

# **Psychiatriekonzept 2022**

**Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft**

## **Impressum**

### **Autorinnen und Autoren**

*Thomas Baumgartner*, Gesamtleiter Heilsarmee Wohnen, Basel

*Johannes Beck*, Dr. med., Chefarzt, Klinik Sonnenhalde AG, Riehen

*Dennis Bernoulli*, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Praxis, Basel

*Carl Bohrmann*, Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Praxis, Gelterkinden

*Brigitte Contin*, Dr. med., Direktorin und Chefärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie Baselland, Liestal

*Caroline Doka*, Angehörigen-Vertretung Psychiatriekommission Basel-Stadt

*Matthias Jäger*, PD Dr. med., Direktor Erwachsenenpsychiatrie und Chefarzt Privatklinik, Psychiatrie Baselland, Liestal

*Florence Kaeslin*, Geschäftsleiterin, Verein für Sozialpsychiatrie Baselland

*Ulrike Kunz*, lic. phil. Psychologin und eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Leitung Interkulturelles Foyer Bildung und Beruf, Basel (ab Anfang 2022)

*Undine Lang*, Prof. Dr. med., Direktorin der Klinik für Erwachsene und der Privatklinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel

*Matthias Nigg*, Leiter Abteilung Spitäler und Therapieeinrichtungen, Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft, Liestal

*Francisca Schiess*, Geschäftsleitung, Zentrum Selbsthilfe, Basel

*Thomas von Allmen*, M.H.A., Leiter Abteilung Spitalversorgung, Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt, Basel

*Marc Walter*, Prof. Dr. med., Chefarzt für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Basel, Basel (bis Ende 2021)

### **Projektbegleitung**

*Michael Steiner*, Dipl. Volkswirt, Projektleitung Gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft, Liestal

*Sara Stühlinger*, Dr. rer. pol., Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Projektassistenz Gemeinsame Gesundheitsversorgung der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt, Basel

*Marisa Damas*, M.Sc., Akademische Mitarbeiterin, Abteilung Spitalversorgung, Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt, Basel

### **Versand durch**

Amt für Gesundheit Kanton Basel-Landschaft und Bereich Gesundheitsversorgung des Gesundheitsdepartementes Basel-Stadt

Dezember 2022

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
1.1	Hintergrund, Ziel und Aufbau	6
1.2	Leitsätze «Psychiatrie in der GGR»	7
1.3	Vision	8
<b>2</b>	<b>Aktuelle Themen und Entwicklungen</b>	<b>11</b>
2.1	<b>Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen</b>	<b>11</b>
2.1.1	Sozialer Wandel	11
2.1.2	Neue Herausforderungen in der Adoleszenz	11
2.1.3	Alterung	12
2.1.4	Migration	12
2.1.5	Gesundheitliche Chancengleichheit	12
2.1.6	Inklusion und Entstigmatisierung	13
2.1.7	Folgen der verschiedenen gesellschaftlichen und demographischen Entwicklungen	13
2.2	<b>Entwicklungen in der psychiatrischen und psychosozialen Behandlung und Begleitung sowie in der Prävention</b>	<b>14</b>
2.2.1	Individualisierung in der Behandlung und entsprechende Koordination	14
2.2.2	Ambulant vor intermediär vor stationär	14
2.2.3	Prävention	15
2.3	<b>Fachkräftemangel</b>	<b>15</b>
2.3.1	Pflegepersonalmangel	15
2.3.2	Ärztmangel	16
2.4	<b>Aktuelles Finanzierungssystem und gesundheitsökonomische Trends</b>	<b>16</b>
2.4.1	Die stationären Tarife	17
2.4.2	Die ambulanten und intermediären Tarife	18
2.4.3	Weitere Bereiche	20
<b>3</b>	<b>Handlungsfelder</b>	<b>21</b>
3.1	<b>Handlungsfeld 1 – Gesamtversorgungsnetzwerk</b>	<b>21</b>
	Empfehlung 1 – Vernetzung und Koordination der vorhandenen Angebote	22
	Empfehlung 2 – Integrierte Versorgung und optimaler Einsatz von ambulanten, aufsuchenden, tagesklinischen und stationären Angeboten	22
	Empfehlung 3 – Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie	23
	Empfehlung 4 – Einbezug von Angehörigen	24
	Empfehlung 5 – Reduktion von Zwangsmassnahmen	24

<b>3.2</b>	<b>Handlungsfeld 2 – Ergänzende Angebotsschwerpunkte</b>	<b>24</b>
	Empfehlung 6 – Angebote für Menschen mit schweren und andauernden psychischen Erkrankungen	25
	Empfehlung 7 – Angebote für Adoleszente	25
	Empfehlung 8 – Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen	25
	Empfehlung 9 – Angebote für Familien	26
	Empfehlung 10 – Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund	26
<b>3.3</b>	<b>Handlungsfeld 3 – Ressourcen</b>	<b>26</b>
	Empfehlung 11 – Peer-Arbeit	26
	Empfehlung 12 –Fachkräfte	27
<b>3.4</b>	<b>Handlungsfeld 4 – Digitalisierung</b>	<b>27</b>
	Empfehlung 13 – Infrastruktur	27
	Empfehlung 14 – Anwendung	27
<b>3.5</b>	<b>Handlungsfeld 5 – Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>28</b>
	Empfehlung 15 – Früherkennung und -intervention	28
	Empfehlung 16 – Entstigmatisierung	28
	Empfehlung 17 – Prävention bei Kindern und Jugendlichen	29
	<b>Exkurs Forensik</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	<b>31</b>
<b>5</b>	<b>Literatur</b>	<b>33</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Hintergrund, Ziel und Aufbau

Der am 10. Februar 2019 vom Volk der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft angenommene Staatsvertrag betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung sieht die Erarbeitung gemeinsamer Versorgungsplanungsberichte für unterschiedliche Leistungsbereiche vor. Diese dienen nach § 7 des Staatsvertrags als Grundlage für die Erstellung gleichlautender Spitallisten. Die am 1. Juli 2021 in Kraft getretenen Spitallisten für die Akutsomatik basieren auf dem entsprechenden Planungsbericht vom Jahr 2019.

Das Teilprojekt *Psychiatriekonzept 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* dient als fachliches Fundament für die Durchführung des Spitalplanungsprozesses in der Psychiatrie und dem Inkrafttreten der gleichlautenden Spitallisten Psychiatrie im Jahr 2024 gemäss Staatsvertrag zur gemeinsamen Versorgungsplanung. Das Psychiatriekonzept und die fünf Fachkonzepte bieten den Anspruchsgruppen in der Region die Gelegenheit, ihr Wissen einzubringen. Zahlreiche Institutionen nahmen diese Gelegenheit in der Erarbeitung des Psychiatriekonzepts und der Fachkonzepte wahr. Die ausgewogene Zusammensetzung der Expertinnen und Experten des Psychiatriekonzepts und der fünf Fachkonzepte – bestehend aus 43 Personen – sowohl hinsichtlich des Standortkantons als auch der Professionen und Versorgungsbereiche (stationär, intermediär, ambulant) ermöglicht einen breit abgestützten Wissenstransfer. Das Psychiatriekonzept bildet den allgemeinen Rahmen. Die Fachkonzepte vertiefen folgende fünf Gebiete der Psychiatrie: Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Forensik. Die Kombination aus einem umfassenden Psychiatriekonzept und den spezifischen Fachkonzepten erlaubt es, allgemeine Empfehlungen zu formulieren, ohne dass Besonderheiten der einzelnen Gebiete der Psychiatrie vergessen gehen.

Sowohl im Psychiatriekonzept als auch in den Fachkonzepten werden jeweils die aktuelle Situation, Trends und Schnittstellen beschrieben und daraus Empfehlungen für die psychiatrische Versorgung in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) abgeleitet. Die fünf Fachkonzepte bilden separate Dokumente, welche ebenfalls kostenlos im Internet heruntergeladen werden können. Die Inhalte wurden durch Expertinnen und Experten erarbeitet und durch Mitarbeitende der Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt begleitet. Während der Erarbeitung der Konzepte wurde innerhalb der Mitglieder des Psychiatriekonzepts und der Mitglieder der Fachkonzepte jeweils ein Konsens angestrebt. War ein solcher nicht möglich, werden die divergierenden Sichtweisen transparent aufgezeigt. Die Expertinnen und Experten hatten zudem die Möglichkeit, auf die jeweils anderen Konzepte Rück-

meldungen zu geben. Weiter fand im zweiten Quartal 2022 ein breiter Einbezug der Anspruchsgruppen statt. Insgesamt resultierten daraus 44 Rückmeldungen. Die Autorinnen und Autoren haben diese Rückmeldungen sorgfältig geprüft und bei Bedarf Anpassungen in den entsprechenden Konzepten vorgenommen. Über die finalen Inhalte der einzelnen Konzepte entschieden jedoch die Autorinnen und Autoren der entsprechenden Konzepte.

Das Ziel des Psychiatriekonzepts und der fünf Fachkonzepte ist es, Empfehlungen zur Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der Region abzugeben. Die Empfehlungen enthalten vereinzelt Vorschläge für konkrete Massnahmen. Die Erarbeitung eines Massnahmenplans ist jedoch nicht Bestandteil des Psychiatriekonzepts. Das Psychiatriekonzept bildet vielmehr eine qualitative Einschätzung zur Versorgungslage, aus welcher Empfehlungen abgeleitet wurden. Die Empfehlungen dienen sowohl der Psychiatriekommission Basel-Stadt resp. einer zukünftig gebildeten bikantonalen Psychiatriekommission als auch den Behörden als Grundlage für die zukünftige Priorisierung resp. Umsetzung von konkreten Massnahmen im Bereich der Psychiatrie. Das Psychiatriekonzept enthält folglich keine Einschätzung über finanzielle Folgen oder die Umsetzbarkeit z. B. im Hinblick auf einen potentiellen Fachkräftemangel.

Wenn im Folgenden von Psychiatrie oder psychiatrischer Versorgung die Rede ist, dann ist darunter ein breites Verständnis von Psychiatrie oder psychiatrischer Versorgung zu verstehen. Dies bedeutet, dass dies u. a. die psychiatrische, psychologische, sozialpsychiatrische und psychosomatische Versorgung umfasst.

Das vorliegende Psychiatriekonzept ist wie folgt aufgebaut: In der Einleitung (Kapitel 1) werden sieben Leitsätze, welche die Grundlage für ein gemeinsames Verständnis der psychiatrischen Versorgung schaffen, sowie die Vision einer psychiatrischen Versorgung beschrieben. In Kapitel 2 werden aktuelle Themen und Entwicklungen vorgestellt. Basierend darauf werden in Kapitel 3 17 Empfehlungen abgeleitet, welche in fünf Handlungsfelder eingeteilt werden. Den Abschluss bilden ein Fazit und ein Ausblick in Kapitel 4.

## **1.2 Leitsätze «Psychiatrie in der GGR»**

Die Leitsätze dienen als Grundlage für ein gemeinsames Verständnis. Sie wurden zu Beginn des Projekts erarbeitet.

1. Die Grundlage der Behandlung soll eine mitmenschlich tragende Beziehung zwischen Fachpersonen und Patientinnen resp. Patienten sein. Die therapeutische Beziehung und die Angebote sollen den Patientinnen und Patienten einen Genesungs- und Entwicklungsprozess ermöglichen und sie unterstützen, ihre Ressourcen zu stärken und weiterzuentwickeln. Die Therapie orientiert sich an evidenzbasierten Leitlinien für Diagnostik und Behandlung der nationalen und

internationalen Fachgesellschaften für Psychiatrie und Psychotherapie sowie dem bio-psycho-sozialen Modell psychischer Erkrankungen.

