



**Ergebnisse der Vernehmlassung**  
zum Entwurf vom 27.11.2006 des  
**Leitfadens zur Psychiatrieplanung**  
der Arbeitsgruppe „Spitalplanung“ der GDK  
(Vollständige Fassung)

*Anlage und Ziele des Leitfadens*

In der überwiegenden Mehrheit der Stellungnahmen werden die drei Ziele des Leitfadens explizit begrüsst. Das BAG merkt allerdings an, dass zwar wichtige Elemente für die Planung in den Kantonen vorliege; der Leitfaden sei aber „nicht spezifisch für die eigentliche vom KVG geforderte stationäre Spitalplanung konzipiert“ worden. So könne das Dokument nicht auch als Vorlage zur Erfüllung des relevanten KVG-Artikels gelten.

Ein einziger Kanton sieht keine rechtliche Basis, um auch Empfehlungen für den ambulanten Bereich machen zu können. (Das KVG beschränke sich bei der Spitalplanung auf den stationären Bereich.)

Die überwiegende Mehrzahl der Antwortenden akzeptiert (explizit oder implizit) den Rahmen des Leitfaden-Entwurfes. Zwei Antwortende brachten aber breitere Kritik an: „Der Leitfaden ist zuwenig fundiert, er pauschalisiert, gibt zuwenig Überblick über die bestehenden Lösungen in den Kantonen (Welche Kantone machen was mit welchen Erfahrungen?), ist sehr punktuell bei der Vorstellung von kantonalen Planungen und Modellen (Warum nicht eine Gesamtübersicht über alle Kantone inkl. Leitsätze zur Psychiatrieversorgung?), verbindet die vorgestellten Modelle zu wenig mit dem aktuellen Status der Planung im betreffenden Kanton etc. Hier müsste er, um in der Praxis als Leitfaden wirklich Bedeutung zu erhalten, wesentlich fundierter und breiter abgestützt sein“.

In einer anderen Vernehmlassung wurde festgehalten: „In formaler Hinsicht vermag der Leitfaden nicht zu befriedigen und kann deshalb seine Funktion, Hilfe bei der Erarbeitung der kantonalen Psychiatrieplanungen zu sein, nur unvollständig erfüllen. Die Ausführungen sind zum Teil zuwenig fundiert und nicht ausreichend belegt. Neben einem umfassenden Literaturverzeichnis wäre eine Übersicht über den Stand der bestehenden kantonalen Psychiatrieplanungen und -konzepte wünschbar“.

Für die Gesamtkonzeption des Leitfadens anvisiert der folgende Hinweis dann eine Dimension, welche die Anlage selbst problematisiert: „Der Leitfaden vermengt methodische Hinweise mit inhaltlichen Vorgaben. Dass er inhaltliche Vorgaben gibt, obwohl er immer wieder betont, dass die Evaluation und das gemeinsame Lernen Vorrang haben sollen, macht diese methodischen Hinweise auf das gemeinsame Lernen

etwas unglaublicher“. Und dann noch am Schluss der Vernehmlassungsantworten prägnanter: „Indem der Leitfaden einen grossen Schritt vorwärts machen will in Richtung Differenzierung (mehr Evaluation, gemeinsames Lernen etc.) behindert er gerade diesen Schritt, weil er zuviel vorgibt. Ein Leitfaden für einen Lernprozess sollte gerade in diesem Punkt offen sein und vor allem zugänglicher für Differenzierungen: Nicht jeder Patient ist ambulant besser betreut, nicht jeder Patient will oder kann gemeindenah behandelt werden, und schnell wieder aus der Klinik austreten. Lernen würde hier heissen, noch viel mehr zu wissen, welche Patientengruppen welche Interventionen benötigen, um schneller wieder gesund zu werden“.

