich durchwegs um etablierte Skalen und Erhebungsbogen (u.a. den WHO Massstab für die Lebensqualität, die Befundung des Schweregrades der Beeinträchtigungen, das Global Assessment of Relational Functioning, die Brief Psychiatric Rating Scale).

Dieses Projekt mit einer Laufzeit von zwei Jahren verspricht eine grössere Zahl von Informationen, welche auch für andere Kantone Planungsrelevanz erhalten können.

9.3 Case Management der Integrierten Psychiatrie Winterthur

Dieses Modellprojekt ist abgeschlossen. Die vorher experimentell angelegten Prozesse und Strukturen wurden in die laufende Leistungserbringung überführt, und die Evaluation ist zur Routine gemacht worden.

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) deckt eine Versorgungsregion von 190'000 Einwohnern ab. 1999 wurde mit dem Aufbau einer überlegt vernetzten Leistungssteuerung begonnen. Über die Zeit ist das Primat zur ambulanten Versorgung festgelegt worden – ein Bettenabbau fand statt.

Im Kontext dieses Wandels hat man Ansätze zum Intensive Case Management ausgetestet. Das Projekt wurde dann für die Jahre 2002 bis 2004 evaluiert. Ziel war die Stabilisierung von Patienten mit komplexer Mehrfachproblematik und hohem stationären Behandlungsbedarf.

Zwei Case Manager, mit je einem 80% Pensum, haben für 50 Patienten Aufgaben der direkten Unterstützung, der Vertretung von Patienteninteressen, der Koordination unter den Beteiligten, des Coachens des Umfeldes usw. übernommen. Sie konnten dabei zusammen mit allen Involvierten deutliche Erfolge erzielen: Es resultierten annähernd 60% weniger stationäre Pflage tage. Das Brief Symptom Inventory fiel bei Patienten mit Case Management markant besser aus als bei solchen ohne. D.h. bei Patienten mit Case Management sank die Symptombelastung markant stärker, als bei Patienten, die kein Case Management erhielten. Nicht überraschend waren auch höhere Werte im Global Assessment of Functioning zu konstatieren, und das Clinical Global Impression zeigte klar günstigere Veränderungseinstufungen.

Die Patienten im Modellversuch wie auch das involvierte Netz bewerteten den Einsatz des Case Managements ganz überwiegend positiv. Obwohl (zu Recht) keine detaillierte Erhebung des Aufwandes im Modellversuch angestrebt wurde – die Finanzierung der Case Manager erfolgte aus dem kantonalen Globalkredit für diese Psychiatrieregion –, waren die Kosteneinsparungen evident. (Dies gilt auch unter Würdigung der leicht höheren Inanspruchnahme des Kriseninterventionszentrums.)

In der Fortsetzung der Veränderungen über alle Strukturen und Prozesse der ipw handelt es sich darum, die Leistungserbringung über Case Managers zur Routine zu machen. In diesem Sinne wird zusätzlich zum Intensive Case Management auch ausgetestet werden, wie eine gewisse Ausweitung über den „klassischen“ Kreis der „heavy users“ hinaus effizient und effektiv anzulegen ist.

Für eine kleine Zahl der im Modellversuch anvisierten heavy users erwies sich das Intensive Case Management nicht als zweckmässig. Es wird nun in Richtung eines aufsuchenden Gemeindeteams, eines Assertive Community Treatment-Modells, gedacht.

Das quasi organische Wachstum dieses Pilotprojektes überzeugt auch durch seinen unpräzisen Praxisbezug. Mit erheblicher Sicherheit wird es bald Nachfolger finden.

9.4 Suizidbekämpfung im Kanton Waadt

Der Kanton Waadt sieht für den Zeitraum 2007 – 2012 einen Aktionsplan Psychische Gesundheit mit vier prioritären Programmen vor:

- Suizidbekämpfung
- Ausbau der Liaison-Psychiatrie und der Koordination
- Verbesserung im Umgang mit Gewaltsituationen
- Verbesserungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Folgenden wird exemplarisch das Programm „Suizidbekämpfung“ zusammenfassend dargestellt.