2. Die Angebote sollen den individuellen Bedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Fokus der Planung stellen und besondere Bedürfnisse, z. B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, sozialem und kulturellem Hintergrund, körperlicher Gesundheit berücksichtigen.
3. Die Angebote sollen im Sinne der «Hilfe zur Selbsthilfe» die vorhandenen Ressourcen von Patientinnen und Patienten miteinbeziehen und die vorhandenen Fähigkeiten möglichst stärken, damit die Betroffenen ihre Identität, ihre Würde, ihr Selbstvertrauen und ihre Selbstbestimmung bewahren oder wiedererlangen können.
4. Die Angebote sollen möglichst leicht erreichbar und bekannt sein. Notfalleinrichtungen sollen rund um die Uhr zur Verfügung stehen und gut zugänglich sein.
5. Um sicherzustellen, dass die Patientin resp. der Patient als Ganzes im Mittelpunkt der Behandlung steht, sollen die Patientenrechte gewahrt und die in Anspruch genommenen Leistungen verschiedener Anbieter koordiniert werden.
6. Das im gewohnten Lebensumfeld vorhandene Potential an psychosozialer Unterstützung soll vorrangig, vor der Errichtung spezieller Institutionen genutzt werden. Psychosoziale Unterstützung aus dem gewohnten Umfeld stellen insbesondere die Angehörigen durch Hilfe und Pflege sowie Freizeitangebote und Arbeitsmöglichkeiten dar.
7. Die Ausgestaltung der Angebote orientiert sich an den allgemeinen Menschenrechten, UN-Kinderrechtskonvention und der UN-Behindertenrechtskonvention, unter besonderer Berücksichtigung von Inklusion, Teilhabe und Förderung von Autonomie. Die Anbieter leisten einen wesentlichen Beitrag zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und somit zu deren Akzeptanz in der Gesellschaft.

### 1.3 Vision

Die Versorgungsentwicklung in der GGR orientiert sich an den seit langem konsentierten Paradigmen der psychiatrischen Versorgung:

- Ambulant vor intermediär vor stationär<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Von stationär spricht man, wenn sich die Patientin oder der Patient zeitlich ununterbrochen - mindestens aber 24 Stunden oder über Nacht bei Belegung eines Bettes – in der psychiatrischen Klinik befindet. Es erfolgt eine physische und organisatorische Eingliederung der Patientin resp. des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses. Eine intermediäre Behandlung beansprucht häufig ebenfalls die fachliche-organisatorische Infrastruktur einer psychiatrischen Klinik. Es ist dabei jedoch keine ununterbrochene Anwesenheit der Patientin oder des Patienten notwendig. Die Therapie erfolgt z. B. während des Tages (in der Tagesklinik oder zu Hause), die Nacht verbringt die Patientin oder der Patient zu Hause. Intermediäre Angebote sind im psychiatrischen Versorgungsspektrum zwischen niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten und stationären Behandlungen angesiedelt, z. B. Tages-/Nachtkliniken, aufsuchende mobile Behandlungsangebote (Home Treatment, Assertive Community Treatment etc.) und ambulante teambasierte Behandlungen in institutionellen Ambulatorien.

- Stärkung der Autonomie von Patientinnen und Patienten und Orientierung an individuellen Bedürfnissen, dem Lebensumfeld und fachlich objektivierbarem Bedarf
- Integrierte Versorgung<sup>2</sup>: Kontinuität über alle Behandlungssettings hinweg und Schnittstellen<sup>3</sup> zu ausserklinischen Bereichen
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit

Eine konsequent in diese Richtung gehende Perspektive ist im funktionalen Basismodell für die psychiatrische Versorgung skizziert und wird derzeit in einigen Regionen in Deutschland in Pilotprojekten umgesetzt (Steinhart und Wienberg, 2016; 2020). Einige Aspekte dieses Modells könnten für die zukünftige Versorgungsorganisation der gesamten Region Denkanstösse liefern:

- Die Versorgung ist sektor- und versorgungsbereichsübergreifend angelegt. Es beschreibt die notwendigen Funktionen unabhängig von der institutionell-organisatorischen Ausformung und Finanzierung und kann als Grundlage zur Analyse und Weiterentwicklung regionaler Strukturen eingesetzt werden.
- Es gibt eine gesonderte Vergütung der Koordinierungsverantwortung, welche eine Fokussierung bei einem Leistungsanbieter hat.
- Der Aufbau ambulanter Kapazitäten wird forciert, z. B. in Form von «Regionalen Gesundheitszentren» für die Primär- und Langzeitversorgung einschliesslich intensiver ambulanter sowie intermediärer, insbesondere aufsuchender Angebote.
- Grössere Gruppen von Menschen mit schweren psychischen Störungen und hoher, oft aber unkoordinierter und fraglich effektiver Inanspruchnahme psychiatrischer (meist stationärer) Angebote können von passgenaueren Behandlungs- und Teilhabeleistungen profitieren und dadurch das Versorgungssystem weniger belasten.

---

Unter der ambulanten Versorgung werden diejenigen Behandlungen verstanden, welche die fachlich-organisatorische Struktur eines Krankenhauses nicht in Anspruch nehmen. Die Patientin oder der Patient ist nicht in den Behandlungsalltag der Klinik eingegliedert, sondern erhält ausgewählte ambulante Angebote. Er oder sie verbringt die meiste Zeit zuhause bzw. im gewohnten sozialen Bezugssystem.

<sup>2</sup> Integrierte Versorgung meint das geplante und verbindliche Zusammenspiel der Versorgungspartner über den ganzen Behandlungs- und Betreuungsweg, versteht die Behandlung und Betreuung von betroffenen Menschen/Patientinnen und Patienten als interprofessionelle Teamleistung («Kultur des Gemeinsamen»), betrachtet die betroffenen Menschen (Patientinnen und Patienten und ihre Vertrauenspersonen) als Partnerinnen und Partner, welche die Behandlung und Betreuung wesentlich unterstützen können und nutzt digitale Hilfsmittel (z. B. elektronischer Medikationsplan, elektronisches Patientendossier, Gesundheits-Apps). Sie ist somit sektoren- und professionsübergreifend, menschenzentriert und ohne Informationsbrüche. (Definition Kanton Basel-Stadt)

<sup>3</sup> Schnittstellen beschreiben üblicherweise die Übergänge von einer Versorgungsform in eine andere (z. B. vom stationären Aufenthalt in eine ambulante Begleitung oder Therapie). Im Kontext einer optimalen koordinierten Versorgung ist dies von zentraler Bedeutung, aber auch besonders anfällig für Koordinationsprobleme. Schnittstellen entstehen aber auch zwangsläufig bei bewusster oder unbewusster Mehrspurigkeit von verschiedenen Anbietern.

- Die Versorgung fokussiert auf drei Kernfunktionen der psychiatrisch-psychozialen Versorgung: Die personenbezogene Beratung im Quer- und im Längsschnitt, die ambulante, multiprofessionelle, bei Bedarf mobile und nachgehende Behandlung und Teilhabe-Assistenz durch gemeindepsychiatrische Teams in Verbindung mit der Erschliessung passgenauer ergänzender Leistungen, inkl. spezialisierter stationärer und integrativer Angebote.

Sozialraumarbeit sollte auch die Unterstützung von Selbsthilfe und Selbstorganisation einschliessen und Gemeinden resp. Quartiere im Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen unterstützen. Dafür bedarf es auch der fallunspezifischen Präventionsarbeit, welche dem besseren Umgang und Wissen zu psychischen Erkrankungen dient. Sozialraum- und Präventionsarbeit können wirksam nur in anbieterübergreifenden Netzwerken umgesetzt werden.

**Limitationen:** Eine Adaptation auf die jeweilige Versorgungsregion muss von den lokalen Strukturen ausgehen. Für die GGR ist eine vollständige Umsetzung aufgrund der unten aufgeführten Gründe mit Herausforderungen verbunden. Mittels Modellprojekten sollen Möglichkeiten zur Überwindung dieser Herausforderungen geprüft werden. Folgende Limitationen ergeben sich für die GGR aktuell:

- Bislang gibt es noch keine Evidenzgrundlage, um zu beurteilen, welchen Einfluss die Umsetzung des Basismodells auf die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten im Vergleich zur bestehenden Versorgung mit sich bringt. Die dafür nötigen randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) stehen derzeit noch aus.
- Das Schweizer Finanzierungssystem ist zu fragmentiert.
- Mobile multiprofessionelle Einheiten als zentrales Steuerungselement haben derzeit noch keine rechtliche und finanzielle Grundlage in der Schweiz und existieren nur in Form von Modellprojekten. Ferner schliesst die zentrale Steuerung nicht an die aktuelle Entwicklung in der Schweiz an, und eine zentrale Steuerung ist für die GGR nicht zielführend und nicht erwünscht.
- Eine suffiziente Kostendeckung für «ambulante Komplexleistung» bzw. intermediäre Angebote ist erforderlich.
- Die Transformation hängt von einer konsentierten Versorgungsplanung und einer Übergangs- bzw. Modellprojektfinanzierung ab.
- Der Einbezug von Leistungsanbietern und Trägerschaften ausserhalb der psychiatrischen Institutionen ist essentiell und erst mit der nun angestrebten gemeinsamen Planung im Rahmen des *Psychiatriekonzepts 2022: Zukunft Psychiatrie in der Gemeinsamen Gesundheitsregion der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft* realisierbar.

## **2 Aktuelle Themen und Entwicklungen**

### **2.1 Demographische und gesellschaftliche Entwicklungen**

Sowohl demographische als auch gesellschaftliche Trends beeinflussen die Nutzung von psychiatrischen und psychosozialen Angeboten. Die im Folgenden beschriebenen Entwicklungen sind heute schon zu beobachten und gewinnen vermutlich in den nächsten Jahren noch an Bedeutung. Für Entwicklungen, welche spezifisch die fünf Bereiche Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Alterspsychiatrie, Abhängigkeitserkrankungen und Forensik betreffen, wird auf die fünf Fachkonzepte verwiesen. Diese bieten eine vertiefte Diskussion dieser Entwicklungen.

#### **2.1.1 Sozialer Wandel**

Traditionelle Leitplanken in unserer Gesellschaft wie Religionszugehörigkeit, (verlässlicher resp. verlässliche) Familienstand/-struktur oder feste Berufsbilder verlieren an identitätsstiftender Bedeutung. Immer weniger ist vorgegeben und damit verbindend, immer mehr ist wählbar und damit auch trennend. Bergende, wenn auch einengende Strukturen verlieren an Kraft. Folgende soziale Veränderungen können u. a. beobachtet werden: Jugendliche in Games und Social Media, junge Erwachsene im Home-Office, Erwachsene in Kleinfamilien oder Trennung, hohe Erwartungen im Beruf, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, kritische Transition zwischen Berufsleben und Rente, «junge Alte» mit grossen finanziellen Möglichkeiten oder in Armut, alte Menschen allein oder in Institutionen, altersbedingte Depression mit und ohne Demenz, kranke und sehr alte Leute mit den zunehmenden Möglichkeiten der Individualisierung des Sterbeentscheids (bspw. Patientenverfügung, assistierter Suizid).

#### **2.1.2 Neue Herausforderungen in der Adoleszenz**

Der Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter gestaltet sich infolge von gesellschaftlichen Entwicklungen für immer mehr Jugendliche schwierig, bestenfalls länger: Eine mangelnde familiäre Sicherheit stellt oftmals den Ausgangspunkt der Schwierigkeiten dar. Hinzukommen als düster empfundene individuelle und gesellschaftliche Zukunftsaussichten wie der Klimawandel und die COVID-19-Pandemie, Unsicherheit und Umbrüche in der Berufswelt, mangelnde Verankerung in der Realität hinsichtlich Berufsperspektiven, die politische Polarisierung, das Schwinden verlässlicher und zugleich bekämpfbarer Werte, die relativ leichte Verfügbarkeit von Geld und Drogen und zum Rückzug animierende Online-Welten. Ausreichende Ressourcen in dieser Lebensphase sind wichtig, damit berufliche Chancen ergriffen werden können und eine möglichst hohe Chancengleichheit ermöglicht wird.

### **2.1.3 Alterung**

Der Anteil der älteren Bevölkerung in der GGR wird im Verhältnis zu den Personen zwischen 18 und 65 Jahren weiter zunehmen.<sup>4</sup> Dies führt – insbesondere in Kombination mit dem langfristigen Trend der Individualisierung – u. a. zu einer Zunahme von Einsamkeit und Isolation, länger schwerer somatischer und/oder psychischer Krankheit. Solche Entwicklungen erhöhen die Komplexität in der Versorgung. Gleichzeitig verschiebt sich die Grenze, ab der sich jemand alt fühlt, nach oben.