### *Numerische Orientierungsgrössen im Leitfaden*

Fast alle Stellungnahmen von Leistungserbringern problematisieren die im Entwurf zum Leitfaden präsentierten Zahlenwerte. Das gilt insbesondere für die langfristig (10-12 Jahre) anvisierten 4 Betten pro 10'000 Einwohner. Dabei war die folgende Feststellung noch auf der Ebene, welche Handlungsspielraum bietet: „Le chiffre avancé comme objectif, à moyen terme, de 4 lits pour 10'000 habitants semble réaliste dans une région bien dotée, alors qu'il pourra apparaître largement insuffisant dans un secteur ou une région sous-dotée. Ce chiffre ne devrait avoir qu'une valeur indicative. On ne connaît actuellement pas précisément la répartition des lits entre psychiatrie générale pour adultes, psychiatrie pour la personne âgée ou pour d'autres groupes spécifiques, tels que enfants et adolescents ou patients souffrant d'abus de substances par exemple“.

Öfters wird mitgeteilt, dass nicht klar sei, für welche Patientengruppen die kleine Zahl der Betten genügen müsse. Wird nur die Akutpsychiatrie für Erwachsene anvisiert? Sind bei dieser Zahl auch die Betten für die Rehabilitation und für Langzeitpatienten eingeschlossen?

Im Übrigen könne die Ableitung dieser normativen Vorgabe nicht nachvollzogen werden resp. die Ableitung müsse normativ noch begründet werden. Und der Bezug von Informationen aus anderen Ländern sei nicht unproblematisch: „Die Vergleiche mit anderen (europäischen) Ländern sind eingeschränkt nützlich insofern, als möglicherweise unterschiedliche Patientengruppen in diese Planungen einbezogen sind, wie auch ein Teil der gegenwärtig vorhandenen Betten noch als Langzeitbetten vorgehalten werden“.

Um dem gesamten Planungsbereich gerecht zu werden, wurde vereinzelt auch vorgeschlagen statt auf Betten zu fokussieren, „Plätze“ zur Planungsbasis zu machen – und dann auch Krisenintervention, Tageskliniken, auch Wohnheimplätze (event. auch die Plätze/Betten in den vom BSV subventionierten Einrichtungen für psychisch Behinderte) mit einzuschliessen.

Das Ausmass der angenommenen Substitution von Klinikaufenthalten durch (einigermaßen) umfänglich vorhandene ambulante Strukturen wurde von manchen Antwortenden in Frage gestellt. Dabei ist öfters darauf verwiesen, dass die in die Berechnung einbezogenen Patientengruppen nicht klar genug beschrieben worden seien.

Nur eine Minderheit äusserte sich zur langfristig angepeilten Umverteilung kantonaler Mittel (auf Seite 19 des Entwurfes: 1. Abschnitt unter 4.1.2). Jene welche dieses Planungsziel begrüßen halten in etwa die Waage zu den ablehnenden Positionsbezügen.

Die Vorstellung, 90% der Einwohner eines Kantons sollten psychiatrische Dienstleistungen innerhalb einer halben Stunde mit öffentlichen Transportmitteln erreichen können, wurde nicht nur vom flächengrössten Kanton problematisiert.

*Soviel stationäre Behandlung wie nötig, soviel ambulante wie möglich?*

Einige Antwortende fanden im Entwurf für den Leitfaden eine Favorisierung ambulante zu erbringender Leistungen (gegenüber stationären Leistungen) und begrüßen dies auch. (Pro Mente Sana schreibt, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb das Schliessen psychiatrischer Kliniken nicht ins Auge gefasst werde.)

Insbesondere Leistungserbringer postulieren hier aber auch eine ganz andere Planungsebene: „Es stellt sich heute (also) nicht mehr die Frage entweder ambulante oder stationäre Behandlung sondern vielmehr, welches Angebot für den Patienten aufgrund seiner Erkrankung und dem Schweregrad der Erkrankung geeignet ist“. In dieser Dimension – darauf machen einige Antwortende (auch Kantone, wenn sich die Stellungnahme auf Vorlagen von Chefärzten stützte) aufmerksam – sei auch zu bedenken, dass ein induzierter Mangel an Betten für manche Patienten (und Angehörige!) Nachteile zeitigen würde.

*Finanzierungsprobleme*

In Verbindung mit dem Aufbau von zusätzlichen (teilweise neuen) Strukturen wurden öfters finanzielle Bedenken vorgetragen. Leistungserbringer und einige Kantone mahnen, dass während der Phase der Veränderungen mindestens temporär mehr Kosten resultieren würden, da Existierendes neben Neuem weiterhin zu existieren habe, bis die neuen Prozesse sich allen Beteiligten als etabliert präsentieren. Es kommt dazu, dass die höhere Effizienz des teilstationären und ambulanten Handelns noch nicht nachgewiesen sei.