Suizid ist die zweithäufigste Todesursache der 15 bis 34-Jährigen in Europa. Im globalen Vergleich hat die Schweiz die vierthöchste Suizidrate, im europäischen Vergleich die zweithöchste. Mit dem vorliegenden Programm soll die Anzahl Suizidversuche und, wenn möglich, die Anzahl Suizide im Kanton Waadt verringert werden. Zur Erreichung dieser Ziele soll auf vier Ebenen vorgegangen werden:

1. Medienberichterstattung: Medienberichte über Suizide können weitere Suizide hervorrufen. Journalisten sind über diesen Zusammenhang aufzuklären und mit den bestehenden Richtlinien für Medienschaffende zur Berichterstattung über das Thema Suizid vertraut zu machen. Weiter soll die Medienberichterstattung über Suizide überwacht und evaluiert werden.
2. Ausbildung von Erstversorgern: Erstversorger kommen relativ oft in Kontakt mit suizidalen Personen. Damit sie solche erkennen und die richtige Behandlung einleiten

ten, müssen sie geschult werden. Das Interventionsmodell „Terra/Séguin²⁶“ bietet dafür nützliche Hilfe.

3. Betreuung von Personen nach Suizidversuchen: Um Rückfälle zu vermeiden, sollen alle Personen, die einen Suizidversuch unternommen haben, psychiatrisch betreut werden. Zu diesem Zweck muss in jeder somatischen Klinik ein Liaison-Psychiater verfügbar sein, der sich dieser Aufgabe annimmt.
4. Information der Bevölkerung: Die Bevölkerung weiss bis heute kaum, an wen sie sich angesichts von Suizidrohungen wenden soll. Hilfsangebote sind auch Suizid gefährdeten Personen oder solchen mit anderen psychischen Leiden häufig unbekannt. Um diese Situation zu verbessern, soll einerseits ein kantonales Dispositiv erstellt werden, wohin entsprechende Anrufe geleitet werden sollen. Andererseits muss die Bevölkerung darüber informiert werden, dass die kantonale Notfalldienstnummer 0848 133 133 auch bei psychischen Problemen im Allgemeinen und Suizidrohungen im Speziellen gilt.

Die Evaluation der Programme und der entsprechenden Aktionen erfolgt mittels verschiedener Indikatoren. Zur Evaluation der Medienberichterstattung beispielsweise dient die Anzahl jährlicher Kontakte mit der Presse und die Ausbildung der Erstversorger wird mit der Anzahl ausgebildeter Personen evaluiert.

9.5 Fortbildungsprogramm für Allgemeinpraktiker und Internisten in Genf

Seit zwei Jahren existieren in Genf vier psychiatrische Supervisionsgruppen für Allgemeinpraktiker und Internisten, eingesetzt durch den Dienst für Erwachsenenpsychiatrie der Genfer Universitätskliniken. In jedem der vier Sektoren treffen sich die Gruppen acht Mal pro Jahr, jeweils zwischen 12:00 und 14:00 Uhr. Sie werden von leitenden Ärzten des psychiatrischen Dienstes moderiert und sind Teil des Fortbildungsprogramms des Dienstes für Erwachsenenpsychiatrie. Dieser übernimmt die Honorare sowie die Sekretariats- und Verpflegungskosten. Von jedem Treffen wird ein Protokoll erstellt. Die Supervisionen werden im Schnitt gesamthaft von rund 40 Allgemeinpraktikern und Internisten besucht.

Darüber hinaus organisiert der Dienst für Erwachsenenpsychiatrie pro Jahr acht Kolloquien für Psychiater und Psychotherapeuten mit jeweils mehr als 30 Teilnehmenden. Zwei Fortbildungs-Kolloquien pro Jahr werden für die Mediziner der Region organisiert.

²⁶ Séguin, Monique et Jean-Louis Terra, Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur. Ministère de la santé et de la protection sociale ; Paris 2004.

Im Rahmen der Psychotherapieausbildung von Assistenzärzten arbeitet das Departement für Psychiatrie seit Jahren eng mit mehr als sechzig frei praktizierenden Psychiatern und Psychotherapeuten zusammen. Das Budget des Departements erlaubt es, die Kosten für die Inanspruchnahme der individuellen Supervision und jener in Gruppen zu übernehmen.

Nicht zuletzt hat das Departement für Psychiatrie unter der Leitung von Professor François Ferrero fünf universitäre Fortbildungsprogramme für Ärzte und Psychologen entwickelt, wobei einige davon auch Allgemeinpraktikern und Internisten sowie anderen Gesundheitsberufen offen stehen. Bei den fünf Programmen handelt es sich um:

- Kognitive Verhaltenspsychotherapie (Diplom und Zertifikat)
- Psychoanalytische Psychotherapie (Zertifikat)
- Familientherapie (Diplom)
- Dialektische Verhaltenstherapie (Bildungssessionen)
- Psychosomatische und psychosoziale Medizin (Zertifikat in Zusammenarbeit mit der Universität Lausanne)

Alle Informationen sind einsehbar unter: www.unige.ch/formcont

■