### **2.1.4 Migration**

Wirtschaftliche und politische Hoffnungen und Katastrophen veranlassen Menschen zur Migration. Viele sind traumatisiert von Gewalterfahrungen, vom Elend in ihren Herkunftsländern oder auf der Flucht. Sie lassen alles, insbesondere alle Bindungen, hinter sich und landen im Sozialsystem der Schweiz ganz unten, finden nur schwer Eingang in hiesige Denkweisen und Strukturen. Diese Herausforderungen verstärken sich durch den oben beschriebenen Trend der Individualisierung. Auch die Arbeitsmigration aufgrund der Globalisierung und Flexibilisierung des Arbeitsmarktes führt zu zusätzlichen Behandlungsbedürfnissen und entsprechenden neuen Anforderungen an die Leistungserbringer (Spitäler, Therapeutinnen und Therapeuten etc.). In geringerem Masse gilt das auch für die inländische Binnenwanderung von ländlichen Gebieten in Ballungszentren.

Eng mit dem Thema Migration verbundene Anforderungen an die psychiatrische Versorgung betreffen Therapie von Störungen in Zusammenhang mit Traumata, Einbezug von multiethnischen Hintergründen und Umgang mit therapiehemmenden Sprachbarrieren.

### **2.1.5 Gesundheitliche Chancengleichheit**

Gesundheitliche Chancengleichheit ist ein gesundheitspolitisches Leitziel und bedeutet, dass möglichst alle Menschen dieselben Möglichkeiten auf Erhalt und Wiederherstellung ihrer Gesundheit haben. Personen und Bevölkerungsgruppen, die aufgrund sozialer Ungleichheit eine erhöhte Anfälligkeit aufweisen, sind z. B. Menschen mit niedrigem Einkommen, tiefem Bildungsstand, Menschen mit Migrationshintergrund oder Angehörige von geschlechtlichen und sexuellen Minderheiten. Die verzögerte Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen – bspw. aus finanziellen Gründen oder aufgrund einer reduzierten Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes – hat auch weiterhin erheblichen Einfluss auf eine frühzeitige Behandlung sowie auf Prognose und Verlauf. Die Möglichkeiten der Partizipation an der Gesellschaft und damit der Genesung werden durch Armut

---

<sup>4</sup> Das Referenzszenario zur Bevölkerungsentwicklung zwischen dem Jahr 2019 und 2029 vom Bundesamt für Statistik prognostiziert sowohl für die Gesamtschweiz als auch für die GGR einen bedeutend höheren Anstieg der Bevölkerung über 65 Jahren als für die Gesamtbevölkerung. Die Bevölkerungsgruppe zwischen 20 und 64 Jahren wächst in der Schweiz marginal, wohingegen in der GGR sogar ein leichter Rückgang vorhergesagt wird. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen wird mit einem leichten Wachstum gerechnet. (BFS – Bevölkerungsszenarien 2020)

verringert. Bei der Einkommensungleichheit inkl. staatlicher Transferleistungen ist zwischen 1998 und 2016 keine signifikante Veränderung zu beobachten. Bei den Primäreinkommen, d. h. Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Vermögen und Vermietung ist jedoch eine Zunahme der Ungleichheit zu beobachten. Daraus kann gefolgert werden, dass zwar keine Veränderung der Verteilung der finanziellen Mittel vorhanden ist, ärmere Menschen jedoch vermehrt auf staatliche Unterstützung angewiesen sind (Bundesamt für Statistik, 2019). Die im nächsten Unterkapitel erläuterten Themen Inklusion und Entstigmatisierung bilden eine Bedingung, damit Chancengleichheit gelingt.

### **2.1.6 Inklusion und Entstigmatisierung**

Psychisch belastete Menschen leiden trotz jahrzehntelangem Engagement der Verantwortlichen im Gesundheitswesen immer noch stark an einer Stigmatisierung, also unter ausgrenzenden Verhaltensweisen ihnen gegenüber, welche sich auf Vorurteilen begründen. Die Zuordnung negativer Merkmale gegenüber psychisch Kranken unterscheidet sich immer noch stark von den Einstellungen gegenüber körperlich erkrankten Personen, führt vielfach zu Diskreditierung und Diskriminierung und kann ein Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller Behandlung und Begleitung darstellen. Auch die Selbststigmatisierung trägt zur Ausgrenzung bei.

Positive Entwicklungen in diesem Bereich konnten seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie beobachtet werden, in der die psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung neu in den Fokus rückte und Teil des öffentlichen Dialogs wurde. Die Wichtigkeit dieser sowie die Entstigmatisierung der Hilfesuche im psychiatrischen Bereich wurde vorangetrieben – einerseits durch vermehrte Präsenz des Themas in den Medien, andererseits durch die neue politische Priorisierung der Aufklärung zu diesem Thema. Das Thema psychische Gesundheit wurde vermehrt gleichberechtigt zum Thema physische Gesundheit diskutiert, was zu einer Entstigmatisierung der Betroffenen psychischer Erkrankungen beigetragen haben kann.

### **2.1.7 Folgen der verschiedenen gesellschaftlichen und demographischen Entwicklungen**

Die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlungen steigt seit Jahren kontinuierlich (Obsan, 2019). Hintergrund sind nicht nur die Zunahme psychiatrischer Erkrankungen, sondern die erhöhte Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen sowie demographische Entwicklungen wie Bevölkerungswachstum und steigende Lebenserwartungen. Das psychiatrische Versorgungssystem muss sich daher auf die Bewältigung einer weiterhin zunehmenden Zahl an Anfragen zur Abklärung, Behandlung und Begleitung einstellen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Passung der Angebote, die ein grösseres Spektrum an spezifischen Schwerpunkten abdecken müssen. Dies hat

unmittelbare Implikationen für die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen sowie die gesamte Strukturierung und Koordination der Angebote.

## **2.2 Entwicklungen in der psychiatrischen und psychosozialen Behandlung und Begleitung sowie in der Prävention**

### **2.2.1 Individualisierung in der Behandlung und entsprechende Koordination**

Die auf das Individuum zentrierte Psychiatrie fordert eine Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen, an ihrem individuellen Recovery-Prozess und einen konsequenten Einbezug der Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Augenhöhe in alle Behandlungsschritte. Dieser Bezug sowie die interpersonelle Beziehungsgestaltung gelten als tragende Elemente. Die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden ergänzen die Zielsetzungen Symptomreduktion und Funktionsverbesserung. Der wesentliche Paradigmenwechsel liegt im Fokus auf einer holistischen gegenüber einer bisher primär störungsspezifischen Perspektive: Wo kommen die Klientinnen und Klienten her? Wo gehen sie hin? Welche Settings fördern resp. behindern Stabilisierung und Genesung? Auch die American Psychiatric Association (APA) und das Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)<sup>5</sup> gehen heute von einem auf Wohlbefinden und individuellem Recovery-orientiertem Behandlungsmodell aus und bieten Hilfestellungen für personenzentriertes Assessment. Diesem Umstand muss bei der Ausrichtung der Behandlung und Angebotsentwicklung Rechnung getragen werden. Orientierung an den individuellen Genesungsprozessen erfordert den Einbezug aller an einer Behandlung beteiligten Personen wie die Patientin oder der Patient selbst, Angehörige und involvierte Professionen. Eine Individualisierung von Behandlungen schliesst Gruppentherapien und standardisierte Behandlungsprogramme nicht aus.

### **2.2.2 Ambulant vor intermediär vor stationär**

«Ambulant vor intermediär vor stationär» ist eine plausible Forderung der schweizerischen Gesundheitspolitik. Demnach sollten zunächst die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgenutzt werden, bevor eine Patientin oder ein Patient stationär behandelt wird. Ergänzend ist noch eine Behandlung in einer Tagesklinik oder im Rahmen von höher frequenten Hausbesuchen (Home Treatment) als intermediäres Angebot sinnvoll, um einerseits falls erforderlich die Intensität der Behandlung im Vergleich zur ambulanten Behandlung zu erhöhen und andererseits die Patientin resp. den Patienten in

---

<sup>5</sup> Das Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) ist die fünfte Version eines Klassifikationssystems für psychische Störungen, welches von der American Psychiatric Association, der US-Amerikanischen Fachgesellschaft der Psychiater, herausgegeben wird.

seinem häuslichen Umfeld zu belassen. Die ambulante und intermediäre Behandlung entspricht häufig dem Wunsch der Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren sozialem Umfeld.<sup>6</sup> In einer ambulanten, aufsuchenden oder tagesklinischen Behandlung bleibt die Privatsphäre der Patientin resp. des Patienten erhalten, kann das soziale Umfeld besser integriert werden und können die Prinzipien Recovery und Empowerment im häuslichen Umfeld direkter umgesetzt werden. Die Patientinnen und Patienten können grösstmögliche Autonomie beibehalten, und die Umsetzung der therapeutischen Themen im Alltag ist unmittelbar möglich.

### **2.2.3 Prävention**

Aktivitäten zur Prävention von psychischen Erkrankungen haben in den letzten Jahren kontinuierlich an Wichtigkeit gewonnen. Die kantonal koordinierten Programme zielen darauf ab, die Bevölkerung und Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich über psychische Erkrankungen und Anlaufstellen zu informieren. Es ist wichtig, Kenntnisse über den Umgang mit psychischen Krisen und Erkrankungen zu verbessern sowie die Sensibilisierung, Entstigmatisierung und das Trainieren von Gesundheitsverhalten zu fördern. Es besteht ein hoher Bedarf, der nur teilweise durch eine breite Palette an Schulworkshops, öffentlichen Veranstaltungen, Weiterbildungen, Früherkennungs- und Beratungsangeboten abgedeckt wird.

## **2.3 Fachkräftemangel**

In allen Bereichen der Gesundheits- und Sozialversorgung besteht oder droht Fachkräftemangel. Neben schwachen Ausbildungszahlen wird die Versorgungssituation durch einen hohen Grad an Teilzeitbeschäftigten, Familienauszeiten, kurzen Verweildauern im Beruf, Krankheitsabsenzen etc. erschwert. Die Abhängigkeit von ausländischer Arbeitsmigration ist insbesondere in der Grenzregion Basel hoch. Besondere Bedeutung kommt hier dem Fachkräftemangel bei immobilen Patientinnen und Patienten in den Spitälern zu. Die Weiterbildung des bereits ausgebildeten Fachpersonals ist hingegen gut organisiert und erfolgt bereits in zufriedenstellender Form.

Im Weiteren wird auf die zwei Berufsgruppen der Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzte eingegangen, da diese besonders betroffen sind.

### **2.3.1 Pflegepersonalmangel**

Trotz zahlreicher kantonaler und nationaler Initiativen mit dem Ziel, den Nachwuchs zu fördern und die Pflegeberufe attraktiver zu machen, fehlen in der Schweiz jährlich zahlreiche neue Pflegefachpersonen. Durch die Alterung der Gesellschaft und die geringe Berufsverweildauer wird sich dieser

---

<sup>6</sup> Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.; Home treatment in Deutschland. Gemeinsame Stellungnahme, Christel Achberger, Vorsitzende DGSP, Köln und Nils Greve, Vorsitzender DGSP Köln.

Bedarf weiter erhöhen. Neben der Entlohnung spielen auch die Themen Schichtbetrieb, Personalschlüssel, Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben eine Rolle für die Attraktivität des Berufsbilds. Rekrutierungen aus dem Ausland sind u. a. auch wegen fehlender sprachlicher Kompetenzen und der mangelnden Kenntnisse der regionalen Gegebenheiten mitunter problematisch, da diese in der psychiatrischen Versorgung eine Kernkompetenz darstellen. Die von der Bevölkerung angenommene Pflegeinitiative stellt eine Chance dar.