Als allgemeine Orientierungshilfe wurde in einer kantonalen Stellungnahme festgehalten: „Erforderlich ist eine Finanzierungsform, welche der Flexibilisierung der

Behandlungsmodalitäten und Behandlungsorte sowie den postulierten Modellprogrammen gerecht wird und diese unterstützt“. Dass der Leitfaden keine substantziellen Aussagen zur Finanzierung macht, wurde von Verschiedenen bemängelt.

Zum Status quo wurde u.a. Folgendes mitgeteilt: „Es ist wahrscheinlich für die Patienten nicht so wichtig, wo sie behandelt werden, sondern wie gut sie behandelt werden. Zudem besteht heute in der Praxis kaum Spielraum für eine Finanzierung von zusätzlicher ambulanter, teilstationärer oder etwa aufsuchender Betreuung durch die Krankenversicherer“. Und: „Heute wird bei der Wahl der Behandlung vielfach nicht aus fachlichen sondern aus tariflichen Gründen entschieden“.

### *Spezialisierung in der Psychiatrie und damit verbundene Herausforderungen*

Primär von den Leistungserbringern wurde moniert, der Spezialisierung der psychiatrischen Angebote sei zuwenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Wie in der somatischen Medizin habe in der jüngeren Vergangenheit eine stärkere Spezialisierung stattgefunden. (In einer Antwort wurde die Parallele zur Spitzenmedizin gezogen.) Dieser Tatbestand fordere oft interkantonale Zusammenarbeit (auch bei der Behebung sich stellender finanzieller Probleme) – ein Anliegen, dem sich die GDK anzunehmen habe.

Andererseits ist mehr als einmal auf integrierte Leistungserbringung verwiesen worden. Es handelt sich dabei primär darum, dass Patienten (möglichst) immer den gleichen Therapeutinnen und Therapeuten begegnen. Der Tatbestand der Spezialisierung bringt es dann aber öfters mit sich, dass die Gruppe der Therapeuten gewechselt werden muss. Auf den gleichen Tatbestand kann man dann auch treffen, wenn ein stärker differenziertes teilstationäres und ambulantes Angebot vorgehalten wird. (Je vielfältiger die Angebote ausfallen, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass neuen Therapeutinnen und Therapeuten begegnet wird).

Im Zusammenhang mit der Spezialisierung wurde zwei Mal darauf verwiesen, dass eine Klinik mit differenzierten Behandlungsangeboten „eine gewisse Mindestgrösse im Bereich von über 200 Betten“ haben soll. „Auch die heute dominierende biologisch ausgerichtete psychiatrische Forschung erfordert eine stationäre Mindestgrösse und den Zugang zu aufwändigen technischen Einrichtungen“.

### *Ausgewählte weitere Hinweise*

Die gut hundert Seiten umfassenden Mitteilungen der Vernehmlassungsantworten können in einer Übersicht nur bedingt in ihren facettenreichen inhaltlichen Ausprägungen wiedergegeben werden. Im folgenden sind einige Hinweise aufgelistet, welche für sich selber stehen; aber bei einer weiteren Bearbeitung des Leitfadens wohl berücksichtigt werden:

- Auf ein teilweise anderes konzeptuelles Arbeiten zielt folgender Hinweis: In einem ersten Schritt sollten nicht Finanzierungsfragen im Vordergrund stehen sondern eine Erhebung über die Versorgungsbedürfnisse der betroffenen Personen.
- Mehr als einmal ist darauf verwiesen, dass bei der Planung der epidemiologischen Forschung ein bedeutsamerer Stellenwert zukomme als dies im Entwurf zum Leitfaden (Seite 21) geleistet wurde.
- Mehrere Male wurde erwähnt, dass die Berücksichtigung der Aus- und Weiterbildungsbedürfnisse bei mehreren Personengruppen, welche in der psychiatrischen Versorgung tätig sind, unabdingbar in einen Leitfaden gehören.
- Verschiedene Empfehlungen lauten dahingehend, dass das Feld möglicher statistischer Informationen intensiver bearbeitet werden müsse. Hier käme der GDK eine wichtige Funktion zu (niemand erwähnte an dieser Stelle das OBSAN und/oder das BfS). Ein Kanton drängte darauf, dass die vorhandene Medizinische Statistik zentral über die Kantone hin ausgewertet und kommentiert werde.
- Der SBK machte als einziger darauf aufmerksam, dass die Spitex-Dienste ein bedeutsames Aufgabenfeld zu bearbeiten haben (nachdem der Verband sich über längere Zeit für die Finanzierung dieser Leistungen eingesetzt habe).