### **2.3.2 Ärztemangel**

Der Mangel an Psychiaterinnen und Psychiatern zeigt sich v. a. in Kliniken und Ambulatorien, d. h. dort, wo es um anspruchsvolle Notfälle, akute Krisensituationen und Zwangseinweisungen geht. Hier besteht neben der mangelnden Versorgung auch das Potential einer Fehlversorgung: Da es sich um anspruchsvolle Arbeit handelt, ist die Rekrutierung von Fachpersonal insbesondere für Kliniken, welche komplexe und schwere Krankheitsbilder behandeln, schwierig. Zukünftig wird der Mangel wegen des fehlenden Nachwuchses und des demografischen Wandels auch den ambulanten Bereich der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater betreffen. V. a. im ambulanten Bereich sind viele Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre alt, was den Mangel in den nächsten Jahren noch akzentuieren wird. Neben der stationären wird auch die ambulante Notfallversorgung betroffen sein, da der aktuelle Service Public mittels aufsuchender Notfallpsychiatrie nicht mehr zu leisten ist. Ebenso wie im Pflegeberuf stellen sich hier Fragen zur Nachwuchs- und Attraktivitätsförderung.

## **2.4 Aktuelles Finanzierungssystem und gesundheitsökonomische Trends**

Das Psychiatriekonzept wurde vornehmlich von Fachexpertinnen und -experten aus den Bereichen Psychiatrie, Pflege und sozialer Arbeit verfasst. Da eine effektive Behandlung jedoch nicht nur von medizinischen, therapeutischen und sozialpsychiatrischen Massnahmen, sondern auch von der Finanzierung abhängt, wurde entschieden, aktuelle Entwicklungen, welche einen Effekt auf die Behandlung haben könnten, ins Konzept aufzunehmen. Die nachfolgenden Punkte sind weder eine vollständige Auflistung aller aktueller Themen, noch werden diese abschliessend erläutert. Vielmehr soll mit diesem Kapitel die Perspektive auf das Finanzierungssystem der oben aufgeführten Berufsgruppen dargelegt werden.

In den vergangenen Jahren wurden diverse Tarfsysteme im KVG<sup>7</sup>-Bereich mit dem Ziel der Kostenoptimierung und Eliminierung von Fehlanreizen eingeführt (z. B. DRG<sup>8</sup>, TARPSY<sup>9</sup>). Die Finanzierung im psychiatrischen Bereich ist weiterhin heterogen geregelt (monistische ambulante und duale stationäre Finanzierung), was zu unterschiedlichen Entwicklungsanreizen führen kann und Subventionen und Querfinanzierungen notwendig macht. Zudem wurden ehemals als Teile der staatlichen Verwaltung betriebene Spitäler in selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten überführt oder in Aktiengesellschaften ausgegliedert.<sup>10</sup> Solche Entwicklungen können verschiedene positive als auch negative Effekte haben. So können sie zu Effizienzsteigerungen führen. Es besteht aber zugleich das Risiko, dass durch ökonomische Anreize eine bestmögliche medizinische Behandlung resp. psychosoziale Begleitung erschwert wird. Mit dem Ziel der Kostenoptimierung und der Eliminierung von Fehlanreizen sind stationäre und ambulante Abgeltungssysteme in stetiger (Weiter-)Entwicklung. Im Folgenden werden die Finanzierung resp. Tarfsysteme im stationären sowie ambulanten und intermediären Bereich beschrieben und es wird auf die Finanzierung von wichtigen Punkten bei Schnittstellen eingegangen.

### **2.4.1 Die stationären Tarife**

Mit TARPSY wurde gemäss KVG ein neues Vergütungssystem für die stationäre psychiatrische Versorgung eingeführt, welches unter Berücksichtigung definierter Patientenvariablen und eines für alle Schweizer Kliniken einheitlich festgelegten Vorgehens zur Ermittlung des Day Mix Index (DMI)<sup>11</sup> für Tagesfallpauschalen vorsieht. Die Tagesfallpauschalen nehmen mit zunehmender Aufenthaltsdauer ab, so dass der Deckungsbeitrag pro Patientin resp. Patient über die Zeit ungefähr stabil bleibt. Die Abbildung des Schweregrads ist noch nicht abschliessend, d. h. nachweisbar, ausgestaltet. Das Tarfsystem befindet sich als lernendes System aktuell in Weiterentwicklung (zur Version 3.0). Ziel waren eine Effizienzsteigerung sowie die Eliminierung von Fehlanreizen des Tagespauschal-Systems ebenso wie die Herstellung einer Vergleichbarkeit zwischen den Betrieben. In Teilbereichen wurde dieses Ziel erreicht, in anderen Versorgungsbereichen haben sich Bedingungen verschlechtert. So wird u. a. durch aufwändige Assessments und Administration erheblicher Mehraufwand verursacht. Die Verweildauern haben sich im stationären Bereich seit Jahren verkürzt, was einerseits im Sinne der Dehospitalisierung und gemeindenahen psychiatrischen Versorgung eine erwünschte Entwicklung war, andererseits aber auch eine solide Übergangsbegleitung in intermediäre oder ambulante

<sup>7</sup> Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994.

<sup>8</sup> Das Diagnosis-Related Groups (DRG) System ist ein Abrechnungssystem für stationäre Krankenhausbehandlungen in der Akutsomatik, bei dem über Fallpauschalen abgerechnet wird.

<sup>9</sup> TARPSY bildet die Leistungsbereiche der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie nach den Regeln der Swiss DRG AG ab.

<sup>10</sup> Die entsprechenden Spitäler werden nicht mehr staatlich betrieben, sondern von Aktiengesellschaften. Diese Aktien werden allerdings immer noch von der öffentlichen Hand gehalten.

<sup>11</sup> Der Day Mix Index (DMI) gibt einen Anhaltspunkt zum durchschnittlichen Schweregrad der Fälle in einem Spital, er entspricht dem durchschnittlichen Kostengewicht der Behandlungsfälle pro Tag.

Nachbetreuung erfordert, da sonst Wiedereintritte befördert werden können. Umso wichtiger sind ein Ausbau der Kontinuität in der Behandlung und Betreuung sowie die Herstellung solider Übergänge zwischen den Behandlungssettings. In der Psychiatrie bestimmt v. a. die Dauer eines Aufenthalts die Kosten, aber es ist bisher nicht gelungen, diese aufgrund von Patientenmerkmalen vorausszusagen. Eine grosse Herausforderung für die Institutionen besteht darin, die Tarifierung zu verhandeln und so abzubilden, dass die Vollkosten tatsächlich abgedeckt werden.

Bei der Wiedereingliederung ist die sogenannte Belastungserprobung (längere Ausgänge und Wochenenden ausserhalb der Klinik) oftmals notwendig, aber durch TARPSY nicht ausreichend abgegolten. Solche Belastungsproben werden intensiv vor- und nachbesprochen. Der personelle Aufwand ist höher als bei einem internen Wochenende. Dennoch kann bei einer Abwesenheit von mehr als 24 Stunden der Tag nicht verrechnet werden, obwohl das Bett freigehalten werden muss. Die Abgeltung von interkurrenten Leistungen – somatische Leistungen während einem stationären psychiatrischen Aufenthalt – ist aktuell nicht vollständig geklärt.

## **2.4.2 Die ambulanten und intermediären Tarife**

Seit 2004 gilt der TARMED<sup>12</sup> für alle ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und Spitälern. Die Daten für die Herleitung stammen aus den 1990er-Jahren. Da Veränderungsentscheide in einer von Versicherern und Leistungserbringern paritätisch besetzten Kommission gefällt werden, fanden diese bisher nicht statt. Abgesehen von spezifischen Anpassungen, die vom Bundesrat z. B. per 1. Januar 2018 verordnet wurden, gilt seit der Einführung ein praktisch unveränderter Tarif.

Aufgrund der offensichtlichen Revisionsbedürftigkeit haben der Krankenversichererverband Curafutura<sup>13</sup> und der Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH<sup>14</sup> dem Bundesrat im Juli 2019 den ambulanten Einzelleistungstarif TARDOC eingereicht, welcher im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) durch H+<sup>15</sup> und santésuisse<sup>16</sup> überprüft wurde. Der Bundesrat hat Ende Juni 2021 eine Überarbeitung des TARDOC durch alle Tarifpartner verlangt, da die damalige Version nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprochen und weitere Mängel aufgewiesen hat. Zudem haben sowohl H+ als auch santésuisse diesen Tarifvertrag nicht mitunterzeichnet. Im Dezember 2021 haben Curafutura und die FMH eine neue Version von TARDOC beim Bundesrat eingereicht. Der Bundesrat hat an seiner Sitzung vom 3. Juni 2022 entschieden, dass er die Tarifstruktur TARDOC für noch

---

<sup>12</sup> Der TARMED ist ein Einzelleistungstarif, welcher im ambulanten Bereich zur Abrechnung von ärztlichen Leistungen in Praxen und Spitälern angewendet wird.

<sup>13</sup> Curafutura ist ein Verband, der sich aus den Krankenversicherern CSS Versicherung, Helsana, Sanitas und KPT zusammensetzt.

<sup>14</sup> Die FMH ist die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte und setzt sich in politischen Entscheidungsprozessen für deren Interessen ein.

<sup>15</sup> H+ ist ein Verband, der die Spitäler der Schweiz vertritt. Mitglieder sind Spitäler, Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Er vertritt die gesundheitspolitischen Interessen dieser Mitglieder in politischen Entscheidungsprozessen.

<sup>16</sup> santésuisse ist die Branchenorganisation der Schweizer Krankenversicherer im Bereich der sozialen Krankenversicherung (Mitglieder alle ausser denjenigen, die bei Curafutura organisiert sind).

nicht genehmigungsfähig hält. Der Bundesrat erwartet eine weitere Überarbeitung und eine gemeinsame Einreichung mit möglichst allen Tarifpartnern bis spätestens Ende 2023. Es gibt Interessensgruppen, die TARDOC für intransparent und kompliziert halten und sich für eine alternative Tariforganisation via ambulante Pauschalen einsetzen und sich von Einzelleistungstarifen überwiegend lösen möchten. Ende Dezember 2021 haben H+ und santésuisse die gemeinsam entwickelten Pauschalen für den ambulanten Bereich dem BAG zur Überprüfung eingereicht. Der Prüfbericht des BAG liegt vor und zeigt auf, was bis zum Erreichen der Genehmigungsreife zu tun ist. Für die Psychiatrie wird es jedoch voraussichtlich überwiegend bei Einzelleistungstarifen bleiben, welche die Quantität an «Sprechleistung» widerspiegeln. Die Limitationen im TARMED z. B. für telefonische Konsultationen oder Leistungen in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten führen dazu, dass z. B. der Einbezug des persönlichen Umfelds oder telefonische Konsultationen nur sehr begrenzt finanziert werden. Auch im TARDOC sind ähnliche Limitationen vorgesehen. Zudem sind die Tarife für nicht-ärztliche Berufsgruppen nicht ausreichend für einen kostendeckenden Betrieb. Für komplexe ambulante Behandlungsfälle sind jedoch multiprofessionelle Teams mit verschiedenen Berufsgruppen inkl. Pflege und Sozialarbeit notwendig und es fallen zahlreiche Koordinations- und Vorhalteleistungen an, die aktuell nicht ausreichend finanziert sind.

Weiter ist das Problem der nicht kostendeckenden Finanzierung der Leistungen psychiatrischer Tageskliniken nicht gelöst. Im Gegensatz zum stationären Bereich gibt es auf nationaler Ebene keine Tarifstruktur und die ambulanten Einzelleistungstarife decken die Leistungen einer Tagesklinik nicht ausreichend ab. Darüber hinaus werden unbestrittene Nicht-Pflichtleistungen erbracht. Die Tageskliniken werden deshalb aktuell über kantonale Leistungsverträge ausfinanziert. Eine Vergleichbarkeit und Weiterentwicklung sind damit aber nur beschränkt möglich. Mit dem Ziel, eine höhere Durchlässigkeit zwischen den Behandlungssettings zu erreichen, bräuchte es eine nachhaltige, tragfähige tagesklinische Finanzierung.

Gleichermassen besteht derzeit auf nationaler Ebene keine Tarifstruktur für mobile und aufsuchende Angebote, z. B. Home Treatment, poststationäre Übergangsbildung, Psychiatrie-Spitex, Assertive Community Treatment, die sehr effiziente Ansätze für die Behandlung von komplexen Fällen und Patientinnen und Patienten mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen darstellen können. Hier sind ebenfalls Weiterentwicklungen mit tragfähigen Finanzierungsgrundlagen erforderlich, die Leistungen in Abwesenheit (Koordination, Case Management, Wegzeiten etc.) berücksichtigen. Die Finanzierung der intermediären Angebote wird in den Kantonen unterschiedlich geregelt und ist von den Budgetentscheiden der kantonalen Parlamente abhängig. Diese Vorgehensweise ist für eine Implementierung der intermediären Angebote nicht nachhaltig. Idealerweise gäbe es auf nationaler Ebene mindestens Ansätze für eine einheitliche Finanzierung der intermediären Angebote (z. B. Empfehlungen).

Die aktuelle Praxis der bedingt kostendeckenden ambulanten und uneinheitlichen intermediären Tarife setzt finanzielle Fehlanreize in der Entwicklung der psychiatrischen Angebote. Insbesondere bei schwerstkranken Patientinnen und Patienten ist die Koordination und Vernetzung des Behandlungssystems ein elementarer Bestandteil, welcher in den ambulanten Tarifen ungenügend abgedeckt ist. Dies erschwert eine integrierte Versorgung und führt dazu, dass Versorgungsketten unterbrochen werden können.

### **2.4.3 Weitere Bereiche**

Die Psychiatrie hat viele Schnittstellen (z. B. Sozialpsychiatrie, Prävention), welche ebenfalls komplex finanziert sind. Eine ausführliche Diskussion der Finanzierung aller Schnittstellen geht jedoch über das Ziel des Psychiatriekonzepts hinaus. Es sollen hier dennoch ein paar Punkte angesprochen werden, welche im Rahmen dieser Schnittstellen wichtig sind.

Aufgrund von TARPSY kommt es zu einer Versorgungslücke in der sozialpädagogischen und sozialtherapeutischen Betreuung hinsichtlich der Stabilisierung und Integration, da über TARPSY eine akute Behandlung vorgesehen ist, nicht jedoch eine anschliessende sozialpädagogische und sozialtherapeutische Betreuung. Zugleich führt die Änderung in der Finanzierung der Behindertenhilfe aufgrund der im Jahr 2017 in Kraft getretenen kantonalen Gesetze über die Behindertenhilfe (BHG)<sup>17</sup> hin zu einer noch nicht vollständig ausgereiften Subjektfinanzierung und dem Subsidiaritätsprinzip dazu, dass sich Übergänge von einer akuten Behandlung mittels KVG-Finanzierung und einer längerfristigen Finanzierung mittels BHG schwierig gestalten. Die Abstimmung ist noch nicht immer reibungslos und verzögert die Übergänge teilweise. Die Finanzierung ist zusätzlich herausfordernd, wenn eine Person (noch) keine IV-Rente bezieht, aber dennoch im Anschluss an die Akutbehandlung auf Leistungen in der Begleitung (Wohnen, Arbeit etc.) angewiesen ist. In gewissen Fällen bestehen zudem Fehlanreize hinsichtlich der Wiederaufnahme einer Arbeit. Bei chronisch verlaufenden Erkrankungen bedingt die Behandlung teilweise eine langfristige Begleitung und Betreuung, und dadurch sind die Schnittstellen in diesem Bereich speziell gefordert.

Im Bereich der Adoleszenten ohne abgeschlossene Erstausbildung finanziert im Kanton Basel-Stadt die Arbeitslosenversicherung (ALV) psychosoziale Angebote (z. B. Motivationssemester). Solche Angebote sind wichtig, um die Übergänge zwischen der Psychiatrie resp. Psychotherapie (KVG-finanziert) und der Sozialpädagogik sicherzustellen. Im Kanton Basel-Stadt unterstützt zudem das Arbeitsintegrationszentrum (AIZ) der Sozialhilfe Sozialhilfe-abhängige Adoleszente im Bereich (be-

---

<sup>17</sup> Basel-Landschaft: Gesetz über die Behindertenhilfe (Behindertenhilfegesetz, BHG) vom 29. September 2016; Basel-Stadt: Gesetz über die Behindertenhilfe (BHG) vom 14. September 2016.

gleitetes) Wohnen und Integration in einen Ausbildungsplatz. Dies stellt ebenfalls eine wichtige Finanzierung an der Schnittstelle zwischen medizinischen und sozialpädagogischen Massnahmen dar.

Im Bereich von Menschen mit Migrationshintergrund gibt es aktuell in Basel-Stadt nur in gewissen Ausnahmefällen eine Finanzierung von Dolmetscherleistungen. Dies erschwert die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund.

### 3 Handlungsfelder

Auf Grundlage der aktuellen Entwicklungen in der Psychiatrie werden im Folgenden 17 Empfehlungen, welche sich auf fünf Handlungsfelder aufteilen, vorgestellt. Die 17 Empfehlungen wurden aus vier der fünf Fachkonzepte abgeleitet, überprüft und ggf. ergänzt. Eines der fünf Fachkonzepte, die Forensik, wurde bei der Erarbeitung der Empfehlungen explizit nicht berücksichtigt, da die Forensik aufgrund ihres Auftrags nur beschränkt mit den anderen Bereichen vergleichbar ist. Am Ende dieses Kapitels befindet sich jedoch ein Exkurs, welcher die wichtigsten Punkte aus dem *Fachkonzept Forensik 2022* zusammenfasst (das vollständige Konzept kann in einem separaten Dokument heruntergeladen werden).

Für alle Handlungsempfehlungen gilt, dass die Finanzierung und entsprechend ausgebildetes Fachpersonal eine Grundlage für die Umsetzbarkeit darstellen. Aufgrund der Allgemeingültigkeit wird dies nicht bei allen Empfehlungen wiederholt. Es gibt jedoch Empfehlungen, bei welchen insbesondere die Finanzierung eine grosse Herausforderung darstellt, da eine gesetzliche Grundlage nicht oder nur eingeschränkt vorhanden ist. In solchen Fällen wird die Finanzierung explizit als Herausforderung erwähnt. Dies erlaubt jedoch nicht den Umkehrschluss, dass bei allen anderen Empfehlungen die Themen Finanzierung und Fachkräfte keine Herausforderungen bei einer allfälligen Umsetzung darstellen und einer sorgfältigen Prüfung bedürfen.

#### 3.1 Handlungsfeld 1 – Gesamtversorgungsnetzwerk

Beim Handlungsfeld Gesamtversorgungsnetzwerk geht es um die Koordination und Vernetzung sämtlicher Akteure im Bereich der psychischen Gesundheit, d. h. den Einbezug von psychosozialen und medizinischen Angeboten, Institutionen, Organisationen und Niedergelassenen, ambulante, intermediäre und stationäre Versorgung. Dabei werden nicht nur die Betroffenen, sondern auch die Angehörigen in den Behandlungs- und Begleitungsprozess miteinbezogen. Um den unterschiedlichen psychischen Problemen und Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen gerecht zu werden, bedarf es eines vielfältigen Angebots insbesondere im ambulanten und intermediären Bereich.

## **Empfehlung 1 – Vernetzung und Koordination der vorhandenen Angebote**

Auf der strategischen, übergeordneten Ebene bedarf es einer regionalen, d. h. bikantonalen, Kommission<sup>18</sup>, welche die Verzahnung und die kontinuierliche Bearbeitung von aktuellen Themen sicherstellt und Empfehlungen an die für die Umsetzung zuständigen Stellen formuliert. Für spezifische Fragestellungen können Arbeitsgruppen gebildet werden.

Auf der operativen Ebene soll es eine Beratungsstelle geben, damit Betroffene sowie Angehörige zeitnah ein passendes Angebot finden und von einem solchen weiterbehandelt resp. -betreut werden. Die Beratung gibt eine Orientierung zu verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsalternativen. Es ist wichtig, dass die Anlaufstelle unabhängig von anderen Institutionen und den Krankenkassen ist. Sie hat somit keine steuernde Funktion. Es ist sowohl denkbar, dass die Aufgaben der Beratungsstelle von einer bereits bestehenden Organisation vorgenommen werden, als auch, dass eine neue Organisation initiiert wird. Die Anlaufstelle behält den Überblick über das gesamte Versorgungsnetz und pflegt als Grundlage für die Beratung eine Datenbank mit einer möglichst vollständigen Übersicht aller Angebote in der GGR. Im Weiteren betreut sie das Monitoring der vorhandenen freien Plätze in Institutionen sowie bei niedergelassenen Anbietern. Die Datenbank ist auch frei im Internet zugänglich. Um die nationale Koordination sicherzustellen, ist eine Vernetzung mit anderen Beratungsstellen anzustreben.

## **Empfehlung 2 – Integrierte Versorgung und optimaler Einsatz von ambulanten, aufsuchenden, tagesklinischen und stationären Angeboten**

Die integrierte Versorgung stellt sicher, dass komplexe Fälle settingsübergreifend gut begleitet werden. Dafür bedarf es eines Ausbaus der fallbegleitenden Koordination, welche durch eine der behandelnden Institutionen oder eine unabhängige Koordinationsperson wahrgenommen wird. Diese stellt sicher, dass alle relevanten Institutionen und Fachkräfte involviert sind. Besondere Beachtung bedürfen Aus- und Übertrittsprozesse. Es soll zudem darauf geachtet werden, dass der Datenschutz die integrierte Versorgung nicht behindert und alle involvierten Stellen aktiv und transparent (soweit geeignet) zum Wohl der Patientin resp. des Patienten zusammenarbeiten. Hierfür wichtig sind ein Therapieplan und die Klärung von Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung.

Die Finanzierung von ambulanten, aufsuchenden, tagesklinischen und stationären Angeboten muss so gestaltet sein, dass keine Kostenhürden für gewisse Angebote bestehen oder Fehlanreize gesetzt werden, sondern die Entscheidung über die Art der Behandlung nur aufgrund des voraussichtlichen

---

<sup>18</sup> Mehr Informationen zur bereits bestehenden basel-städtischen Psychiatriekommission finden sich hier: <https://www.gesundheitsversorgung.bs.ch/dossiers-und-projekte/kommissionen/psychiatriekommission-bs.html> (abgerufen am 14.09.2022).

Behandlungserfolgs und anhand der Bedürfnisse der Betroffenen erfolgt. Es bedarf dafür insbesondere neuer Vergütungsformen für intermediäre und komplexe ambulante Leistungen. Die ambulanten und intermediären Strukturen sollten daher politisch und finanziell gestärkt werden, um den zunehmenden Behandlungsbedarf aufzufangen.

Intermediäre Angebote liegen an der Schnittstelle zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen und stellen eine wichtige Angebotsform für die psychiatrische Versorgung dar. Sie bieten anstelle von stationären Behandlungen oder im Nachgang zu einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik koordinierte und integrierte Behandlungen im sozialen Umfeld bzw. am Wohnort der Patientinnen und Patienten an. Der intermediäre Bereich soll gefördert und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an einer Behandlung beteiligten Gesundheitsfachpersonen und Behandlungseinrichtungen besser koordiniert werden. Dazu bedarf es der Förderung von Pilotprojekten, welche bestehende Angebote ergänzen. Bereits bestehende (Modell-)Projekte, deren Erfolg nachgewiesen werden konnte, sollen als Angebot gesichert und weiter finanziert werden. Hierzu gehören insbesondere die aufsuchenden Angebote (z. B. Home Treatment ebenso als Präventionsangebot, um einen Klinikeintritt zu verhindern, und als Nachsorgeangebot nach einem stationären Aufenthalt, mobile aufsuchend Krisen-Teams mit Peers, Förderung des Open Dialogue-Ansatzes als Netzwerktherapie, Multisystemische Therapie bei Jugendlichen) und die Tageskliniken. Es sollte angestrebt werden, dass die Finanzierung von etablierten Angeboten in beiden Kantonen koordiniert wird. Die Hürde für Pilotprojekte sollte jedoch möglichst tief sein, sodass dafür kantonale Finanzierungen oder sogar Finanzierungen für einzelne Institutionen weiterhin möglich sein sollten.

Bei den Transitionsphasen zwischen der Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sowie Erwachsenen- und Alterspsychiatrie sollen zudem die Koordination und die Übergänge verbessert werden. Zudem ist es wichtig, dass in diesen Transitionsphasen die Altersgrenzen flexibel gestaltet werden und situativ über den Ort der Behandlung, d. h. Jugend- oder Erwachsenenpsychiatrie resp. Erwachsenen- oder Alterspsychiatrie, entschieden werden kann. Der Ansatz des «Shared-Decision-Making», d. h. eine gemeinsame Entscheidung, soll dabei zur Anwendung kommen.