*Hinweise in den Antworten, denen nicht weiter nachgegangen werden soll*

(dies nicht etwa, weil sie nicht wichtig wären, sondern weil der Rahmen eines Leitfadens gesprengt wird)

- Gemischte somatisch-psychiatrische Abteilungen in einem Akutspital seien dringlicher als das Führen von psychiatrischen Abteilungen in somatischen Akutspitälern.
- Vertreter der IV (des BSV) sollten wegen der Bedeutung der Ausgestaltung der Invalidenversicherung in die weiteren Arbeiten eingeschlossen werden.
- Psychologinnen und Psychologen sollen umfänglich in die psychiatrische Versorgung integriert werden.
- Der Leitfaden ist zu stark auf die Psychiatrie und die psychiatrische Versorgung „im klassischen Sinne“ ausgerichtet.
- Managed Care ist bei der psychiatrischen Leistungserbringung nicht angezeigt. Die Psychiatrie sei vielmehr der Grundversorgung zuzurechnen.
- Die Planung habe prägnante sozialpsychiatrische Herausforderungen wie Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnprobleme, aber auch Konsequenzen der Stigmatisierung aufzunehmen.
- Forensische Gutachten im „for profit“-Rahmen würden bekämpft werden.

- Patientenrechten sei – auch im Rahmen einer Planung – prominenten Platz zu schaffen.
- Einzelne Stellungnahmen wünschten ausführlichere Darstellungen zur Gerontopsychiatrie und/oder Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- usw.

### *Was uns in den Antworten gefehlt hat*

Die Auswertung einer Vernehmlassung sollte auch danach suchen, was von den Antwortenden nicht oder höchstens marginal thematisiert wurde (es gilt nicht nur nach den sog. issues zu suchen sondern auch nach dem, was von den Antwortenden nicht auf die Agenda gesetzt wird).

- Die Problemlage, dass (allgemein und internistisch tätige) Hausärztinnen und Hausärzte grundsätzlich schwerer erkrankte Patientinnen und Patienten betreuen als niedergelassene Psychiater, wurde nie angepeilt. Es wurde zudem nichts davon geschrieben, wie die Zusammenarbeit optimiert werden könnte (es findet sich nur ein Hinweis auf zusätzliche Fortbildungsangebote).
- Das Postulat des gemeinsamen Lernens wurde höchstens marginal behandelt. Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass für spezialisierte Leistungen Kantone über die Grenzen hin zusammenarbeiten sollten. Inhaltliche Vorstellungen für das „gemeinsame Lernen“ sucht man aber vergeblich.
- Mit Bezug auf die notwendigen evaluatorischen Arbeiten war ein einziger Hinweis zu finden: Es wurde beklagt, dass die Kapazität in diesem Bereich in der Schweiz noch wenig entwickelt sei.
- In einer einzigen Vernehmlassung ist aufgeführt, dass zusätzlich zu den drei im Anhang skizzierten Modellprogrammen ein weiteres angeboten werden könnte.
- Von Seiten der Leistungserbringer wurde durchwegs gefordert, sie in die weiteren Arbeiten einzuschliessen. Wie dies (bei einem grundsätzlich hoheitlichen Akt) zu geschehen habe, wurde nicht ausgelegt.
- Verbindungen zu anderen Bereichen sind etwas wenig problematisiert worden. Solche Schnittstellen existieren prägnant zu den Pflegeheimen, zum weiteren Bereich der Erziehungsberatung und in das (relativ facettenreiche) soziale Feld von potenziellen Problemgruppen (z.B. die jugendlichen Arbeitslosen in Immigrantenfamilien).■