### **Empfehlung 3 – Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie**

Die Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie soll weiter ausgebaut werden. Konsiliar- und Liaisonleistungen sollen verstärkt zwischen der somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Medizin stattfinden. Zudem bedarf es besserer Konsiliar- und Liaisonangebote für Wohneinrichtungen für psychisch Kranke, sozialpädagogische Institutionen, Schulen, Alters- und Pflegeheime, Eltern-Kind-Einrichtungen, Frauenhäuser, Einrichtungen des Massnahmen- und Strafvollzugs und Institutionen für Asylsuchende. In nicht-psychiatrischen Institutionen sollten zudem Ansprechpersonen (Thementrägerinnen und -träger) zu Fragen der psychischen Gesundheit ernannt werden. Eine regelmässige

Zusammenarbeit zwischen Institutionen und psychiatrischen und psychosomatischen Fachpersonen (Liaisonpsychiatrie) soll ergänzt werden durch punktuelle Beratungs- und Abklärungsleistungen vor Ort (Konsiliarpsychiatrie) unter Einbezug des Fachpersonals der Institutionen. Für eine effektive Behandlung ist die Kontinuität der zugeteilten Fachpersonen wichtig.

#### **Empfehlung 4 – Einbezug von Angehörigen**

Der Einbezug von Angehörigen in allen Behandlungsphasen soll – unter Wahrung der Schweigepflicht, des Datenschutzes und der Rahmenbedingungen gemäss Kinder- und Erwachsenenschutzrecht – sichergestellt werden. Insbesondere bei stationären Behandlungen sollte der Einbezug bei der Planung des Austritts zum Standard gehören. Sind unter den Angehörigen auch Kinder und Jugendliche, gilt es, den Betreuungs- und einen allfälligen Behandlungsbedarf sorgfältig abzuklären. Dies sollte für Eltern mit psychischen Erkrankungen in allen Behandlungssettings gelten. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist der Einbezug der Eltern zentral und zuweilen auch heikel, weil diese ein Teil des Problems sein können und daher auch Teil der Lösung sein müssen. Bei Personen ohne Angehörige oder Beistand soll gemäss dem Konzept der Sozialraumorientierung geprüft werden, welches ihre wichtigen Bezugspersonen sind und wie diese adäquat einbezogen werden können.

#### **Empfehlung 5 – Reduktion von Zwangsmassnahmen**

Es wird angestrebt, Zwangsmassnahmen wie Fürsorgerische Unterbringungen (FU), Zwangsbehandlungen, Isolierungen und Fixierungen etc. auf ein Minimum zu reduzieren. Hierzu ist ein diversifiziertes Spektrum mit stationsalternativen Angeboten für psychische Krisen und Akutsituationen in der Region sowie eine qualitativ hochstehende Notfallversorgung mit diagnostischem Assessment und differenzierter Indikationsstellung nötig. Innerhalb der Angebote für Krisen und Akutsituationen ist ausreichend Personal notwendig, um alternative Begleitformen zur Vermeidung von Zwangsmassnahmen anbieten zu können. Das Thema Zwang wird in Ausbildungen und Fortbildungen von Fachpersonen bearbeitet, es bestehen aktualisierte Präventionskonzepte zur Verhinderung von Gewalt und Übergriffen. Klientinnen und Klienten sind über ihre Einsprache- und Rechtsmöglichkeiten informiert. Um Rechtsgleichheit zu sichern, wird eine einheitliche Regelung auf nationaler Ebene angestrebt.

### **3.2 Handlungsfeld 2 – Ergänzende Angebotsschwerpunkte**

Beim Handlungsfeld Ergänzende Angebotsschwerpunkte geht es um Empfehlungen zur Angebotsentwicklung mit Bezug auf Lebensumstände, die für die psychiatrische Versorgung in der GGR besonders anspruchsvoll sind und denen noch mehr Rechnung zu tragen ist.

## **Empfehlung 6 – Angebote für Menschen mit schweren und andauernden psychischen Erkrankungen**

Bei Betroffenen, die eine schwere und andauernde Erkrankung haben, reicht eine zeitlich befristete Behandlung oft nicht aus, sondern es wird eine zeitlich primär unbefristete Unterstützung benötigt, deren Intensität flexibel auf den Bedarf angepasst werden kann, und für die verschiedene Unterstützungs- und Behandlungsleistungen je nach Situation erbracht werden können. Diese Unterstützung geht über die interprofessionelle somatisch-psychiatrische Zusammenarbeit hinaus. Erforderlich ist eine interprofessionelle Behandlungsplanung in enger Koordination mit dem erweiterten Umfeld (bspw. Begleitpersonen in sozialpsychiatrischen Organisationen, Angehörige, Arbeitgeber, Behörden, Polizei). Dies ist nur möglich, wenn eine geeignete Finanzierung, ggf. auch sektorübergreifend aus verschiedenen Quellen, realisierbar ist. Die Menschen mit schweren und andauernden psychischen Erkrankungen in ihren angestammten sozialen Räumen, ihrem sozialen Umfeld und in ihren Lebenswelten wahrzunehmen und die damit verbundenen Ressourcen zu erhalten und weiter auszubauen, ist dabei zentral. So kommt bspw. dem Erhalt einer bestehenden, bedarfsentsprechenden Wohn- oder Arbeitssituation besondere Bedeutung zu. Für Menschen mit intensiver und längerfristiger Nutzung von psychiatrischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen ist die in Empfehlung 2 erwähnte fallbegleitende Koordination besonders wichtig.

## **Empfehlung 7 – Angebote für Adoleszente**

Der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Erwachsenenpsychiatrie ist für die Betroffenen in der Altersgruppe zwischen 16 und 23 Jahren zu verbessern. Institutionell lassen sich die besonderen Bedürfnisse dieser Lebensphase im Rahmen eines spezifisch auf die Adoleszenzphase ausgerichteten Angebots abbilden. Wichtige Themen sind u. a. Früherkennung, Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Mediengebrauchsstörungen) und Krisenbehandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit schweren externalisierenden Störungen.

## **Empfehlung 8 – Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen**

Menschen mit geistiger Behinderung benötigen in der Region ein Angebot in psychischen Krisensituationen ausserhalb der allgemeinen Akutpsychiatrie. Adäquate Angebote für diese Personengruppe sind sowohl in der ambulanten, konsiliarischen als auch stationären Versorgung aufzubauen. Hierbei ist zwischen Betreuungs- und Behandlungsbedarf zu differenzieren. Wichtig ist, dass eine ausführliche Diagnosestellung vorgenommen und dementsprechend zwischen Behandlungs- und Betreuungsindikation differenziert und ein entsprechendes Setting gewählt wird. Fehlende Diagnosen können u. a. Konsequenzen für die Finanzierung der Folgebehandlungen haben (bspw. für berufliche Massnahmen und IV-Renten).

### **Empfehlung 9 – Angebote für Familien**

Zur Prävention und Früherkennung von bspw. Beziehungsstörungen sollten weitere Hilfen für Eltern mit Kleinkindern und Kindern im stationären Bereich geschaffen werden. In der Nordwestschweiz besteht bisher nur ein sehr beschränktes Angebot für intensive Behandlung und Unterstützung von Mutter resp. Vater und Kind. Es braucht sowohl Angebote für Familien mit Kindern mit einer psychischen Erkrankung als auch für Familien mit Eltern mit einer psychischen Erkrankung.

### **Empfehlung 10 – Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund**

Das bestehende Angebot für Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Erkrankungen ist quantitativ unzureichend. Mit dem Ausbau der transkulturellen Sprechstunden und Dolmetscherleistungen können psychische Störungen und Konflikte aufgrund von Migrationserfahrungen besser und bedarfsgerecht identifiziert und behandelt werden. Dolmetscherleistungen sollen in beiden Basler Kantonen finanziert werden. Bei Menschen, die durch ihre Migrationserfahrung psychisch belastet sind, können dadurch der Eintritt in eine Passivitätsspirale und erheblichen Folgekosten vermieden werden.

## **3.3 Handlungsfeld 3 – Ressourcen**

Das Handlungsfeld Ressourcen beschreibt Empfehlungen in Bezug auf Massnahmen zur Förderung von Personalressourcen.

### **Empfehlung 11 – Peer-Arbeit**

Menschen mit Erfahrung mit psychischer Erkrankung, Behandlung und Genesung bringen ihr reflektiertes, persönliches Erleben zur Unterstützung von Betroffenen ein und werden somit als «Expertinnen und Experten aus Erfahrung» bzw. Genesungsbegleitende tätig. Sie tragen ganz wesentlich auf verschiedenen Ebenen zur Qualitätsverbesserung in der psychiatrischen Versorgung bei. Diese Ausbildung von Peers soll gefördert und ihr Einsatzbereich klar definiert werden. Hierzu sind rechtliche Rahmenbedingungen und Finanzierungsgrundlagen zu spezifizieren, so dass adäquate Löhne gezahlt werden können.

Die Peer-Arbeit, d. h. die Beratung von Betroffenen durch Betroffene resp. von Angehörigen durch Angehörige soll gestärkt werden. Es sollen eine institutionalisierte Rekrutierung sowie eine Ausbildung von Peers etabliert werden, um die Qualität sicherzustellen. Peers sollen dabei in allen zentralen Angeboten zum Einsatz kommen. Eine besondere Bedeutung kommt Peers in der Begleitung von psychisch beeinträchtigten Jugendlichen zu.

## **Empfehlung 12 – Fachkräfte**

Um dem zunehmenden Fachkräftemangel zu begegnen, sollte bereits zu Beginn der medizinischen, pflegerischen und weiteren Ausbildungscurricula ein Fokus auf die Psychiatrie gelegt werden. Damit soll sichergestellt werden, dass der Bedeutung des Fachgebiets, als eines der grössten medizinischen Fachgebiete, die eine Reihe der häufigsten Krankheitsbilder in der Bevölkerung adressiert, Rechnung getragen wird. Zu den empfohlenen Massnahmen für die GGR gehören Ausbildungsinitiativen, angemessene Personalschlüssel, attraktivere Arbeitsbedingungen und der Einbezug von neuen Berufsbildern in die interprofessionellen Teams (Task-Shifting), um dem Fachkräftemangel zu begegnen. Psychiatrisches Grundwissen und Fähigkeiten sollten auch in die Weiter- und Fortbildung von Kooperationspartnern der Psychiatrie integriert werden, bei denen das Thema in der Ausbildung wenig oder gar nicht vorkommt. Dies betrifft bspw. sozialpädagogische Institutionen, Schulen und Behörden. Im Bereich der Pflegefachpersonen kommt der Umsetzung der Pflegeinitiative eine wichtige Rolle in der Reduktion des Fachkräftemangels zu.

## **3.4 Handlungsfeld 4 – Digitalisierung**

Um der fortschreitenden Digitalisierung des Alltags aller Personen in unserer Gesellschaft zu begegnen, bedarf es der Entwicklung und Nutzung digitaler Hilfsmittel bei Prävention, Diagnostik und Behandlung. Therapeutische und rehabilitative Behandlungs-, Beratungs- und Abklärungsangebote sollen durch digitale Tools unterstützt werden. Es ist anzunehmen, dass zukünftig E-Mental Health-Angebote die traditionellen Angebote ergänzen werden. Die Vorgaben für den Datenschutz sollen in beiden Kantonen einheitlich gehandhabt werden.

## **Empfehlung 13 – Infrastruktur**

Gemeinsame digitale Plattformen für den gesamten Versorgungsraum sollen zu organisatorischen, beratenden und therapeutischen Zwecken breit abgestützt und für alle Beteiligten nutzbar installiert werden. Hierzu gehören Angebots- und Kapazitätsübersichten, Informationsplattformen, digitale Kommunikationsformen, therapieunterstützende und Selbsthilfe-Tools. Hierfür sollen bestehende Digitalisierungskonzepte von den Institutionen miteinander abgestimmt und Synergien sowie Vernetzungsmöglichkeiten genutzt werden. Es soll eine regional einheitliche Infrastruktur für die Nutzung digitaler Hilfsmittel geschaffen werden, die sicher und zuverlässig ist und von allen Leistungserbringern in der Region unter Einhaltung der Erfordernisse des Datenschutzes genutzt werden kann.

## **Empfehlung 14 – Anwendung**

Bezüglich Diagnostik, Therapie und Prävention sollen die neuen Möglichkeiten, die sich aus der Digitalisierung ergeben, für eine Verbesserung der Erreichbarkeit unterschiedlicher Zielgruppen und

deren Behandlung genutzt werden. Dazu sollen auf regionaler Ebene Handlungsempfehlungen zur Nutzung von digitalen Hilfsmitteln in der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Klientinnen und Klienten geschaffen und implementiert werden. Die Empfehlungen sollen sich an nationalen und internationalen Leitlinien orientieren. Zudem sollen Modellprojekte und Kooperationen zur Implementierung neuer Technologien für die Prävention, Diagnostik und Behandlung (z. B. Apps, Video-Chat-Systeme) gefördert werden.

### **3.5 Handlungsfeld 5 – Gesundheitsförderung und Prävention**

Die bestehenden Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention sollen in Zukunft noch verstärkt und gesamtregional besser koordiniert werden. Ausserdem sollten sie mit dem Angebotsnetzwerk und mit der in Empfehlung 1 erwähnten Beratungsstelle abgestimmt und umgesetzt werden. Insbesondere im Bereich der frühzeitigen niederschweligen psychosozialen Unterstützung besteht ein grosses Entwicklungspotential. Wenn Mittel zukünftig vermehrt dort eingesetzt werden, wo Personen bereits belastet, aber noch nicht psychisch erkrankt sind, kann dies das Behandlungssystem enorm entlasten. Ein weiterer zentraler Punkt ist die Verbesserung der Schnittstellenarbeit zur Nachsorge im Sinne der Tertiärprävention<sup>19</sup>.

#### **Empfehlung 15 – Früherkennung und -intervention**

Der Früherkennung und -intervention für psychische Erkrankungen soll zukünftig ein höherer Stellenwert beigemessen werden. Auf die Sicherung der langfristigen Finanzierung von bewährten Angeboten und – im Bedarfsfall – deren Erweiterung soll dabei fokussiert werden. Weiter sollen Angebotslücken erkannt und entsprechende Angebote geschaffen werden. Dabei hat die Vernetzung der Angebote eine wichtige Bedeutung. Die kantonale Verwaltung soll zusammen mit Präventions- und Beratungsstellen, psychiatrischen Institutionen sowie psychosozialen Einrichtungen gemeinsame Projekte und Angebote schaffen und dabei Leistungsanbieter der Primärversorgung einbinden (z. B. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Pädiaterinnen und Pädiater, Pflegeheime, Beratungsangebote in Gemeinden und Quartieren, Hebammen, Mütter- und Väterberatung, Schulsozialarbeiter und -arbeiterinnen).

#### **Empfehlung 16 – Entstigmatisierung**

Nationale und kantonale Kampagnen haben in den letzten Jahren einen wichtigen Teil zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und Betroffenen geleistet. Diese Arbeit soll aufrecht-

---

<sup>19</sup> «Die Tertiärprävention zielt bei bereits erkrankten Personen auf die Vermeidung von Chronifizierungen und Folgeschäden sowie auf eine Verbesserung der Lebensqualität ab.» (Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) 2016, S. 27)

erhalten und weiter vorangetrieben werden. Verschiedene Massnahmen zur Förderung der Entstigmatisierung sollen regional gefördert werden. Es soll aktive Medienarbeit betrieben werden, um die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der breiten Bevölkerung zu fördern. Dafür sollen regionale Anlässe wie die Aktionstage psychische Gesundheit organisiert und weitere Kampagnen lanciert werden. Die Angebote sollen gut erreichbar, einladend und sichtbar sein. Kampagnen, Medienarbeit und öffentliche Veranstaltungen erreichen jedoch meist nur eine gut gebildete Bevölkerungsschicht. Zukünftig sollen die Aktivitäten deshalb noch mehr auf schwerer erreichbare Zielgruppen ausgerichtet werden.

### **Empfehlung 17 – Prävention bei Kindern und Jugendlichen**

Viele psychische Erkrankungen manifestieren sich bereits im Kindes- oder Jugendalter. Aus diesem Grund muss diesem Lebensabschnitt eine besonders grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es gilt, optimale Voraussetzungen zu schaffen, die es Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich von Beginn an gesund zu entwickeln und Mechanismen zu schaffen, dank derer das frühe Erkennen von psychischen Belastungen nicht dem Zufall überlassen werden muss. Um die Prävention von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen voranzutreiben, sollen verschiedene Programme und Strukturen geschaffen resp. ausgebaut werden. Vorschul- und Schulprogramme zum Thema Prävention von psychischen Erkrankungen sollen auch jüngeren Kindern, als dies bisher der Fall ist, zur Verfügung gestellt werden. So soll frühestmöglich angesetzt werden können, um einer negativen Entwicklung und Chronifizierung von psychischen Problemen entgegenzuwirken. Es soll offene Kinder- und Jugendarbeit mit dem Fokus auf psychische Gesundheit verstärkt gefördert und dadurch weitere niederschwellige Angebote zum Thema psychische Gesundheit geschaffen werden. Verschiedene Projekte und Angebote zum Thema psychische Gesundheit sollen in Zusammenarbeit mit verschiedenen psychiatrischen sowie sozialen Leistungserbringern geschaffen resp. ausgebaut werden (z. B. Vorsorgeuntersuchungen, Chat-Gruppen, Beratungscafé mit Peers, Walk-in Sprechstunde mit Peers, Angehörigenarbeit). Es sollen Angebote geschaffen resp. ausgebaut werden, die Personen vor Ort erreichen (bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten, in den Quartieren etc.). Dafür soll das Personal an diesen Orten geschult werden, um mit dem Thema psychische Gesundheit vertraut zu sein. Aus diesem Grund sollten bestehende Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche weiter gestärkt und ausgebaut werden. Ein besonderer Fokus muss auf die Früherkennung und Unterstützung von vulnerablen Familien gelegt werden. Eine gute Zusammenarbeit und Vernetzung der Fachpersonen und Multiplikatoren sowie die Sensibilisierung für das Thema sind dabei essentiell.

## Exkurs Forensik

Die Forensische Psychiatrie und Psychotherapie ist ein Teilgebiet der Psychiatrie. Sie befasst sich mit der Begutachtung und Behandlung von psychisch kranken Straftäterinnen und Straftätern, mit der Begutachtung in anderen Rechtsbereichen (z. B. Zivilrecht und Versicherungsrecht) sowie mit der Forschung an Straffälligen und der Forschung zu Delinquenz. Bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ist die psychische Krankheit der Grund für ihre Delinquenz. Daher werden in der Forensischen Psychiatrie und Psychologie im Gegensatz zur Allgemeinpsychiatrie Abklärungen bzw. Begutachtungen und Behandlungen häufig im Auftrag von Justiz- oder anderen Behörden durchgeführt. Die psychiatrische Behandlung von Straftäterinnen und Straftätern teilt sich in zwei Haupttätigkeitsfelder: die allgemeinpsychiatrische und die deliktpräventive psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Straftäterinnen und Straftätern.

Die forensische Psychiatrie ist ein Versorgungsgebiet, das im Vergleich zur Allgemeinpsychiatrie oder der somatischen Medizin weniger kantonal, sondern in drei nationale Konkordate eingeteilt ist. Die Kantone decken ihren eigenen Bedarf dabei häufig nicht selbst ab. Basel-Stadt und Basel-Landschaft verfügen über einen forensisch-erwachsenenpsychiatrischen Dienst, wobei aber von den beiden nur der Kanton Basel-Stadt über ein stationäres forensisch-psychiatrisches Angebot in einer Klinik verfügt. Über einen forensisch-jugendpsychiatrischen Dienst verfügen nur drei Schweizer Kantone, Basel-Stadt ist einer davon und der einzige, der eine forensisch-jugendpsychiatrische Klinikabteilung hat.

In Basel-Stadt werden die forensischen Dienste von der Klinik für Forensik der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel angeboten, in Basel-Landschaft vom Schwerpunkt für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrie Baselland.<sup>20</sup> Für die Patientinnen und Patienten aus den Kantonen ohne forensisch-psychiatrische Klinik bedeutet dies, dass sie nicht selten länger als ein Jahr auf einen Behandlungsplatz in einer forensisch-psychiatrischen Klinik in einem anderen Kanton warten müssen (in der Regel in einer Justizvollzugsanstalt). Ähnliche Probleme bezüglich zu langer Wartezeiten bestehen auch im Bereich der Begutachtung.

Weiter gilt für ambulante forensisch-psychiatrische und psychotherapeutische Therapien das gleiche wie für allgemeinpsychiatrische ambulante Leistungen: Obschon im Gesundheitswesen generell und auch in der psychiatrischen Versorgung «ambulant vor stationär» gelten soll, ist die Abgeltung ambulanter Leistungen nicht kostendeckend. Schliesslich ist die forensische Psychiatrie und Psycho-

---

<sup>20</sup> Für eine detaillierte Aufzählung der vorhandenen Angebote siehe *Fachkonzept Forensik 2022*.

therapie ebenso wie die Allgemeinpsychiatrie von einem Fachkräftemangel betroffen. Ganz besonders schwierig ist dies im Bereich der forensisch-psychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Behandlung.

Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik zu den von Gerichten angeordneten Behandlungen zeigen aktuell einen Trend zu weniger ambulanten Behandlungen und insgesamt gleichbleibend vielen stationären Behandlungen. Ob diese Trends anhalten, ist zurzeit nicht sicher abschätzbar. Aktuelle Überlegungen für Anpassungen des Jugendstrafrechts werden ausserdem voraussichtlich die Nachfrage nach jugendforensischen Dienstleistungen vergrössern.

Da viele Leistungen der forensischen Psychiatrie und Psychotherapie im Auftrag der Strafverfolgungs- und Strafvollzugsbehörden erbracht werden, soll in beiden Kantonen bei der zukünftigen Planung dieser Leistungen der Einbezug dieser Auftraggeber sichergestellt werden. Die in beiden Kantonen bestehenden Finanzierungsprobleme im Bereich der ambulanten forensisch-psychiatrischen Versorgung sollen durch eine angemessene Finanzierung ambulanter Leistungen behoben werden: einerseits durch eine angemessene Abgeltung innerhalb des öffentlichen Gesundheitswesens, andererseits durch eine angemessene Kostenbeteiligung seitens Justizbehörden. Der in beiden Kantonen bestehende Mangel an intermediären Angeboten für die Versorgung psychisch kranker Straftäterinnen und Straftäter soll ebenfalls behoben werden. Dies indem entsprechende Wohnheime, langfristige Betreuungsstrukturen und Einrichtungen für verwahrte Personen geschaffen sowie Ressourcen für Weiterbildung und konsiliarische Beratung für die Allgemeinpsychiatrie bereitgestellt werden. Dem Fachkräftemangel soll in beiden Kantonen mit geeigneten Fördermassnahmen für die Ausbildung aller Berufsgruppen und vermehrten Weiterbildungsangeboten, besseren Personalschlüsseln und attraktiven Arbeitsbedingungen begegnet werden.

## **4 Fazit und Ausblick**

Das vorliegende Psychiatriekonzept hat das Ziel, aktuelle Themen und Entwicklungen aufzuzeigen und daraus Empfehlungen für die zukünftige psychiatrische Versorgung abzuleiten, um aufkommende Herausforderungen und notwendige Veränderungen darzulegen. Als nächster Schritt wird es wichtig sein, für die Umsetzung die richtigen Prioritäten zu setzen. Damit die Umsetzung gleichberechtigt bikantonal erfolgen kann, ist eine erste wichtige Massnahme die Einführung einer bikantonalen Psychiatriekommission. In Basel-Stadt gibt es eine solche Psychiatriekommission bereits seit dem Jahr 2009. Die Idee einer bikantonalen Psychiatriekommission mit dem Ziel der Vernetzung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung und deren Weiterentwicklung in der Region besteht bereits seit einigen Jahren. Diese neue Psychiatriekommission beider Basel soll Empfehlungen für die Priorisierung der Inhalte dieses Konzepts abgeben.

Wichtig wird die Umsetzung der niederschweligen Beratungsstelle gekoppelt mit einer Datenbank aller Angebote sein. Ein solches Angebot ist für Betroffene und Angehörige eine wichtige Verbesserung. Aufgrund der grossen Bedeutung dieser Massnahme wurde dazu bereits ein Konzeptvorschlag erarbeitet, welcher diesem Dokument als Anhang beigelegt ist. Die Förderung der Vernetzung stellt weiter eine wesentliche Massnahme dar. So soll die Vernetzung in der Form von Konsiliar- und Liaisondiensten ausgebaut, aber auch die Vernetzung mit verschiedenen Personengruppen wie Angehörigen und Peers gefördert werden. Ebenso sollen die Schnittstellen zwischen verschiedenen Behandlungssettings (ambulant, intermediär, stationär, Jugend-, Erwachsenen- und Alterspsychiatrie) verbessert werden. Die kostendeckende Finanzierung für ambulante und intermediäre Angebote ist sicherzustellen, da diese Angebote eine hohe Erfolgsquote haben. Zudem gilt es, für gewisse Personengruppen das Angebot aus- resp. aufzubauen, da dieses bis anhin ungenügend ist (z. B. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, Familien, Personen mit Migrationshintergrund). Der Fachkräftemangel beim Pflegepersonal und bei den Ärztinnen und Ärzten muss ebenfalls mit hoher Dringlichkeit angegangen werden, um die zukünftige Versorgung sicherzustellen.

Das vorliegende Psychiatriekonzept fokussiert zwar auf den geografischen Raum der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft, viele der Themen und Entwicklungen (z. B. Finanzierung von intermediären Angeboten) betreffen aber einen grösseren geografischen Raum. Dies könnte beispielsweise durch ein nationales Psychiatriekonzept oder Massnahmen auf nationaler Ebene umgesetzt werden, um u. a. einige der in diesem Konzept angesprochenen Themen aufzunehmen.

Die erarbeiteten Empfehlungen dienen den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt als Orientierung in der Versorgungsplanung. Das Psychiatriekonzept legt eine fachliche Grundlage für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der GGR in den nächsten Jahren. Die Psychiatrie ist jedoch in stetigem Wandel. Die Corona-Krise hat aufgezeigt, wie äussere Ereignisse mit grosser Tragweite die psychiatrische Versorgung vor Herausforderungen stellen. Es wird deshalb wichtig sein, das vorliegende Konzept in einigen Jahren zu überprüfen und darauf aufbauend eine Aktualisierung vorzunehmen. Nur so ist sichergestellt, dass sich die psychiatrische Versorgung in der GGR an gesellschaftliche, demographische und wissenschaftliche Veränderungen adaptiert.

## 5 Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2016). Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024.

Bundesamt für Statistik (2019). Sozialtransfers reduzieren die Einkommensungleichheit. BFS Aktuell, März 2019.

Obsan (2019). Psychische Gesundheit: Stationäre Behandlung für Menschen mit einer psychischen Krankheit. <https://www.obsan.admin.ch/de/gesundheitsthemen/psychische-gesundheit/stationaere-behandlung-fuer-psychisch-krank> (abgerufen am 10.11.2021).

Steinhart, I. und Wienberg, G. (2016). Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. Psychiatrische Praxis, 43, S. 65-68.

Steinhart, I. und Wienberg, G. (2020). Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. Psychiatrische Praxis, 47, S. 9-15.



# Anhang zum Psychiatriekonzept 2022

## Konzeptvorschlag

### Empfehlungen zur Ausarbeitung einer Suchplattform zu den Themen psychische Gesundheit und Soziales in der Gemeinsamen Gesundheitsregion

Der vorliegende Umsetzungsplan wurde basierend auf zwei Sitzungen mit folgenden Expertinnen und Experten erarbeitet:

Thomas Baumgartner, Julia Börlin, Fabienne Guggisberg, Barbara Heinz, Benjamin Holinger, Christine Salkeld, Francisca Schiess, Anja Studer

Begleitet wurden die Expertinnen und Experten durch: Marisa Damas, Sara Stühlinger



## 1 Ziele der Datenbank

Eine Datenbank zum Thema medizinische, psychosoziale und präventive Angebote im Bereich der psychischen Gesundheit in der Gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) hat zum Ziel, eine möglichst breite Übersicht über die vorhandenen Angebote in diesem Bereich in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft zusammenzustellen. Die Zielgruppen der Datenbank sollen sowohl Fachpersonen wie auch die breite Öffentlichkeit sein. Ein Vorteil einer Nutzung der Datenbank durch Fachpersonen ist, dass die Datenbank kontinuierlich einer gewissen Aktualitätsüberprüfung unterzogen wird. Ein weiteres wichtiges Ziel der Datenbank ist es, die Synergien zwischen den verschiedenen Anbietern von Datenbanken in der Region zu nutzen. Es existieren heute bereits mehrere Datenbanken zum Thema Gesundheit und Soziales, welche bei einer Zusammenarbeit voneinander profitieren könnten. Eine gemeinsame Datenbank bietet den Vorteil, dass die Kommunikation gegenüber der Öffentlichkeit und den Fachpersonen einfacher ist. Es müsste nur noch eine Datenbank mit einer Adresse vermarktet und bekanntgemacht werden, was den Aufwand verringert und die Chancen einer breiten Bekanntheit markant erhöht. Ein weiterer wichtiger Vorteil liegt in der Reduktion des Aufwands für die Institutionen in der Region, welche in der Datenbank aufgeführt sind. Diese müssen dann nur noch sicherstellen, dass die Angaben zu ihren Angeboten in einer Datenbank aktuell sind und nicht mehr mehrere Datenbanken überprüfen. Dadurch kann die Qualität der Daten der Datenbank auch einfacher sichergestellt werden.

## 2 Anforderungen an die Datenbank

Je nach Anwendungsbereich und Ressourcenverfügbarkeit unterscheiden sich die Anforderungen an die Datenbank. Im Folgenden wird aufgezeigt, welche unterschiedlichen Anforderungen eine Datenbank erfüllen könnte.

Einfach verfügbare Informationen sind Name der Institution und des Angebots, ein Kurzbeschreibung, die Kontaktangaben und Link zur Webseite. Fast alle dieser Informationen sind bereits heute in den Datenbanken in der Region enthalten. Dabei handelt es sich insbesondere um die Datenbanken [sozialesbasel.ch](http://sozialesbasel.ch), [jungundalt-bl](http://jungundalt-bl) und [SomPsyNet](http://SomPsyNet).

Ebenfalls relativ einfach zu erfassen, sind Informationen zur Zielgruppe (z.B. Alter). Etwas anspruchsvoller zu erheben, sind Angaben zur Finanzierung, wobei dies vom Detaillierungsgrad abhängt. Eine Einteilung in kostenlose und kostenpflichtige Angebote ist wiederum relativ leicht vorzunehmen, die genauen Angaben zu den Kostenträgern (z.B. Gemeinden, IV, Sozialhilfe) sind hinge-



gen aufwändiger in der Erfassung. Insbesondere bei einer bi-kantonalen Datenbank ist die Information über die Finanzierung sehr wichtig, da kostenpflichtige Angebote häufig nicht von beiden Kantonen respektive den Gemeinden finanziert werden.

Je nach Nutzerin oder Nutzer sind Informationen zur Verfügbarkeit von grosser Bedeutung. Diese aktuell zu halten, ist aber mit einem sehr hohen Aufwand verbunden. Es stellt sich deshalb die Frage, ob ein so hoher Aufwand gerechtfertigt ist. Eine Kompromisslösung, welche weniger ressourcenintensiv ist, stellt die Möglichkeit zur technischen Integration vorhandener Datenbanken dar (z.B. Doc24, meinplatz.ch).

Einige der oben genannten Informationskategorien aber auch einige weitere (z.B. Art des Angebots, Art der Behandlung, Diagnosegruppe) treffen zudem nicht auf alle Angebote zu und sind auch nur bei einer relativ detaillierten Erfassung der Angebote sinnvoll.

Je detaillierter die Angebote der Institutionen aufgeführt werden sowie bei einer Unterscheidung der Angebote pro Standort (Voraussetzung bei einer Darstellung mittels einer Landkarte), desto aufwändiger werden alle oben genannten Informationskategorien.

Idealerweise werden verschiedenen Suchmöglichkeiten zur Verfügung stehen: eine Volltextsuche, welche mit Schlagworten unterlegt ist, eine Suche nach vordefinierten Kategorien, eine Stichwortsuche und eine Suche per Organisation. Der entscheidende Punkt für den Erfolg der Datenbank liegt in der Qualität der Filterführung bei der Suche. Es muss möglichst garantiert werden, dass man zu den passgenauen Angeboten kommt, die man sucht. Dabei muss es möglich sein von einer groben Suche durch die Filterfunktionen bis auf eine detaillierte Suche zu kommen, welche die passenden Angeboten herausfiltert.

### **3 Mögliche Formen der Zusammenarbeit**

Eine genaue Umsetzungsform der Datenbank muss noch bestimmt werden, basierend auf dem gewünschten Detaillierungsgrad der Datenbank anhand der oben beschriebenen möglichen Kategorien an Informationen. Eine Möglichkeit ist der Aufbau einer neuen selbständigen Datenbank, an die sich bestehende Datenbanken anschliessen können. Zur Umsetzung könnte hier evtl. eine Zusammenarbeit mit Kantonen, welche bereits eine ähnliche Datenbank haben (siehe z.B. psy.ch oder Kompass St. Gallen) geprüft werden. Der Vorteil ist, dass bei einem eigenständigen Aufbau ein hoher Detaillierungsgrad umgesetzt werden kann.

Eine andere Möglichkeit ist der Anschluss an eine bereits bestehende Datenbank in der Region. Der Detaillierungsgrad der Informationen müsste hier an das bestehende Format angepasst werden,



tendenziell sind dann weniger detaillierte Suchen möglich. Die Infrastruktur ist allerdings bereits vorhanden, es muss somit weniger von Grund auf neu erstellt werden. Eine Erweiterung, die eine detailliertere Suche ermöglicht, ist jedoch langfristig nicht ausgeschlossen und hängt insbesondere von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab.

Eine weitere Möglichkeit wäre die technische Zusammenführung der bestehenden Datenbanken zu einer Übersichts-Webseite von der aus alle Datenbanken gleichzeitig durchsucht werden können. Es könnten somit durch eine Suche Ergebnisse aus allen bestehenden Datenbanken gefunden werden. Dies wäre mit dem geringsten Aufwand an Aktualisierung verbunden, die Qualität der Suchergebnisse kann allerdings auch nicht selbst bestimmt oder sichergestellt werden. Zudem würden die Synergieeffekte für die Institutionen in der Aktualisierung wegfallen, da sie weiterhin mehrere Datenbanken mit Informationen versorgen müssten.

Grundsätzlich besteht Einigkeit darüber, dass die Kantone Basel-Landschaft und Basel-Stadt als ein Versorgungsraum zu betrachten sind und die Datenbank bi-kantonal sein sollte. Historisch gesehen gab es mit dem Sozialkompass eine bi-kantonale Lösung zur Suche von Angeboten. Dies ist seit einigen Jahren nicht mehr der Fall. Da der Aufwand für den Aufbau einer Datenbank gross ist, muss bei einer bi-kantonalen Lösung sichergestellt sein, dass eine langfristige, verbindliche Zusage zur Finanzierung der Datenbank von beiden Kantonen besteht.

## 4 Nächste Schritte

Der hier erarbeitete Umsetzungsplan dient als Anhang zum Psychiatriekonzept und legt eine Grundlage für weitere Abklärungen. Insbesondere gilt es abzuklären, welche der in Kapitel 2 aufgeführten Anforderungen vorhanden sein sollten und welche in Kapitel 3 dargelegten Formen der Zusammenarbeit möglich sind. Beides hängt stark von den vorhandenen Ressourcen ab, wodurch als ein nächster Schritt die Ressourcenfrage geklärt werden muss. Für das weitere Vorgehen wird dieser Umsetzungsplan an die Psychiatriekommission Basel-Stadt übergeben, diese soll auf Grundlage des vorliegenden Umsetzungsplanes über das weitere Vorgehen entscheiden.